

Pour un pilotage renforcé des investissements immobiliers des établissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière

Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé

Octobre 2024
2024-046R

• TOME 2 ANNEXES

Thomas
Le Ludec

Stéphane
Mulliez

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



RAPPORT

LISTE DES ANNEXES

_Toc180708107

ANNEXE 1 : Méthodologie	3
ANNEXE 2 : Présentation du plan Ségur	7
ANNEXE 3 : Modalités de mise en œuvre du plan Ségur à 2024.....	20
ANNEXE 4 : Compétences respectives et articulations potentielles entre le CSIS et l'ANAP dans le cadre du Ségur.....	49
ANNEXE 5 : Le patrimoine immobilier et la problématique de la maîtrise d'ouvrage des établissements de santé.....	75
ANNEXE 6 : Prise en compte de la transition écologique dans le cadre du plan Ségur	108
ANNEXE 7 : Comparaisons internationales.....	129
ANNEXE 8 : Questionnaire ARS.....	151

ANNEXE 1 : Méthodologie

SOMMAIRE

1	En termes de périmètre, la mission porte à la fois sur la comitologie nationale et le processus régional d’instruction des projets et intègre également la question des compétences .	4
1.1	Conformément à la lettre de mission la mission vise à dresser un bilan des instances nationales constituées dans le cadre du Ségur mais aussi le processus d’instruction en régions	4
1.2	La question des compétences nécessaires pour mener à bien les opérations d’investissements, en ARS comme en établissements, constitue un axe d’investigation complémentaire	4
2	La mission a conduit ses investigations auprès de l’ensemble des acteurs du Ségur de la santé, mené des comparaisons extérieures et a complété ses constats à l’appui d’un questionnaire auprès des ARS.	5
2.1	La mission a procédé à des entretiens avec l’ensemble des acteurs Ségur, nationaux comme régionaux	5
2.2	La mission a également effectué certaines comparaisons extérieures pour nourrir ses propositions	5
2.3	La mission a analysé les modalités d’instruction des dossiers Ségur notamment à l’appui d’un questionnaire auprès des ARS	6
3	Différents scénarios d’évolution du plan Ségur ont été instruits	6

1 En termes de périmètre, la mission porte à la fois sur la comitologie nationale et le processus régional d’instruction des projets et intègre également la question des compétences

1.1 Conformément à la lettre de mission la mission vise à dresser un bilan des instances nationales constituées dans le cadre du Ségur mais aussi le processus d’instruction en régions

[1] La mission a été invitée à **interroger le processus d’instruction national des dossiers Ségur et faire des propositions d’évolution de sa gouvernance nationale** : CNIS, comité de pilotage des investissements sanitaires auprès de celui-ci, Conseil scientifique, SGPI chargé des Contre-expertises indépendantes (CEI). La mission a intégré **l’ANAP** dans le champ de ses investigations au vu de ses compétences et de son antériorité sur les questions immobilières et suite aux échanges avec les commanditaires.

[2] La **déconcentration opérée par le Ségur des investissements en santé aboutit à une majorité de projets instruits régionalement**. La mission a souhaité ainsi dresser un **premier bilan de la déconcentration des investissements** et recenser toutes bonnes pratiques permettant d’accélérer et sécuriser les processus d’instruction.

1.2 La question des compétences nécessaires pour mener à bien les opérations d’investissements, en ARS comme en établissements, constitue un axe d’investigation complémentaire

[3] Au vu des entretiens de cadrage, la mission s’est proposée d’aborder cette question des ressources humaines et de l’expertise, au niveau des ARS comme au sein des établissements, notamment pour les plus petits d’entre eux. **En ARS**, il s’agit notamment des renforts qui ont été mobilisés dans le cadre du Ségur. **A l’échelle des établissements, les travaux de la mission l’ont conduite à interroger la capacité de certains d’entre eux à mener des opérations de constructions de grande ampleur** et à formuler des propositions pour renforcer les maîtrises d’ouvrage des établissements.

2 La mission a conduit ses investigations auprès de l'ensemble des acteurs du Ségur de la santé, mené des comparaisons extérieures et a complété ses constats à l'appui d'un questionnaire auprès des ARS

2.1 La mission a procédé à des entretiens avec l'ensemble des acteurs Ségur, nationaux comme régionaux

[4] La mission a rencontré **l'ensemble des interlocuteurs nationaux du Ségur**, administrations centrales, CSIS, CNAM, fédérations et conférences hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, Unicancer) et conférence des directeurs généraux et PCME des centres hospitaliers universitaires et centres hospitaliers, ainsi que le collège des doyens.

[5] Elle a rencontré **l'ANAP** pour mesurer l'opportunité et la possibilité d'associer davantage l'Agence aux investissements hospitaliers, comme c'est le cas pour le médico-social.

[6] Elle a élargi ses investigations auprès de la **direction générale des finances publiques** pour identifier la contribution actuelle et potentielle du réseau des finances publiques au pilotage des investissements hospitaliers.

[7] Enfin, la mission a pris contact également avec quelques **personnes clefs ayant participé à la conception du plan Ségur** (anciens membres de cabinets et de directions d'administration centrale...) ou ayant précédemment animé les instances COPERMO.

[8] **En régions**, la mission s'est appuyée sur les **directeurs généraux référents Ségur** que sont les **ARS Hauts de France, Occitanie, La Réunion et Normandie** ainsi que sur le **réseau informel mais actif des référents Ségur** au sein des agences.

[9] La mission a par ailleurs effectué un **déplacement en Normandie pour rencontrer l'ARS, des établissements de santé ainsi que le Conseil régional** qui co-finance dans cette région ce plan d'investissement.

2.2 La mission a également effectué certaines comparaisons extérieures pour nourrir ses propositions

[10] Des contacts avec **d'autres secteurs ministériels ont été initiés avec l'appui du SGPI**. La mission a rencontré dans ce cadre **l'APIJ** (agence publique pour l'immobilier de la Justice) **et l'EPAURIF** (Établissement Public d'Aménagement Universitaire de la Région Ile-de-France).

[11] La mission s'est également efforcée de recueillir la vision des **professionnels du BTP** : grands cabinets d'architectures œuvrant dans le champ hospitalier et d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) et grandes entreprises de construction.

[12] En termes de **comparaisons internationales**, la mission s'est principalement appuyée sur les travaux du Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2021 sur le financement

et le pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé qu'elle a complété de monographies (Danemark, Québec, Californie).

2.3 La mission a analysé les modalités d'instruction des dossiers Ségur notamment à l'appui d'un questionnaire auprès des ARS

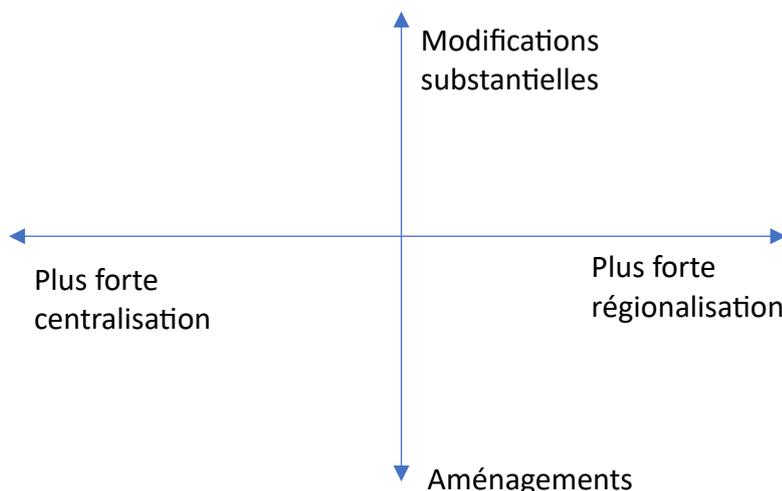
[13] La mission s'est efforcée de procéder sur la base d'un questionnaire ARS à une **analyse d'un échantillon de projets Ségur, nationaux comme régionaux permettant d'objectiver les calendriers d'instruction, d'analyser les éventuelles causes de retard et les éléments susceptibles d'accélérer les processus d'instruction tout en sécurisant la trajectoire des dossiers** (résultats en annexe 8).

[14] Par ailleurs, la mission a assisté en auditeur à un pré-comité de pilotage et à un comité de pilotage sanitaire pour appréhender concrètement les modalités d'instruction des projets nationaux Ségur.

3 Différents scénarios d'évolution du plan Ségur ont été instruits

[15] Pour son rapport, la mission a choisi de conduire ses analyses à partir de différents scénarios d'évolution potentielle du pilotage des investissements hospitaliers déclinés selon un **premier axe « plus forte régionalisation/ plus forte centralisation »** et un **second axe « simples aménagements du dispositif Ségur/évolutions plus substantielles »** de gouvernance.

Schéma 1 : Scénarios possibles d'évolution du pilotage des investissements hospitaliers



Source : Mission

[16] Elle a défini différents critères permettant de proposer aux décideurs publics quels scénarios privilégier : accélération des calendriers, sécurisation financière des projets, impact des projets sur l'offre et faisabilité.

ANNEXE 2 : Présentation du plan Ségur

SOMMAIRE

1	Le contexte de crise sanitaire incite à une relance des investissements dans un cadre fortement déconcentré.....	8
1.1	La notion de plan d'investissement hospitalier s'inscrit dans une longue tradition faite de relances et de ralentissements	8
1.2	Le plan Ségur s'inscrit fortement dans le contexte de la crise sanitaire et vise à tirer les enseignements des limites des modes d'instruction des projets par le COPERMO....	10
2	L'architecture du Ségur investissement repose sur la recherche d'un effet de levier et une capacité d'instruction s'appuyant fortement sur les ARS	12
2.1	Le plan Ségur mobilise 7,5 milliards d'euros sur les investissements structurants... ..	12
2.2	Le plan Ségur repose sur une méthode d'instruction renouvelée	14
2.2.1	Les principes	14
2.2.2	Les instances nouvellement créées	15
2.3	Les ARS se voient confier une quadruple mission de sélection, d'instruction, d'accompagnement et de validation des projets d'investissements structurants	15
2.4	L'engagement financier national s'est accompagné d'un cadrage de principe sur la soutenabilité des opérations.....	17

[17] Doté d'une enveloppe de 7,5 milliards d'euros, le Plan est cadré nationalement mais délègue pour grande partie la responsabilité d'affectation des crédits et l'instruction des projets au niveau régional (6,5 Mds€ sur les 7,5 Md€s).

[18] Compte tenu du contexte d'urgence sanitaire des années 2020-2021, le « Ségur » vise une plus grande rapidité de mise en œuvre pour permettre une reprise des investissements après la baisse constatée sur la période précédente. Les ARS sont donc un des éléments-clés de ce volontarisme.

1 Le contexte de crise sanitaire incite à une relance des investissements dans un cadre fortement déconcentré

1.1 La notion de plan d'investissement hospitalier s'inscrit dans une longue tradition faite de relances et de ralentissements

[19] La notion de plan d'investissement national dans le domaine de la santé relève d'une politique publique largement utilisée depuis 1945 (voir encadré). L'analyse de ces plans sur longue période¹ montre des similitudes, avec l'alternance de cycles de rattrapage difficiles à maîtriser et de cycles de freinage et avec des conséquences en termes de déséquilibre dans la gestion des patrimoines (vétusté fonctionnelle face au progrès technologique ou l'évolution des modes de prise en charge, dégradation de l'entretien et de la maintenance).

[20] Elle montre aussi que les approches ont différé, avec :

- dans un premier temps une période de construction et de majoration capacitaire encouragée par le financement au prix de journée,
- dans un deuxième temps une vision planificatrice visant à standardiser et contenir la logique capacitaire dans les années 70,
- à partir de 1983, lors de l'instauration du budget global, une vision d'optimisation sous contrainte de financement et de normes pour inciter les établissements à dégager les marges sécurisant leur stratégie d'investissement à partir d'une meilleure connaissance de leurs coûts analytiques, préparant l'avènement de tarifications par type de séjour. La période la moins active en termes d'investissement fut celle des années 1980-1990, sur près de deux décennies.

[21] Par ailleurs, les outils de programmation à disposition ont aussi évolué, allant d'un service national d'architecture au niveau de l'administration centrale à une situation actuelle reposant sur une pluralité d'acteurs : ARS, CSIS, SPGPI et DGOS.

[22] Le dernier grand cycle d'investissement s'est ouvert en 2002 avec le plan Hôpital 2007. Il lui a été reproché de ne pas être assez sélectif, avec trop d'opérations et d'avoir conduit à un recours important à l'endettement, puisque la dette hospitalière a presque triplé entre 2003 et 2013. Il

¹ « Petite histoire de l'architecture hospitalière en France depuis le XIX^{ème} siècle » in Architecture et ingénierie à l'hôpital, le défi de l'avenir, sous la direction de François Langevin, pages 15une s et suivantes.

s'est poursuivi avec le plan Hôpital 2012, affiché en 2007 comme se voulant plus sélectif et comprenant un volet système d'information, mais qui n'est pas allé à son terme en raison de la crise financière internationale survenue en 2008-2009. Ces deux plans ont été accompagnés par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) jusqu'à son intégration dans l'ANAP en 2010.

[23] Entre 2013 et 2020, il n'y a plus eu de plan national, mais une stratégie devant s'inscrire dans un schéma régional d'investissement sanitaire garant de l'articulation des projets dans un territoire et de la promotion d'une médecine de parcours par le décloisonnement des acteurs sanitaires (public, privé, ville) et médico-sociaux. Cette stratégie reposait sur un cadre financier contraint et avait pour objectif la restauration ou la préservation de la marge brute non aidée des établissements de santé publics². Le dispositif du « COPERMO Immobilier » est alors créé, avec une synergie recherchée avec les actions d'efficience portée par la DGOS, le COPERMO gestion, et les ARS et avec l'ANAP comme opérateur expert.

[24] En 2018, un plan de transformation « Ma santé 2022 » met l'accent sur la structuration de la réponse de ville aux besoins de la population afin de recentrer l'hôpital sur ses missions, mais ne prévoit pas de volet sectoriel de relance de l'investissement hospitalier.

[25] Les années 2019 et 2020 se caractérisent par deux plans. Le premier était axé sur le désendettement des hôpitaux. Le deuxième reprend cette politique de désendettement en la recalibrant et en ajoutant le volet investissements du Ségur afin de poursuivre l'effort sur les investissements du quotidien, relancer les investissements structurants et le numérique en santé.

Les « plans » depuis 1950

1950 et suivantes : contractualisation de l'assurance maladie avec les cliniques privées pour créer rapidement des capacités et compenser les destructions de la deuxième guerre mondiale dans l'attente des constructions publiques

1958 : ordonnance dite Debré créant les CHU et plan de relance subventionné avec construction des immeubles de grande hauteur (IGH) notamment dans les CHU et création d'environ 30 000 lits par an dans les 7 années qui suivent

1970 - 1971 : Loi hospitalière dite Boulin instaure la carte sanitaire, un seuil minimal de 80 000 habitants pour un plateau médico-technique et création du service d'architecture hospitalière au sein de la direction des hôpitaux (qui comptera jusqu'à 150 personnes : ingénieurs, architectes, contrôleurs techniques).

1971-1991 : diffusion de modèles d'hôpitaux standardisés (dits « semi-industrialisés ») par ce service national d'architecture sur la base d'un cahier des charges avec des standards organisationnels et techniques³ : modèle « Beaune » (200-300 lits), modèle « Fontenoy » (400-500 lits), unités de soins normalisés (USN), le modèle « Duquesne » (300-400 lits), 26 hôpitaux « types » furent construits et plusieurs centaines d'USN.

1980 : la notion de concours d'architecture est introduite pour les constructions publiques

² Rapport IGAS-IGF : Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, Mars 2013.

³ Ces cahiers des charges servent à sélectionner des groupements de concepteurs et d'entreprises qui sont lauréats soit au niveau national comme les hôpitaux types soit au niveau régional.

1981-1983 : frein donné aux constructions, autorisations de programme en forte diminution, crédits de paiement partiellement arrêtés, chantiers arrêtés, une période de désengagement de l'Etat dans la construction de nouveaux hôpitaux tant sur le plan technique que financier, instauration du budget global hospitalier, les modèles semi-industrialisés sont annulés (le service des constructions du ministère de la santé disparaît en 1991).

1985-2002 : priorité est donnée à l'encadrement de l'offre de soins hospitalière et à l'adaptation des plateaux techniques avec une diminution du nombre de cliniques privées qui se regroupent, les opérations publiques étant moins nombreuses que dans le cycle 1958-1983.

2002-2012 : Plans Hôpital 2007-2012 avec plus de mille opérations immobilières sélectionnées et qui bénéficient aussi bien au secteur privé qu'au secteur public, le plan H2007 permettant un effet de levier pour la réorganisation des cliniques au sein d'établissements de plus grande dimension avec une forte composante chirurgicale.

2013-2020 : Arrêt des plans, schémas régionaux d'investissement et COPERMO fondés sur la sélectivité territoriale et la préservation de la marge brute non aidée dans un contexte de fort endettement des hôpitaux publics. Lancement puis arrêt d'une démarche d'inventaire patrimonial « OPHELIE » du secteur public hospitalier.

2021 : Plan Ségur fondé sur une de rattrapage.

1.2 Le plan Ségur s'inscrit fortement dans le contexte de la crise sanitaire et vise à tirer les enseignements des limites des modes d'instruction des projets par le COPERMO

[26] Ce plan d'investissement en faveur d'opérations immobilières structurantes se veut en rupture avec la logique de la période 2013-2019 axée sur le redressement financier : ainsi, un an avant le Ségur, l'enveloppe exceptionnelle prévue pour le service public hospitalier était-elle ciblée préférentiellement sur le rétablissement des bilans financiers des hôpitaux par le soutien au désendettement⁴. 2020 marque à cet égard une bifurcation dans la suite de la crise sanitaire.

[27] La crise sanitaire du COVID19 met en débat la politique hospitalière dans un contexte d'urgence à agir. Sa survenue au premier trimestre 2020 a mis en exergue les capacités d'adaptation des personnels hospitaliers pour faire face aux vagues successives de l'épidémie. Celles-ci ont imposé une réorganisation profonde et en urgence des services hospitaliers. Il en est découlé une prise de conscience de l'importance, d'une part de l'anticipation de la gestion des crises pandémiques et épidémiques, annoncées comme pouvant être plus fréquentes au XXIème siècle et d'autre part, de la disponibilité des réserves foncières et de capacités humaines d'adaptation.

[28] Cette prise de conscience s'est traduite par un exercice de concertation et de propositions conduit dans un délai court et dans un contexte où les experts sanitaires exposaient des hypothèses de rebonds épidémiques sur une période de 18 mois à 2 ans. La consultation en juin 2020 de plusieurs centaines d'acteurs dans le cadre des travaux conduits par Nicole NOTAT a

⁴ L'inflexion donnée en 2021, tout en retenant cette cible de désendettement, porte une attention différente à la gestion de la dette accumulée dans les 15 années précédentes par les établissements de santé.

conduit à la remise d'un rapport articulé autour de 4 piliers : attractivité et fidélisation ; simplification ; décloisonnement et fédération des acteurs ; financement. Le rapport exprime les motivations du recours au dispositif de plan de rattrapage des investissements et une rupture assumée avec le pilotage du COPERMO.

[29] A partir du constat d'un niveau d'investissement trop faible depuis plusieurs années aussi bien pour les établissements sanitaires (en-deçà du seuil des 3 % des produits d'exploitation) que médico-sociaux, le rapport conclut que le secteur de la santé nécessite des investissements réguliers pour d'une part s'adapter à l'évolution des besoins de prise en charge, des technologies et à la nécessité d'entretenir un parc immobilier fonctionnel et, d'autre part, éviter la dégradation des conditions d'accueil et le recours à des plans coûteux de rattrapage.

[30] Le rapport s'inscrit dans une perspective critique du COPERMO sur le fondement du constat suivant : « *S'agissant des projets d'investissements immobiliers, suite aux dérapages conséquents constatés sur plusieurs des projets des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, a été mis en place un cadrage national des projets d'investissements visant à améliorer la qualité et la pertinence des projets financés, matérialisé par le comité pour la performance et la modernisation des établissements de santé (COPERMO). Cette instance valide, ou non, les plans de redressement financier des établissements de santé, ainsi que les projets d'investissement, à l'appui d'un certain nombre de critères parfois perçus comme trop stricts. S'il a montré son intérêt en termes d'organe national de pression pour améliorer la situation financière des établissements et la qualité des projets d'investissement, le COPERMO a aussi directement incarné la contrainte budgétaire et ses conséquences dans les établissements de santé. Une forte évolution est donc attendue pour rapprocher ces choix d'investissement des acteurs de santé et des territoires* ». Avec le COPERMO investissement, la décision intervient en toute fin d'étude préalable à l'investissement, après plusieurs années de préparation des établissements « *alors même que la pertinence des projets peut être évaluée au début de ce processus, à un moment où les marges d'ajustement sont substantielles* » (page 109).

[31] Dès lors, le rapport NOTAT recommande la suppression du COPERMO, la déconcentration auprès des ARS de la validation des projets d'investissements immobiliers ainsi que le suivi de la situation financière des établissements, encourage la création d'une conférence des financeurs et exprime comme condition de réussite l'évolution du dispositif d'accompagnement des investissements et la montée en charge des ARS sur les compétences en investissements.

Passer à une logique d'accompagnement et d'expertise scientifique et technique

[32] Le rapport Notat recommande un accompagnement tout au long des études préalables en mobilisant un haut niveau de compétences nationales, plutôt qu'en fin de processus de conception sous la forme d'une contre-expertise. Le rapport souligne la nécessité d'un expert référent auprès de chaque ARS et d'un examen régulier des projets en réunions de concertation pluriprofessionnelle d'experts, incluant aussi des médecins. Il prévoit qu'un projet sans facteurs particuliers de complexité ne serait plus examiné au plan national, « *sauf quand le montant des projets est supérieur à 100 M€HT travaux ou qu'il mobilise 100 % d'aides ou quand des projets déconcentrés « problématiques » nécessitent cette évaluation nationale.* »

[33] Le rapport NOTAT se prononce également en faveur de la mise en place d'un conseil scientifique et technique de l'investissement auprès du ministère devant proposer l'évolution de critères d'aide à la décision d'investissement. Le calendrier préconisé par le rapport exigeait une

rapidité d'exécution : 2020 pour l'installation du pool d'experts nationaux et du CSIS ; dès 2021 pour la déconcentration des investissements.

[34] En juillet 2020, le Gouvernement retient 4 axes à partir des propositions du rapport Notat :

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins ;
- Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé ;
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

[35] Le deuxième donnera lieu à une officialisation par la circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021 cadrant la relance de l'investissement hospitalier et le principe de déconcentration des enveloppes.

2 L'architecture du Ségur investissement repose sur la recherche d'un effet de levier et une capacité d'instruction s'appuyant fortement sur les ARS

2.1 Le plan Ségur mobilise 7,5 milliards d'euros sur les investissements structurants

[36] La circulaire acte les montants de la relance de l'investissement et précise que cet effort financier supplémentaire par rapport à ce qui était déjà annoncé en novembre 2019 est destiné à accélérer la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement dans les territoires, à améliorer les conditions de travail des professionnels et l'accueil des personnes.

[37] Elle indique que ce plan doit débiter dès 2021 par la définition de la stratégie de déploiement (stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir) sous la responsabilité de chaque ARS comprenant la liste des projets prioritaires et fait référence aux accords de relance passés entre l'Etat et les collectivités territoriales ainsi que dans les contrats de plan Etat-régions (CPER).

[38] 7,5 Md€ sont consacrés aux investissements immobiliers structurants. Sur ces 7,5 Md€s (valeur 2021) :

- **6,5 Mds€ sont financés directement par la CADES** (hors ONDAM) avec des crédits devant être contractualisés par les ARS avec les établissements de santé pour décembre 2028.
- **1 Md€ est financé par l'Union européenne** dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNNR) avec des crédits qui doivent être contractualisés au plus tard en décembre 2025. Ces crédits sont versés par l'intermédiaire du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) géré par le groupe Caisse des Dépôts.

[39] Ces crédits doivent être contractualisés par tranche :

- La 1ère tranche des crédits CADES Ségur doit être contractualisée au plus tard au 31.12.2025 ; elle est d'un montant de de 3,82 Mds€.
- La 2ème tranche au plus tard au 31.12.2028 ; elle est d'un montant de 1,68 Md€.
- Les crédits FMIS, comme indiqué ci-dessus, doivent être contractualisés au plus tard au 31.12.2025. Il est précisé qu'un trop grand retard dans la mise en œuvre des crédits de relance pourra donner lieu à des redéploiements entre mesures de relance.

[40] Ces montants ont vu leur impact se réduire avec l'inflation des coûts de travaux et sont à comparer avec le volume des investissements immobiliers des établissements de santé, de l'ordre de 3 à 4 milliards d'euros par an (cf. Annexe 3).

[41] Le tableau ci-dessous synthétise l'ensemble des ressources et emplois du plan Ségur (valeur 2021), dont les aides à l'investissement immobilier à destination des établissements de santé ne forment qu'une partie :

Tableau 1 : Ressources et emplois de l'ensemble du plan Ségur

Plan Ségur	Montants 2021 en Mds€
Ressources	
Assurance maladie financée par la CADES	11,5 dont 6,5 pour les investissements structurants des établissements de santé
CNSA (Plan d'aide à l'investissement – PAI)	1,5
PNRR/UE	6 dont 1 pour les investissements structurants des établissements de santé
Total	19
Emplois	
Restauration des financières des établissements de santé	6,5
Investissements structurants établissements de santé	7,5
Investissements du quotidien établissements de santé	1,5
Etablissements médico-sociaux	1,5
Investissements numériques	2
Total	19

Source : Mission à partir de la circulaire du 20 mars 2021 et des documents présentés en Comité national des investissements en santé

[42] Une enveloppe « pour aléa » d'un milliard d'euros, sur les 7,5 Mds consacrés aux investissements structurants, devait être conservée nationalement afin de faire face à des surcoûts ou des besoins imprévus pour les 10 ans à venir ; elle devait venir abonder sur décision du Ministre les enveloppes régionales en fonction des besoins de financements complémentaires qui seraient identifiées et validés. Elle a été en fait mobilisée dès la première année du plan sur trois opérations majeures du territoire national.

2.2 Le plan Ségur repose sur une méthode d'instruction renouvelée

2.2.1 Les principes

[43] Le plan est présenté en rupture avec la pratique décennale du comité interministériel de la performance et de la modernisation (COPERMO)⁵ en étant fondé sur cinq grands principes :

- « Une approche transversale de la stratégie régionale d'investissement destinée à faire évoluer l'offre de soins dans les territoires et au bénéfice de la qualité des soins ;
- Une déconcentration forte de la politique de soutien aux investissements auprès des ARS pour une meilleure évaluation des besoins à couvrir sur l'ensemble de secteurs sanitaire, médico-social et de ville, et un plus fort décloisonnement entre ces secteurs ;
- Un pilotage rénové associant étroitement les élus aux niveaux national et local ;
- Une remise à plat des référentiels d'examen des projets pour mieux répondre aux besoins tout en garantissant leur performance et soutenabilité budgétaire ;
- Un accompagnement renforcé des maîtres d'ouvrage par des experts de haut niveau, le plus en amont possible et tout au long des projets sur la base des meilleures pratiques et recommandations. »

[44] La circulaire du 10 mars 2021 insiste sur le suivi resserré de l'avancée des projets pour que les crédits soient fléchés sur des opérations dès 2021, condition de la relance et du respect des engagements pris auprès de la Commission européenne (dotations relevant de la « facilité de relance et de résilience », FRR). Pour affermir les crédits européens fin 2025, il faut atteindre un seuil supérieur à 10 projets d'investissements validés par les ARS et inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de chaque établissement bénéficiaire. L'atteinte de ce seuil ne pose donc pas de difficulté au vu du nombre de projets Ségur.

[45] Par ailleurs, la restauration des capacités de financement des établissements assurant le service public hospitalier fait l'objet d'un traitement spécifique compte tenu de la fragilité de

⁵ Le COPERMO se basait sur un dossier d'évaluation socio-économique prévu par la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012 en son article 17 qui dispose : « les projets d'investissements civils financés par l'Etat, ses établissements publics, les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire font l'objet d'une évaluation socio-économique préalable. Lorsque le montant total du projet et la part de financement apportée par ces personnes excèdent des seuils fixés par décret, cette évaluation est soumise à une contre-expertise indépendante préalable. Le Gouvernement transmet au Parlement les évaluations et les contre-expertises mentionnées au premier alinéa. »

nombreux bilans et afin d'améliorer la marge brute et la trajectoire de désendettement. Les établissements doivent s'engager par contrat à réduire leur dette sur une période de 10 ans.

[46] Une volonté forte de déconcentration est exprimée afin de garantir une réponse adaptée aux spécificités des territoires : « *Nous faisons confiance aux acteurs locaux plutôt que de valider au niveau national et de manière isolée des projets en fin d'instruction.* »

2.2.2 Les instances nouvellement créées

[47] Au total, cette circulaire définit le « mandat politique » que le Premier ministre entend donner au Conseil national de l'investissement en santé (CNIS), au Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) et au Comité de pilotage (COFIL) de l'investissement en santé mais aussi aux ARS pour légitimer et confirmer les choix de projets qui ont finalement été retenus dans des délais courts fin 2021.

[48] En effet, un Conseil national de l'investissement en santé (CNIS) est institué pour assurer des fonctions stratégiques d'impulsion et de concertation sur le déroulement du plan. 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.

[49] Par ailleurs, un Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) est constitué auprès du Conseil national afin de réunir en son sein une expertise pluriprofessionnelle. 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 d'expertiser les projets d'ampleur nationale (> 150 M€ HT). Il peut également être saisi dans une phase amont des projets par les ARS.

[50] Les annexes 3 et 4 détaillent et analysent la mise en œuvre de cette nouvelle comitologie.

2.3 Les ARS se voient confier une quadruple mission de sélection, d'instruction, d'accompagnement et de validation des projets d'investissements structurants

[51] Trois points saillants sont notables.

La concertation et la sélection des projets dans le cadre d'une stratégie régionale

[52] Les ARS devaient mettre en place un dispositif de pilotage et de concertation impliquant les représentants du système de santé (ville, hôpital, médico-social) ainsi que les élus associés à l'appréciation des besoins pour être pleinement parties prenantes des décisions d'investissement. En lien avec les préfets, un rapprochement avec les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale devait être recherché pour participer au financement.

[53] Les grands objectifs de la politique de santé doivent être pris en compte dans le volet stratégie régionale d'investissement pour soutenir des projets embrassant l'ensemble des problématiques sanitaires et médico-sociales d'un territoire :

- « Anticiper l'impact du vieillissement de la population ;
- Renforcer la gradation des soins en tenant compte de la démographie des professions de santé et en vue de renforcer la qualité et la sécurité des soins ;
- Conforter l'offre de soins de proximité par l'intermédiaire des hôpitaux de proximité et des structures d'exercice coordonné ;
- Consolider les parcours de soins et les filières de prise en charge spécialisées ;
- Accompagner l'augmentation des capacités d'accueil dans les formations sanitaires et sociales. »

[54] Les ARS ont la responsabilité d'évaluer et de valider les projets jugés prioritaires. Elles doivent assurer un suivi et rendre compte deux fois par an devant les comités de pilotage nationaux sous la forme d'un dialogue de gestion avec revue des projets sélectionnés et suivi de la consommation des enveloppes.

[55] **La circulaire du 10 mars 2021 demandait aux ARS d'établir pour mi-octobre 2021 la stratégie régionale des investissements** afin de donner de la visibilité aux acteurs sur les investissements pouvant être menés à bien pour la décennie à venir⁶.

L'instruction des demandes avec relèvement du seuil de compétence

[56] Les procédures nationales de validation sont ajustées avec un seuil national de validation des projets hospitaliers remonté de 50 à 150 millions d'euros hors taxes.

[57] Il était demandé aux ARS de conforter l'expertise budgétaire et financière. Les ARS peuvent solliciter à tout moment le comité de pilotage national pour obtenir un appui sur les projets les plus complexes.

[58] Les ARS doivent s'assurer de la qualité et de la soutenabilité des projets en mobilisant les référentiels du CSIS et en déterminant par voie contractuelle les engagements des établissements (désendettement, respect des trajectoires) en contrepartie du soutien de l'Etat.

[59] L'instruction des projets dont le coût est compris entre 20 M€ et 150 M€ HT fera systématiquement l'objet d'au moins trois points d'étape entre l'établissement et l'ARS, formalisés par un avis formel du DG d'ARS sur la base du référentiel d'instruction du CSIS (cf. encadré ci-dessous).

⁶ L'instruction du 30 mars 2022 indiquait que près de 200 projets supérieurs à 20 millions d'euros avaient été identifiés pour un total d'investissement de 18 milliards permis par ces aides.

La structuration du suivi avec l'échelon national

[60] La circulaire définit trois étapes dans le traitement d'un dossier, qu'il soit traité à l'échelle régionale ou nationale. Dans ce dernier cas, ces étapes structurent le dialogue avec le COPIL national.

Etapes de validation des projets (Circulaire du 20 mars 2021)

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.

[61] Cette déconcentration aboutit au fait que peu de projets d'investissement hospitaliers font l'objet d'une instruction nationale : 5 % (cf. annexe 3).

2.4 L'engagement financier national s'est accompagné d'un cadrage de principe sur la soutenabilité des opérations

[62] Les rappels concernant la soutenabilité financière des opérations d'investissement sont très présents dans une instruction DGOS/PF1/DSS/1A du 21 juillet 2021 et auraient pu motiver une analyse budgétaire et financière de faisabilité plus poussée dès la phase 1 d'instruction et dès le lancement des travaux du CSIS et du COPIL Investissements.

[63] Elle comprend une annexe qui précise que : « *La détermination du montant de la dotation relève de la recherche d'un équilibre entre l'expression juste des besoins en investissement de l'établissement et la capacité de l'établissement à financer sa politique d'investissement via son cycle d'exploitation, tout en respectant une trajectoire soutenable de sa dette.* »

[64] Cette annexe s'appuie sur un tableau explicitant les attendus de la DGOS et de la DSS. Ce tableau a servi à construire les éléments du suivi annuel de la DGOS avec les ARS qui font l'objet d'une présentation au COPIL de l'investissement. Elle a également permis à la DGOS d'ajuster le cadre d'analyse du CSIS sur le volet de la soutenabilité financière. Ce tableau est très proche dans sa conception de ceux utilisés depuis une dizaine d'années, y compris par le COPERMO.

Tableau 2 : Annexe relative à l'analyse budgétaire et financière d'un projet

QUALITE ET SECURITE	ADAPTABILITE	SOUTENABILITE
<p>Le cycle d'exploitation permet-t-il de dégager les marges suffisantes au maintien en condition opérationnelle de l'établissement : niveau de trésorerie et niveau d'investissement courant minimum garantis ?</p>	<p>L'établissement a-t-il les ressources financières suffisantes pour garantir son adaptabilité aux évolutions de ses missions de service public : capacité à investir pour assurer sa nécessaire transformation ?</p>	<p>La trajectoire de la dette est-elle raisonnable et soutenable ?</p>
<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de CAF nette est-il suffisant ? - Sur la durée du PGFP, quelle est la variation du fonds de roulement, apport ou prélèvement ? - Le délai global des paiements est-il conforme à la réglementation ? - L'établissement est-il à jour du paiement des cotisations et taxes dont il est redevable ? - La marge brute de l'établissement est-elle supérieure aux annuités de la dette et aux montants d'investissements prévus au PGFP ? 	<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les opérations courantes en % des produits courants de fonctionnement sont-elles à un niveau suffisant (notamment en comparaison avec les établissements similaires de la région ou hors région pour les CHU) ? - Les opérations majeures, si nécessaires, sont-elles bien prévues et financées ? - L'établissement a-t-il un taux de vétusté anormalement élevé (bâtiments et équipements) ? 	<p>Critères d'appréciation possibles :</p> <p>La trajectoire financière proposée permet-elle à l'établissement d'être en deçà des seuils réglementaires de mise sous autorisation d'emprunt ?</p>

Source : instruction ministérielle DGOS/DSS du 21 juillet 2021

Une deuxième instruction DGOS/PF1 du 30 mars 2022 cadre les modalités de déploiement des programmations régionales de projets d'investissement en précisant 4 axes :

- *« Veiller à une instruction très rigoureuse des projets d'investissement, tout en traduisant pleinement les évolutions associées au Ségur investissement, la déconcentration des enveloppes et des décisions ne devant pas conduire à une moindre rigueur sur la qualité et la pertinence des projets afin d'éviter la réédition des problèmes rencontrés par certaines opérations des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 (dimensionnement, fonctionnalité, cohérence territoriale,) ;*
- *Mettre en place des revues régionales des projets validés ;*
- *Rendre compte deux fois par an de l'avancée de la mise en œuvre du plan, au printemps et à l'automne, revues nourrissant le dialogue entre ARS et Comité de pilotage (COPIL) investissement ;*
- *Répondre aux exigences du suivi européen. »*

[65] Elle développe sa conception de l'approche « réellement territoriale » des projets d'investissement, « réunissant et concertant l'ensemble des acteurs concernés à l'échelle du territoire, et articulant les projets et activités des uns et des autres, dans un objectif de cohérence de l'offre ». Elle vise notamment la crédibilité des hypothèses d'activités fondant la projection capacitaire comme de surfaces et souligne l'importance de la validation préalable de l'étape 1 d'instruction des « grandes orientations du projet de territoire et de l'opération ».

[66] **Elle recommande que le niveau d'aide financière soit suffisant « pour s'assurer d'une réelle maîtrise de l'endettement des établissements afin de ne pas rouvrir un cycle d'investissement qui déboucherait in fine sur un fort accroissement de la dette et pèserait sur la situation financière des établissements ».**

[67] Cette disposition devait inciter les ARS à une certaine sélectivité des opérations à soutenir. Les ARS sont appelées à s'assurer de la soutenabilité de la programmation et des projets, une instruction complète devant être réalisée « avant tout engagement ferme d'une aide à l'investissement ». En effet, l'instruction notait dès le 30 mars 2022 que « la programmation actuelle telle que présentée au dernier trimestre 2021 fait ressortir dans certaines régions un volume de projets supérieurs à 20 millions d'euros trop largement supérieur en coût à l'enveloppe Ségur « projets » régionale, soit in fine que les taux d'aide soient trop bas ».

ANNEXE 3 : Modalités de mise en œuvre du plan Ségur à 2024

SOMMAIRE

1	Le plan Ségur se traduit par une programmation de près de 800 opérations dont la mise en œuvre se décale dans le temps.....	22
1.1	A mai 2024, près de 800 opérations sont identifiées dans le cadre du plan Ségur mais une minorité de dossiers est validée à ce stade.....	22
1.1.1	Le Ségur constitue un plan d'investissement de plus de 31 milliards d'euros (valeur 2024).	22
1.1.2	A mai 2024, 37 % des projets de plus de 20 millions d'euros étaient validés.....	23
1.2	Les décalages sont imputables à la trajectoire financière des projets mais relèvent aussi de leur maturité initiale	26
1.2.1	La dégradation de la situation financière des établissements et l'évolution des coûts de construction expliquent en grande partie les reports.....	26
1.2.2	En 2021, tous les projets sélectionnés n'étaient pas matures, avec une approche territoriale insuffisamment instruite.....	31
1.3	Les données de pilotage ne permettent pas de mesurer l'impact structurel du Ségur	31
2	Les procédures d'instruction ne sont pas remises en cause même si les instances nationales pourraient davantage intervenir sur les points les plus stratégiques.....	33
2.1	Les modalités d'instruction des projets Ségur sont globalement satisfaisantes même si des aménagements sont à considérer	33
2.1.1	L'introduction d'une première étape d'instruction constitue une avancée.....	33
2.1.2	Pour les projets nationaux, l'avis du CSIS permet d'enrichir l'instruction des projets	33
2.1.3	Le rôle du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) dans ce processus d'instruction renouvelé conduit à interroger son positionnement	34
2.1.4	Certains ARS ont procédé à des simplifications de procédures qui sont à encourager	38
2.2	Il est préconisé de repositionner le comité de pilotage national sur les dossiers les plus critiques et de conforter le pilotage stratégique du plan.....	39
2.2.1	L'instruction nationale pourrait être concentrée sur les dossiers les plus critiques avec un aménagement des seuils	40
2.2.2	Le pilotage stratégique du plan mériterait d'être conforté.....	42

3	La mise en place du plan Ségur s’est accompagné de renforts auprès des Agences régionales de santé qu’il convient de conforter	44
3.1	118 ETPT temporaires ont été attribués aux ARS à compter de 2022, effectivement mobilisés en grande partie sur le pilotage des investissements immobiliers ...	44
3.2	Ces renforts sont nécessaires jusqu’en 2028 pour maîtriser le processus d’instruction et le suivi des projets	46
3.3	Si les mutualisations entre ARS n’ont pas été mises en œuvre, un travail en réseau s’est développé.....	47
3.3.1	Le plan Ségur ne s’est pas appuyé sur des mutualisations interrégionales, y compris pour l’Outre-mer.....	47
3.3.2	Les référents Ségur des ARS travaillent en réseau et s’appuient sur les outils de l’ANAP et du CSIS.....	48

1 Le plan Ségur se traduit par une programmation de près de 800 opérations dont la mise en œuvre se décale dans le temps

[68] Comme souligné en annexe 2, la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 fixait un calendrier très ambitieux pour lancer le plan Ségur. Il était demandé aux Directeurs généraux d'ARS (DGARS) de définir la stratégie régionale de déploiement du plan Ségur ainsi que la liste des projets prioritaires dès octobre 2021 en positionnant les crédits d'accompagnement.

[69] Le calendrier de 2021 et ce planning général étaient particulièrement volontaristes. Une fois la liste des projets éligibles établie, ni les ARS, ni les établissements ne se sont vu fixer d'échéances pour atteindre les différentes étapes de validation des projets.

[70] Seules les échéances budgétaires constituent des dates butoirs pour la mobilisation des enveloppes (cf. annexe 2) :

- les crédits financés par l'Union européenne dans le cadre du PNRR (1 Md€) doivent être contractualisés par les ARS avec les établissements de santé au plus tard en décembre 2025.
- ceux financés par directement par la CADES (6,5 Md€s) doivent être contractualisés par les ARS avec les établissements de santé pour décembre 2028, une première tranche à fin 2025 (4,82 Md€s) et une seconde à fin 2028 (1,68 Mds).

1.1 A mai 2024, près de 800 opérations sont identifiées dans le cadre du plan Ségur mais une minorité de dossiers est validée à ce stade

1.1.1 Le Ségur constitue un plan d'investissement de plus de 31 milliards d'euros (valeur 2024).

[71] Selon le recensement effectué par la DGOS, à mai 2024, 796 projets étaient identifiés pour un montant total d'opérations de 31,3 Mds€ (valeur 2024), soit un montant moyen par opération de 39,3 M€ (valeur 2024). A cette date, le différentiel entre la dépense d'investissement et son financement par les crédits Ségur peut donc être estimé à 23,8 Md€s (31,3 Md€s-7,5 Md€), soit un taux de financement « Ségur » de 24 % qui ne prend pas en compte les aides par ailleurs mobilisées en régions par les ARS (Fonds intervention régional, aides à la contractualisation,...) ou issues des collectivités territoriales.

[72] Parmi ces 796 projets, une quarantaine seulement fait l'objet d'une instruction nationale. Ce sont donc 95 % des projets qui sont suivis à l'échelle régionale.

Tableau 3 : Répartition des projets selon le montant TDC TTC (mai 2024)

Montants TDC TTC	Nombre de projets	Pourcentage
Inférieur à 20 M€	486	61 %
Entre 20 M€ et 50 M€	178	22 %
Entre 50 M€ et 100 M€	69	9 %
Entre 100 M€ et 150 M€	21	3 %
Entre 150 M€ et 500 M€	33	4 %
Supérieur à 500 M€	9	1 %
Total	796	100 %

Source : Mission à partir des données DGOS

[73] Pour autant, le montant des opérations se répartit à parts égales entre projets nationaux (48 % avec 15,1 Md€s) et projets strictement régionaux (52 % avec 16,1 Md€s).

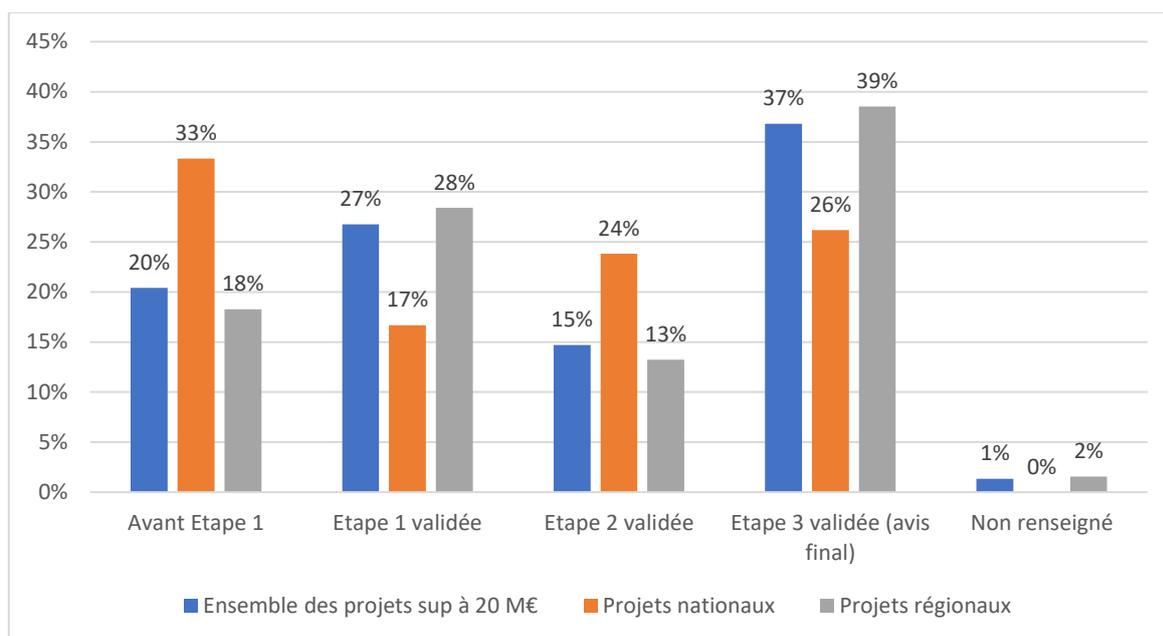
1.1.2 A mai 2024, 37 % des projets de plus de 20 millions d'euros étaient validés

[74] Le suivi de la programmation régionale des projets d'investissement transmis par la DGOS permet de connaître l'étape d'instruction des projets de plus de 20 M€ (en deçà, cette donnée n'est pas renseignée dans le cadre du rapport annuel des ARS auprès de la DGOS).

- La circulaire du 10 mars 2021 avait défini un processus de validation des projets en 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.

[75] Sur les projets de plus de 20 M€, 37 % d'entre eux avaient franchi l'étape 3 et présentaient donc un programme technique détaillé (PTD) validé à mai 2024.

Graphique 1 : Stade d'instruction des projets de plus de 20 M€ à mai 2024



Source : Mission à partir des données DGOS

[76] **Le processus régional est plus avancé.** 39 % des projets régionaux bénéficient d'un avis final contre 26 % des projets soumis à l'instruction nationale. A l'inverse, 33 % des projets nationaux n'ont pas encore franchi l'étape 1, contre 18 % des projets régionaux. Il peut néanmoins être considéré que les projets nationaux supérieurs à 150 M€ présentent par nature un degré de complexité plus important expliquant pour tout ou partie ces décalages.

[77] **L'état d'avancement du plan Ségur varie grandement d'une région à l'autre.** En mai dernier, seules quatre régions avaient la moitié de leurs projets validés (Bretagne, Occitanie, Haut de France, La Réunion) sans que les dialogues de gestion entre l'administration centrale et les ARS ne semblent faire l'objet d'échanges spécifiques sur cet indicateur (cf. infra question relative au pilotage).

[78] **Cette minorité de projets validés atteste d'un décalage des opérations.** Les dialogues de gestion entre les ARS et la DGOS font état de reports de calendrier. **En 2022, seulement 36 projets de plus de 20 M€ avaient franchi l'étape de validation alors que 182 projets devaient initialement franchir cette étape au regard du prévisionnel** qui avait été établi initialement par les ARS en 2021 dans le cadre de leurs stratégies régionales. Au regard des dernières prévisions de calendrier, ce n'est qu'en 2025 que la majorité des projets devrait être validée (73 % des projets de plus de 20 M€).

[79] Le guide d'élaboration et d'accompagnement des projets d'investissements produit par le CSIS en juin 2023 donne des délais indicatifs de mise en œuvre des différentes étapes d'instruction : « de l'ordre de : 1) Opportunité du projet, faisabilité financière 6 à 12 mois 2) Soutenabilité, préprogramme 6 à 12 mois 3) Programme 6 mois 4) Concours de maîtrise d'œuvre, Etudes, AO 18 jusqu'à 24 mois à minima pour un projet complexe et selon le type de procédure retenue 5) Travaux Supérieurs à 30 mois pour un délai global de 7 à 8 ans minimum ».

[80] **Suivant ces échéances indicatives, un planning de 18 à 30 mois serait nécessaire pour qu'un projet soit validé en étape 3, soit un an et demi à deux ans et demi.** Force est de constater qu'à mi 2024, soit deux ans et demi après que les projets ont été sélectionnés par les ARS à fin 2021, ces délais n'ont pu être observés, confirmant le décalage d'un nombre important d'opérations comme les ARS en font état dans le cadre des dialogues de gestion.

[81] Corolaire de l'état d'avancement des dossiers, la contractualisation des aides entre les ARS et les établissements ne s'élève qu'à 36 % des crédits Ségur déconcentrés en régions à mai 2024 même si les données ci-dessous font état d'un montant d'aides affectées sur les projets que l'on peut estimer à 92 % de l'enveloppe totale, si l'on englobe les aides contractualisées ou notifiées, celles finalisées mais non encore contractualisées, celles en cours de stabilisation et enfin celles faisant l'objet d'une première estimation (cf. tableau 2 ci-dessous).

Tableau 4 : Montant des aides par ARS selon l'état d'avancement de la contractualisation (mai 2024)*

	Contractualisée ou notifiée**	Finalisée	En cours de stabilisation	Toute première estimation	Aide non déterminée	Reliquat	Crédits ARS circulaire 2021
Aides Ségur ARS*	2 339 M€	1 896 M€	1 217 M€	526 M€	186 M€	330 M€	6 495 M€
%	36 %	29 %	19 %	8 %	3 %	5 %	100 %
% cumulés	36 %	65 %	84 %	92 %	95 %	100 %	-

*hors enveloppe nationale et crédits FIR/marge régionale

** Les crédits contractualisés ont fait l'objet d'un contrat avec les établissements, pas encore ceux notifiés qui ont fait l'objet d'une information officielle de l'établissement et dont le contrat est en cours d'élaboration ou de signature. La DGOS considère néanmoins que ces crédits font l'objet d'un engagement « ferme » de l'ARS qui s'apparente à une contractualisation et décompte donc simultanément ces deux catégories.

Source : DGOS, traitement mission

[82] Les aides non déterminées et le « reliquat » s'élèvent à 8 % des aides mais ne doivent pas être considérées comme des crédits libres d'emploi. Les difficultés budgétaires des établissements et celles des ARS pour valider les trajectoires financières des projets nécessiteraient de les mobiliser dans le cadre du Ségur si l'on souhaite sécuriser les trajectoires et accélérer son déploiement.

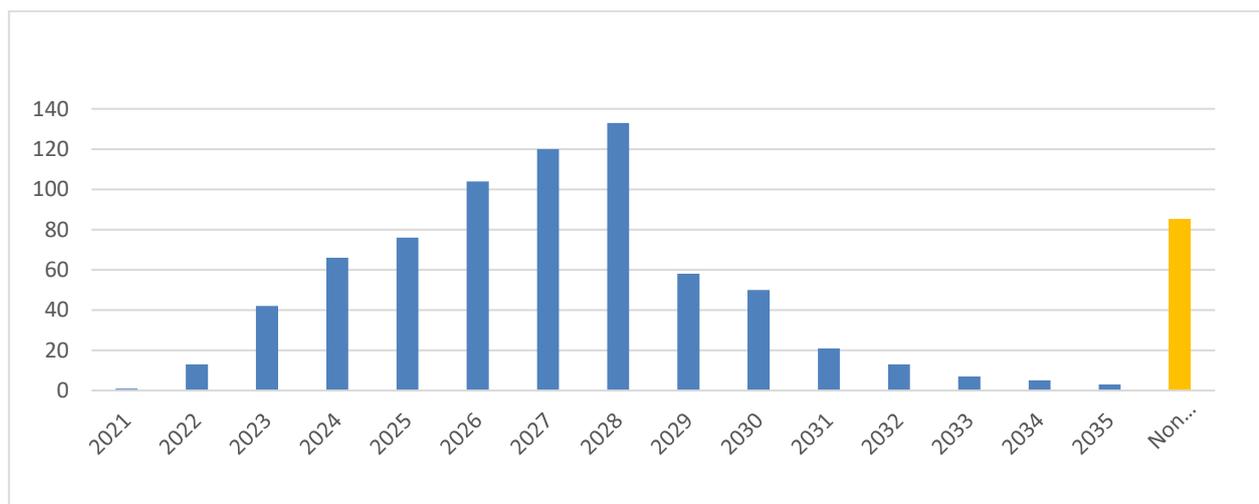
[83] Les ARS ne pointent pas le risque de ne pas contractualiser ces crédits aux dates butoirs (2025 et 2028), le sujet étant avant tout de boucler les trajectoires financières des projets. Elles sont bien sensibilisées à ces échéances qui sont systématiquement rappelées dans le cadre des dialogues de gestion annuels.

[84] Les crédits FMIS peuvent faire l'objet d'un paiement sur facture 4 ans après la contractualisation. Le risque de non-consommation paraît donc tout à fait limité. Les crédits

CADES sont hors ONDAM et donc n'ont pas d'impact sur ce dernier. Si certains projets venaient à ne pas se conclure, les crédits seraient certainement réaffectés à d'autres projets.

[85] Le calendrier de mise en service des opérations tel qu'issu des données de la DGOS est présenté dans le graphique ci-dessous avec une montée en charge progressive jusqu'en 2028. Il semble très volontariste au vu des dossiers qui ne sont pas encore validés, devant a priori intervenir en majorité en 2025, et compte tenu du temps incompressible pour conduire les opérations une fois celles-ci validées (marchés, travaux,...).

Graphique 2 : Dates prévues de mise en service des opérations à mai 2024



Source : Mission, à partir des données DGOS

1.2 Les décalages sont imputables à la trajectoire financière des projets mais relèvent aussi de leur maturité initiale

1.2.1 La dégradation de la situation financière des établissements et l'évolution des coûts de construction expliquent en grande partie les reports

[86] **Le Comité de pilotage de l'investissement en santé indique dans son avis de janvier 2024 que les reports sont liés en premier lieu à la soutenabilité financière des projets, soulignant par ailleurs que le montant total de la programmation Ségur a augmenté de 18 % entre 2022 et 2023.**

[87] Le renchérissement des coûts de travaux constatés depuis 2020 et la hausse des taux d'intérêt ont pesé sur les conditions d'instruction. De surcroît, la plupart des établissements porteurs de projets inscrits au titre du Ségur a connu une dégradation de leurs résultats budgétaires et financiers ces trois dernières années. Ces paramètres ont fragilisé le bouclage financier des projets, voire ont rendu nécessaire la révision du périmètre de certains projets compte tenu de l'incapacité des établissements à mobiliser plus fortement leur autofinancement et de résultats d'exploitation projetés insuffisants pour recourir à l'emprunt comme prévu.

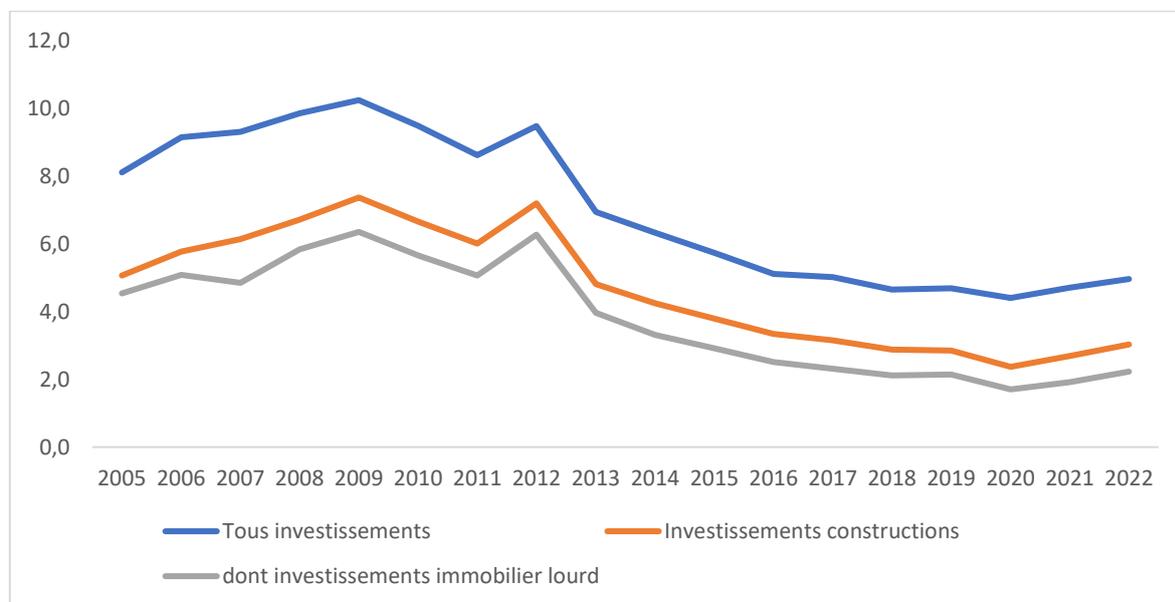
1.2.1.1 Début 2020, les hôpitaux étaient d'ores et déjà largement endettés

[88] Comme le souligne la Cour des Comptes⁷, « les hôpitaux publics ont abordé la relance de l'investissement hospitalier avec un endettement financier d'un montant (31 Md€ fin 2021) trois fois supérieur à ce qu'il était au début du plan Hôpital 2007 (12 Md€ en 2006)».

[89] En effet, les hôpitaux ont été nombreux entre les années 2005 et 2012 à lancer des opérations d'investissements avec la relance opérée par le Plan Hôpital 2007 et, dans une moindre mesure, avec le Plan Hôpital 2012.

[90] Cet effort décroche à partir de l'année 2013 une fois les principales opérations livrées, étant précisé que peu d'opérations ont été validées à partir de l'exercice 2010. Un arrêt de plusieurs opérations étant par ailleurs décidées, confrontées aux effets de la crise financière des années 2008-2009 (CH de Poissy Saint-Germain ou CHU de Reims par exemple).

Graphique 3 : Effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2005 par type d'investissement (en pourcentage des recettes).



Source : Mission, d'après données DREES

[91] Ainsi, malgré le ralentissement des opérations de construction ou de rénovation, les deux plans d'investissement, Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont entraîné un triplement de l'endettement financier à hauteur de 30 Md€ en 2019, soit 36 % des produits⁸. Fin 2021, l'encours de la dette des hôpitaux publics s'élevait encore à 30,2 Md€, assez stable en valeur absolue par rapport au niveau atteint en 2012 (29,3 Md€)⁹. L'encours de l'endettement

⁷ Cour des Comptes, rapport sur la situation financière des hôpitaux, octobre 2023.

⁸ Cour des Comptes, rapport sur la situation financière des hôpitaux, octobre 2023.

⁹ La Cour des Comptes note qu'« Un tel niveau d'endettement fait exception parmi les établissements publics de l'État. En 2021, la dette des hôpitaux représentait 33 % de leurs produits, celle des 486 opérateurs de l'État seulement 10 % »

financier est concentré : un tiers est porté par 14 hôpitaux seulement, un deuxième tiers par 76 hôpitaux et le troisième tiers par 713 hôpitaux.

1.2.1.2 Une reprise insuffisante de l'activité post covid dans un contexte de hausse des charges obère les capacités financières des établissements

[92] Le secteur hospitalier public n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant crise en 2022 ni en 2023. La poursuite de l'évolution des modes de prise en charge vers l'ambulatoire et la régression des séjours d'hospitalisation complète induit un niveau des recettes ne couvrant pas les charges fixes des établissements.

[93] Par ailleurs, ces charges fixes ont augmenté principalement sous l'effet d'importantes majorations salariales générales ou catégorielles découlant du volet social du Ségur ou des décisions de revalorisation du point d'indice de la fonction publique. En outre, dans de nombreux établissements, il est constaté une progression des effectifs dans le cadre de politiques d'attractivité locales visant à surmonter les phénomènes de départs de professionnels.

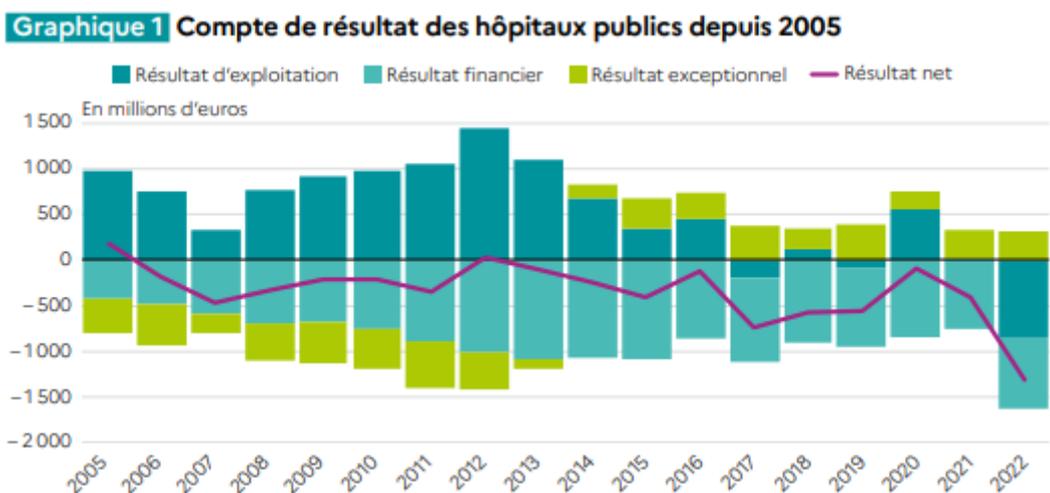
[94] Cet effet de ciseau entre niveau d'activités, de recettes et de charges fixes se traduit dans les comptes d'exploitation : le niveau de déficit global des 810 hôpitaux publics exprimé en pourcentage des recettes fait plus que tripler entre 2021 et 2022.

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2013

Catégorie	2022		Excédent ou déficit de 2013 à 2022 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des hôpitaux publics	810	100	-0,1	-0,3	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4	-1,3
AP-HP	1	9,2	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2
Autres CHR	31	29,5	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3
CH spécialisés en psychiatrie	82	7,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2
CH ex-hôpitaux locaux	190	2,8	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3
Très grands CH	163	72,0	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3
Grands CH	151	15,2	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6
Moyens CH	256	9,8	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4
Petits CH	240	2,9	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6

Source : DREES, *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024*

[95] Le montant du déficit d'exploitation atteint en 2022 son plus mauvais résultat depuis 2005 en approchant 1,5 Mds€ et cela malgré le mécanisme de garantie de financement. Les résultats consolidés de l'année 2023 à travers les comptes financiers ne sont pas disponibles à la date de rédaction du rapport mais cette dégradation se poursuit avec un élément de variation important sur l'inflation qui a pesé fortement sur les dépenses énergétiques de tous les établissements de santé.



Source : DREES, *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024*

[96] Ainsi, selon les données analysées par le Comité de pilotage de l'investissement en santé, près d'un tiers des hôpitaux porteurs de projets supérieurs à 20 M€ avait un taux d'endettement supérieur à 30 % et 20 % présentaient une CAF nette négative. Comme cela le leur avait été demandé par la DGOS dans le cadre des dialogues de gestion fin 2023, les ARS ont coté le degré de risque des projets. Les ARS ont signalé fin 2023 un risque fort ou modéré de soutenabilité financière pour 31 % des projets supérieurs à 20 M€.

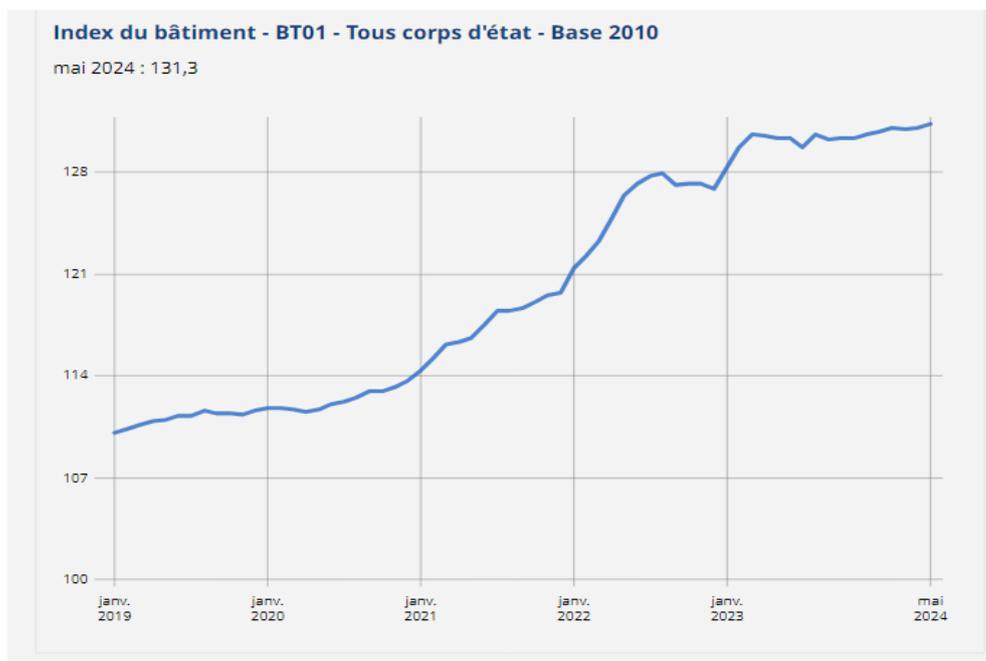
1.2.1.3 L'accélération de la hausse des coûts de la construction et l'inflation contribuent également à la dégradation des trajectoires immobilières et financières

[97] Les hausses de prix ont commencé à être enregistrées dès la sortie des premières vagues de crise COVID. Plusieurs chocs se sont succédé : crise des matériaux du BTP liée au redémarrage rapide de l'économie mondiale à la fin de l'été 2020, puis crise déclenchée par une première progression des prix de l'énergie à la fin de l'été 2021, puis encore crise puissante provoquée par la guerre en Ukraine à la fin de l'hiver 2022.

[98] Ces crises de marchés de fournitures de biens ont eu un impact majeur sur le secteur de la construction avec une forte reprise des prix des matériaux énergivores comme le ciment, le verre, les produits céramiques, les tuiles, etc.

[99] Même si l'on assiste plus récemment à une stabilisation des prix de la construction s'expliquant pour partie par la hausse des taux d'intérêt et la réduction des mises en chantier de logements neufs dans plusieurs pays y compris en France, le niveau atteint a modifié les estimations de coûts pour des programmes aussi complexes et importants que ceux conduits par le secteur public hospitalier.

[100] Ainsi, les index du bâtiment (BT), calculés par l'Insee, permettent de suivre l'évolution de l'ensemble des coûts dans le bâtiment¹⁰ et notamment l'index BT01. Jusqu'à l'été 2020, les hypothèses ayant conduit à calibrer les enveloppes régionales et à construire la stratégie régionale immobilière pouvaient s'appuyer sur une pente d'augmentation se situant dans les valeurs de la décennie précédente. Dès l'année 2021, les deux premiers trimestres permettaient de considérer ces hypothèses comme obsolètes.



Source : INSEE

[101] **Au vu de cet indice, le « pouvoir d'achat » immobilier du Ségur Investissement et donc celui des établissements de santé a été réduit de 10 % depuis octobre 2021, date de sélection des opérations Ségur (indice 131,2 à juin 2024 vs 119,1 à octobre 2021). Cela représente 750 millions d'euros** ou l'équivalent de 19 opérations au budget moyen de 39 millions. Sachant que la réserve nationale pour aléa d'un milliard d'euros a été affectée en totalité dès 2021 pour rendre possibles certaines opérations, il n'y a donc plus aucune crédits nationaux disponibles pour les ARS ou pour les établissements.

[102] Si certaines opérations ont été revues dans leur conception avec l'introduction de phases afin d'étaler la charge des engagements financiers, dans le même temps, d'autres ont vu leur périmètre s'alourdir sous le double effet de la prise en compte des enseignements de la crise sanitaire et des normes de constructions.

¹⁰ Le site de l'Insee précise que « Les index bâtiment (BT) sont des indices de coûts des différentes activités du secteur de la construction, appréhendés à partir de 6 postes dans une démarche de comptabilité analytique : "coût du travail" jadis appelé "salaires et charges", "matériaux", "matériel", "énergie", "transport", "frais divers".

1.2.2 En 2021, tous les projets sélectionnés n'étaient pas matures, avec une approche territoriale insuffisamment instruite

[103] Les enjeux financiers ne constituent pas le seul facteur de report. **Le caractère peu mature de certains dossiers est également mis en avant par les ARS qui avaient été conduites à retenir en 2021 une liste de projets et d'enveloppes d'aides associées dans un calendrier très contraint.** L'absence de maturité de certains dossiers nécessite un accompagnement plus long des établissements, constat partagé par l'ensemble des personnes rencontrées par la mission. Le cadrage non sélectif du national sur la nature des projets n'a pas non plus orienté le choix des régions.

[104] Les reprogrammations d'opérations demandées par le comité de pilotage national et la contrainte financière peuvent également conduire à revoir le périmètre et le phasage d'un dossier initialement défini, allongeant également les délais d'instruction.

[105] Les raisons de ces reports de calendriers tiennent ainsi à plusieurs raisons : un contexte d'incertitude budgétaire et d'estimation des coûts de travaux pour les établissements interrogeant la soutenabilité financière des opérations ; une construction empirique des schémas d'investissements, posant la question de la solidité des maîtrises d'ouvrage (cf. annexe 5), qui interroge par ailleurs la maturité de certains projets.

[106] **Le questionnaire adressé aux ARS corrobore cette analyse multifactorielle.** Pour les projets de l'échantillon retenu par la mission n'ayant pas encore atteint le premier stade d'instruction, aucune cause de report ne se détache nettement. La soutenabilité financière du projet pose clairement difficulté mais tout autant que la définition du projet sous l'angle médical, territorial et architectural. La définition du capacitaire demeure également problématique. Enfin, la capacité de l'établissement pour élaborer et instruire le projet est également souvent pointée par les ARS (cf. annexe 8 relative au questionnaire ARS).

[107] **Les projets Ségur n'ont pas par ailleurs été instruits à l'échelle des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ce qui aurait pu constituer un filtre dans la sélection des projets et favoriser une meilleure adéquation avec les projets médico-soignants partagés des groupements.**

[108] La circulaire Ségur de 2021 ne cite pas les groupements hospitaliers de territoire (GHT) comme levier d'élaboration du schéma directeur immobilier territorial. Certaines ARS ont certes demandé aux établissements supports de GHT d'élaborer ce type de schéma pour alimenter leur réflexion sur leur SRIS de l'automne 2021. Cependant, les conférences hospitalières auditionnées comme les ARS d'ailleurs ne nous ont pas cité cet exercice comme un élément marquant du processus de sélection.

1.3 Les données de pilotage ne permettent pas de mesurer l'impact structurel du Ségur

[109] Des dialogues de gestion annuels sont organisés entre le comité de pilotage sanitaire et les ARS sur l'avancement du Ségur. Ils permettent, région par région, de faire un état d'avancement assez fouillé du plan en termes de gouvernance ainsi que sur les calendriers et les aides mobilisées et de partager les alertes sur les principaux projets.

[110] **Les données de pilotage ne permettent cependant pas de documenter l'impact territorial des projets (gradation des soins, restructuration de l'offre) et les évolutions de l'offre (capacitaire, plateaux techniques, modernisation du confort hôtelier...).**

[111] Certes, les documents du dialogue de gestion annuel comprennent en théorie quelques indicateurs relatifs aux thématiques prioritaires (territorialisation, soins non programmés,...) sur les objectifs spécifiques du projet (qualité de l'offre, dynamique territoriale, développement durable) et l'impact des projets (nombre de lits, places et blocs modernisés, chambres dédoublées, sécurité incendie) mais ces données ne sont pas renseignées par les ARS ou de manière très partielle et aucune analyse ne peut en être tirée au niveau national.

[112] Seules les synthèses ARS produites lors des dialogues de gestion donnent un éclairage régional mais sans consolidation nationale chiffrée et sans comparatif fait avec les objectifs retenus dans le cadre des stratégies régionales adoptées en 2021, eux-mêmes peu structurés.

[113] **Le rapport national relatif aux « stratégies régionales d'investissement-dialogues d'automne 2023 » produit par le comité de pilotage national souligne ainsi que si les thématiques du CNIS sont intégrées par les ARS (cf. encadré), les indicateurs de suivi restent à stabiliser et à renseigner plus complètement.** La juxtaposition de nombreux items peu priorités ne permet pas de mesurer de manière pertinente l'impact du Ségur.

Les thématiques du CNIS les plus présentes dans les projets

Territorialisation : 57 % des projets

Réduction des inégalités : 31 % des projets

Psychiatrie et santé mentale : 19 % des projets

Soins non programmés : 16 % des projets

Personnes âgées : 13 % des projets

Source : dialogue de gestion avec les ARS d'automne 2013

[114] **L'empreinte environnementale (cf. annexe 6) des projets n'est pas non plus documentée** ni en amont, lors de l'instruction des projets, pour privilégier si possible les scénarios les plus sobres du point de vue écologique ni en suivi, en l'absence d'indicateurs d'impact, comme cela a pu être observé lors de la récente mission IGAS relative à l'impact du plan Ségur sur la transition énergétique des établissements (mission n° 2023-132).

2 Les procédures d’instruction ne sont pas remises en cause même si les instances nationales pourraient davantage intervenir sur les points les plus stratégiques

2.1 Les modalités d’instruction des projets Ségur sont globalement satisfaisantes même si des aménagements sont à considérer

2.1.1 L’introduction d’une première étape d’instruction constitue une avancée

[115] La circulaire Premier Ministre du 20 mars 2021 a posé un processus d’instruction en trois étapes pour les projets nationaux comme pour les projets régionaux (cf. encadré supra point 1.1.2). La principale nouveauté de ce processus est de ménager en étape 1 une validation par l’ARS ou le national du schéma directeur immobilier, l’enjeu étant de partager les orientations générales du projet pour le territoire et pour l’établissement lui-même en lien avec son projet médical.

[116] Cette première étape est identifiée par l’ensemble des personnes rencontrées par la mission comme une avancée du Ségur visant à resituer le projet dans son environnement et à en valider la pertinence vis à vis de l’offre de soins. Au global, le processus en trois étapes est jugé pertinent, notamment par les conférences hospitalières et les ARS. 70 % des ARS considèrent que le processus d’instruction organisé en trois étapes est pertinent et opérationnel pour les projets instruits régionalement. Ce taux est de 88 % pour les projets instruits nationalement (chiffres issus du questionnaire ARS).

[117] Deux limites sont toutefois perceptibles, d’une part, celle de ne pas associer systématiquement le GHT lors de cette première étape ce qui peut fragiliser l’approche territoriale du dossier (cf. supra), d’autre part, le risque de définir les orientations du programme sans le confronter à ce stade à la soutenabilité financière du projet. De fait, dès cette étape, les ARS comme le COPIL sanitaire examinent la dimension financière du projet en parallèle de la définition du programme pour essayer de faire converger ces deux dimensions le plus en amont possible et ne pas nourrir de projets surdimensionnés du point de vue financier, ou le réorienter le plus en amont possible si nécessaire.

2.1.2 Pour les projets nationaux, l’avis du CSIS permet d’enrichir l’instruction des projets

[118] Comme analysé dans l’annexe 4 dédiée notamment au CSIS, les directions centrales et plus généralement les membres du COPIL sanitaire considèrent que les avis que formule le CSIS sur les projets instruits nationalement constituent une valeur ajoutée : maturation des projets, temps dédié à la conception sur le plan de la stratégie médicale, territoriale, architecturale avant de passer à une analyse plus complète incluant la performance et la soutenabilité financière. La composition et le mode de fonctionnement du CSIS en pluridisciplinarité concourent à ce résultat. Selon les données du CSIS, une fois celui-ci saisi, la durée de l’examen par le CSIS prend 22 mois.

[119] Ce constat est globalement rejoint par les ARS et les établissements ayant bénéficié d'une intervention du CSIS qui a alors permis d'améliorer la pertinence d'investissements sanitaires nécessaires à prise en charge de la population d'un territoire même si elles souhaitent une meilleure coordination avec elles lorsque le CSIS intervient auprès d'un établissement, point qui a fait l'objet d'améliorations depuis 2021.

[120] L'annexe 4 détaille cette analyse.

2.1.3 Le rôle du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) dans ce processus d'instruction renouvelé conduit à interroger son positionnement

Objectifs et modalités de l'évaluation socio-économique

[121] L'obligation d'évaluation socio-économique des projets d'investissements publics a pour origine la loi d'orientation des transports intérieurs (LOTI) du 30 décembre 1982¹¹. La loi de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2012 à 2017 étend l'obligation à tous les investissements publics civils et en précisant les attendus de l'évaluation¹².

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 socioéconomique (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 :

¹¹ Son article 14 dispose que les investissements relatifs aux infrastructures, équipements et matériels de transport donnant lieu à financement public doivent être évalués à l'aide de critères homogènes intégrant les dimensions économiques, sociales et environnementales des projets.

¹² La LFPF de 2012 et le décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics pris en application de la LFPF

- l'exposé détaillé du projet d'investissement, les variantes et alternatives au projet d'investissement ;
- les principales données sur son dimensionnement et son calendrier révisionnel ;
- 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. »

Source : *Mission*

[122] L'exercice de contre-expertise des évaluations socio-économiques est ainsi rendu nécessaire pour les projets d'investissements publics dont le financement public dépasse le seuil de 100 M€ HT et représente au moins 5 % du montant total HT du projet d'investissement.

[123] En application du décret 2013 – 1211 du 23 décembre 2013, le SGPI anime ainsi les contre-expertises relatives au projet d'investissement de l'État dépassant 100 M€. Elles sont faites par trois contre experts et alimentent l'avis du SGPI.

[124] Dans le cadre hospitalier, cette procédure s'ajoute à la procédure de validation des investissements pilotée par la DGOS et animé par le COPIL des investissements sanitaires. **La contre-expertise intervient à la fin du cycle de validation (en étape 3) et nécessite 4 à 6 mois d'instruction supplémentaires.** Elle a pour objectif d'analyser le dossier remis par l'établissement, d'en vérifier la complétude et de mettre en évidence 3 principaux risques :

- Schéma organisationnel et dimensionnement capacitaire des activités médico-soignantes
- Schéma directeur immobilier
- Faisabilité et soutenabilité financière du projet

[125] Le dossier est en général accompagné des différents avis émis en cours d'instruction par l'ARS correspondante et le CSIS. L'instruction du SGPI, anonyme vis-à-vis de l'établissement qui ne connaît pas l'identité des contre-experts, autorise un ou plusieurs échanges avec ce dernier mais seulement sous la forme de questions écrites.

[126] Le nombre de projets expertisés par le SGPI concernant les hôpitaux sur la période 2013-2022 est de 28. Il s'agit du premier secteur en termes d'expertise avec le secteur des transports, pour un total de 101 contre expertises, soit une moyenne de 10 par an.

[127] Le SGPI note que les évaluations ne comportent pas d'indicateurs socio-économiques pour les projets hospitaliers, ce qui supposerait de définir une « valeur actuelle nette » comparant la valeur du projet à un scénario de base de poursuite de l'existant. En effet, l'évaluation des projets hospitaliers repose sur une analyse du projet au regard de sa capacité (hypothèses d'activité et dimensionnement), de sa faisabilité technique et de sa soutenabilité financière.

Au regard des avis formalisés que la mission a pu étudier, la mission fait deux constats.

[128] **En premier lieu, les champs d'analyse du CSIS et du SGPI se recouvrent en grande partie :** appréciation du schéma directeur d'ensemble, appréciation des opérations projetées, examen des options alternatives, évaluation du projet médical et des organisations (fonctionnalités du parcours patient, optimisations et rationalisations), dimensionnement capacitaire, ordonnancement de l'opération, appréciation de la maîtrise des risques (dévolution des marchés et maîtrise du chantier), appréciation de la pertinence de l'estimation des coûts, évaluation de la crédibilité des hypothèses d'activités par mode de prise en charge, appréciation de la soutenabilité financière du projet et de l'impact sur la trajectoire de l'établissement.

[129] En second lieu, la contre-expertise est réalisée par des contre-experts indépendants coordonnés par le SGPI, sur la base des évaluations socio-économiques des porteurs de projet. En pratique, les experts du SGPI sont d'anciens hospitaliers et certains, encore en activité, ont pu rejoindre le CSIS depuis sa création.

Les experts du SGPI

Le contre-expert référent (chef d'établissement en activité ou à la retraite) se fait accompagner par un expert immobilier et un expert financier. Le nom des contre experts hospitaliers n'est pas rendu public, contrairement à la pratique dans les autres secteurs. Chaque contre-expert est rémunéré d'une manière forfaitaire à hauteur de 5 000 € HT. Le SGPI estime qu'une dizaine de jours de travail a minima est nécessaire pour chaque contre-expert.

La mission a eu accès à la liste des 11 experts actuellement en fonction. Elle témoigne d'un niveau d'expérience élevé s'agissant du pilotage hospitalier avec plusieurs anciens directeurs généraux de CHU ou de CH ayant conduit d'importances opérations immobilières dans leur carrière, des ingénieurs ou architectes spécialisés ayant conduit ou réalisant actuellement des projets importants pour leur établissement. L'analyse de leur CV ne démontre pas en revanche qu'ils ont eu de formation et une expérience de l'évaluation socio-économique telle que définie précédemment¹³.

Les contre experts hospitaliers représentent une petite part du panel d'experts du SGPI : 11 sur environ 150.

Le mode de recrutement semble reposer sur des pratiques informelles d'appel à candidatures parfois relayées par les experts auprès de leur réseau professionnel (association des anciens directeurs généraux de CHU par exemple).

¹³ Le monde de l'évaluation socio-économique est caractérisé par un faible nombre d'experts (environ 200 en France) et par un nombre limité de cabinets privés spécialisés.

Le recrutement de chaque expert se fonde sur une « déclaration sur l'honneur » se matérialisant par une lettre d'engagement faisant référence à la charte de déontologie qui est présentée dans le corps même de cette lettre sous la forme d'un corps de règles à respecter : « Ces règles sont, pour l'essentiel, au nombre de cinq : agir en totale impartialité, révéler des pressions exercées par des tiers, s'assurer de son indépendance, éviter les conflits d'intérêts, préserver le cas échéant, le secret et/ou la confidentialité. » S'agissant des pressions éventuelles, un registre consignait ces informations est tenu par le SGPI, sous le contrôle du déontologue. L'expert est astreint à une déclaration d'intérêt et doit signaler toute situation de conflit d'intérêt.

Source : mission

[130] **En conséquence, les avis du CSIS et du SGPI convergent dans leurs conclusions de portée générale.** Certes, quelques nuances ou points particuliers d'attention émanant spécifiquement de l'un ou de l'autre peuvent constituer des facteurs d'enrichissement de l'avis final rendu par le COPIL. Toutefois, compte tenu de l'existence de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au sein du CSIS, ces spécificités d'analyse pourraient apparaître déjà au stade de l'analyse du CSIS sans attendre l'avis du SGPI.

Ces constats conduisent la mission à interroger le positionnement des avis du SGPI dans le processus d'instruction

[131] **Sur le fond, l'évaluation socio-économique n'a pas vocation à se limiter à la seule analyse financière, budgétaire et technique et viserait également à prendre en considération les dimensions sociales, économiques et environnementales d'un projet.** Or, le SGPI considère que cette analyse d'impact n'est que peu développée aujourd'hui dans les contre-expertises.

[132] **La dimension environnementale serait également appelée à se renforcer.** S'agissant des enjeux écologiques, le SGPI souhaite en effet développer les contre-expertises sous cet angle, précisant à la mission que l'approfondissement des impacts environnementaux pour une meilleure prise en compte de ces derniers dans les études socio-économiques constitue la première priorité du nouveau conseil scientifique relatif aux méthodes socio-économiques nommé en juillet 2024 et dont la feuille de route a été validée en septembre de cette année.

[133] **Par son caractère interministériel, les études du SGPI pourraient davantage prendre en compte la dimension intersectorielle des projets notamment en veillant à une meilleure articulation des projets avec les universités.** La conférence des doyens rencontrée par la mission souligne que les politiques immobilières universitaires et hospitalières n'interagissent qu'à la marge, au niveau national comme au sein des CRIS en région, alors que les projets nécessiteraient une coordination forte dans le domaine de la santé pour les formations médicales, comme paramédicales qui sont en train de s'universitariser. Les implications sont très concrètes et souffrent de l'absence de coordinations (augmentation des besoins de formations et donc de surfaces pour former les étudiants, internats, développement des formations en simulation santé qui nécessitent des espaces spécifiques,...).

[134] **En termes de calendriers, les contre-expertises arrivent aujourd'hui en fin d'instruction et conduisent à allonger les délais d'instruction de 4 à 6 mois** alors que la nature de l'expertise attendu sur un champ socio-économique plus vaste prescrirait de les positionner plus en amont

de l'instruction. Les contre-expertises indépendantes (CEI) du SGPI arrivent ainsi en bout de procédure et ne permettent pas ainsi de corriger les attendus que le COPIL formule à destination de l'établissement

[135] **Le positionnement des CEI pose enfin question quant au seuil de déclenchement actuellement applicable de 100 M€** qui n'est pas aligné sur le seuil de 150 M€ nécessitant une instruction nationale dans le cadre du Ségur, de sorte que les projets entre 100 et 150 M€ doivent faire l'objet de cette contre-expertise nationale alors qu'ils relèvent du niveau régional. Les ARS, notamment, appellent de leurs vœux un alignement de ces seuils voire de réserver la contre-expertise du CSIS pour les projets les plus critiques (cf. Annexe 8 : Analyse des questionnaires ARS). Le SGPI ne serait pas opposé à une augmentation du seuil mais souligne que celui-ci est interministériel et que le relèvement requerrait un vecteur législatif.

2.1.4 Certains ARS ont procédé à des simplifications de procédures qui sont à encourager

[136] Sans remettre en cause les principes généraux d'instruction, certaines ARS ont néanmoins adopté des **processus d'instruction accéléré pour les projets instruits régionalement** tout en rappelant en parallèle l'importance du suivi des projets après leur validation :

- **En Haut de France (HDF)**, les étapes 1 et 2 apparaissent être les plus structurantes dans la vie d'un projet : l'étape 1 vérifie le besoin, l'étape 2 vérifie le dimensionnement et la soutenabilité financière – l'étape 3 n'est normalement qu'une déclinaison de l'étape 2 et pourrait être allégée voire supprimée, tout en soulignant l'importance du suivi des projets après validation pour s'assurer de la cohérence continue entre le budget de l'opération et la trajectoire financière. Ainsi, l'ARS autorise les établissements à lancer leur appel à candidatures en temps masqué de l'instruction de l'étape 3, voire leur concours si le coût du projet semble cohérent et si le PTD n'apporte pas de remarques substantielles. L'ARS impose toutefois aux établissements de ne pas signer de marché avec la maîtrise d'œuvre avant d'avoir obtenu la notification de la validation finale du projet.
- Le processus est simplifié en deux étapes **en Bretagne** pour les projets inférieurs à 20 M€. Pour la première étape de validation, l'établissement doit fournir une note descriptive indiquant les objectifs de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire en matière d'offre et d'organisation des soins sur le territoire ; la seconde étape de validation repose sur préprogramme et la soutenabilité financière. Ensuite le dossier est suivi en revue de projet.
- **En Occitanie**, il a été décidé de revoir le processus d'instruction et de validation des projets en une étape unique au stade de faisabilité (entre l'étape 1 et l'étape 2). Cette simplification permet de déléguer plus rapidement les crédits et donc de permettre aux établissements de financer la réalisation de leur préprogramme et PTD (et autres études préalables). Dans cette nouvelle configuration, le schéma directeur immobilier et le projet médico-soignant de territoire restent des éléments incontournables. Les étapes ultérieures du projet sont accompagnées par l'ARS à travers des réunions techniques régulières en fonction de la complexité du projet et des besoins de l'établissement. Le projet est suivi annuellement à travers les revues de projet d'investissement régionale (RPI) et un point d'étape spécifique au niveau du PTD (validation ARS requise pour débloquer les crédits sur la phase étude) puis

de l'APD (validation ARS requise pour débloquer les crédits sur la phase travaux) est organisé.

- En **Ile de France**, l'ARS envisage une adaptation du format des livrables immobiliers du projet d'investissement attendus en fonction du montant du projet, du type d'activité (MCO, SMR, santé mentale, médicosocial) ou de son périmètre plus ou moins élargi (format GHT ou multisites).
- Pour **l'ARS PACA**, afin d'accélérer les délais d'instruction, les deux premières étapes pourraient être regroupées en une seule phase pour les projets dont les enjeux sont limités et/ou lorsque les équipes sont suffisamment matures pour appréhender correctement la phase 1.
- Pour la **Normandie**, le séquençage en trois étapes est pertinent pour les projets de grande envergure mais pourrait de même être questionné pour les plus petits projets. En effet, pour un projet régional de moindre montant, lorsque le projet est de petite envergure, l'étude de faisabilité et le préprogramme peuvent se juxtaposer. Certains projets passeront ainsi directement d'une étude de faisabilité au programme technique détaillé, sans nécessiter de passage par les trois étapes.

[137] Sans remettre en cause le processus d'instruction dans son ensemble, **ces adaptations sont à encourager par un partage de bonnes pratiques pour permettre, lorsque cela est possible, d'accélérer les procédures d'instruction sans qu'il ne soit nécessaire aux yeux de la mission de prescrire les mêmes adaptations en tous points du territoire.**

[138] **Les ARS sollicitent peu les directions régionales et départementales des finances publiques dans le cadre de l'instruction des dossiers Ségur.** Le réseau des finances publiques est missionné dans le cadre des autorisations d'emprunt des établissements mais cela intervient en bout de chaîne sur les projets. Les missions régionales d'appui aux décideurs publics pourraient davantage être mobilisées comme cela a été le cas dans quatre régions seulement selon la DGFIP. Celle-ci souhaite faire évoluer son offre de service auprès des ARS pour développer ce type de partenariat.

2.2 Il est préconisé de repositionner le comité de pilotage national sur les dossiers les plus critiques et de conforter le pilotage stratégique du plan

[139] **Des développements précédents, il ressort que les décalages d'instruction de dossiers relèvent pour l'essentiel des projets en eux-mêmes (soutenabilité financière, teneur du projet) et non pas des procédures empêchant de les faire aboutir dans les délais prescrits.**

[140] **Pour les membres du comité de pilotage national, le rythme de validation des projets (ou des différentes étapes) à son niveau ne constitue pas en soi un facteur de retard,** les reports de validation étant généralement liés à des fragilités structurelles du projet. La sécurisation des projets - qui nécessite de concilier le projet médical avec un projet architectural robuste et une trajectoire financière crédible – peut au contraire in fine accélérer la livraison des projets, en évitant que leur périmètre ne doive être réinterrogé en cours de route (phasage mal anticipé, dérive des coûts, difficulté à recruter des professionnels, risques architecturaux...). Il est ainsi rare que le comité de pilotage reporte de manière significative la validation d'un projet et a fortiori

d'un projet abouti ; lorsqu'il le fait – généralement en étape 2 –, c'est parce que l'établissement n'est pas prêt tant sur le plan financier que sur le plan médical ou immobilier.

[141] **Il en est de même pour ce qui concerne les projets régionaux. Dans le questionnaire qui a été adressé aux ARS, l'analyse des causes de retard n'identifie pas non plus la procédure en elle-même mais les éléments de fond des dossiers :** adéquation besoins du territoire/ressources humaines en santé, augmentation sensible du coût des travaux, contraintes du site pour effectuer l'opération, trajectoire financière dégradée...

[142] La mission ne prescrit donc pas une refonte des procédures d'instruction mais suggère des aménagements permettant de mobiliser de manière plus efficace les expertises par une analyse des risques. Le renforcement du pilotage national du plan est aussi de nature à mieux cadencer les opérations tout en permettant les arbitrages stratégiques sur le déploiement du plan Ségur.

2.2.1 L'instruction nationale pourrait être concentrée sur les dossiers les plus critiques avec un aménagement des seuils

[143] Il est proposé de **moduler l'appui du national en fonction de la criticité des projets** indépendamment du seuil actuel de 150 M€ réservant à un avis du comité de pilotage national pour les projets présentant de fortes difficultés ou à l'inverse pour des projets de montants inférieurs à ce seuil mais que l'ARS souhaiterait « élever » à l'échelon national car ne présentant pas à ses yeux les garanties de déploiement ou que le comité de pilotage national considérerait critiques.

[144] La robustesse de la gouvernance du projet (compétences internes, ressources suffisantes, expérience antérieure, accompagnement extérieur, etc.), le contexte local (politique, adhésion-opposition des acteurs, etc.), la situation de l'établissement (situation financière, contexte social, etc.), la nature du projet (travaux en site occupés en phase successives versus construction nouvelle) sont des facteurs qui peuvent influencer directement le besoin d'une expertise nationale et d'un regard extérieur permettant de donner des préconisations claires sur les orientations à prendre par le projet.

[145] Pour apprécier la criticité des projets, le CSIS a développé un outil d'analyse de risques qui pourrait être mobilisé pour établir un diagnostic partagé et harmonisé nationalement (cf. encadré ci-dessous). Sur la question de la maîtrise d'ouvrage, l'ANAP a également mis en œuvre un outil de diagnostic de leur maturité qui pourrait permettre aux services instructeurs d'anticiper ce type de difficultés.

[146] La combinaison de ces outils permettrait aux ARS de mesurer la criticité d'un projet et de partager de manière systématique cette analyse, de manière normalisée, avec le comité de pilotage investissement en santé.

PLAUSHYRIS : OUTIL D'ANALYSE ET DE PLAUSIBILITÉ DES HYPOTHÈSES ET DES RISQUES D'UN PROJET D'INVESTISSEMENT DEVELOPPE PAR LE CSIS

Le CSIS a développé une méthode et des outils regroupés dans le référentiel PLAUSHYRIS permettant de visualiser l'ensemble des hypothèses et risques issus des expertises « métier » afin de formuler un avis développé sur un projet d'investissement.

Le référentiel rassemble trois outils :

- Qualification des risques de mise en jeu d'un panel de leviers d'action
- Mesure d'un score qualitatif de 40 points dans 6 axes et visualisation de 6 diagrammes
- Transcription de la plausibilité des hypothèses en trajectoire et stress test de la marge brute

La cotation de la plausibilité et des risques est issue des réflexions des groupes d'experts qui ont défini des grilles d'analyse ayant vocation à rendre homogène les analyses des dossiers et à s'enrichir progressivement.

À titre d'exemple, le médecin DIM pourra mentionner que les cibles d'IPDMS ont une plausibilité très élevée avec un risque faible, à l'inverse l'ingénieur bâtiminaire analysant l'évaluation économique du projet d'investissement pourra estimer quant à lui un risque important de réévaluation du dossier d'investissement est très vraisemblablement à prévoir.

Les représentations graphiques des expertises permettent de synthétiser les appréciations des experts développées.

DE L'ANALYSE GLOBALE DES RISQUES À L'APPRÉCIATION DE LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE DU PROJET

L'appréciation de la soutenabilité financière reste au cœur de l'analyse avec beaucoup de dossier recourant à des taux d'endettement fréquemment au-dessus de 50 %.

L'outil permet de formuler plusieurs scénarios de trajectoire de marge brute en fonction de risques. C'est sur cette base que l'établissement sera amené à produire plusieurs scénarios de PGFP complémentaires croisant des réévaluations éventuelles du coût du projet d'investissement.

La démarche PlausHyris permet d'échanger avec l'établissement et son ARS sur ses propres hypothèses, de sécuriser les projections, d'envisager de nouveaux phasages des opérations et enfin d'éclairer les prises de décision en toute connaissance de cause au regard des savoirs actuels.

Source : CSIS

[147] Les seuils d'instruction entre le niveau régional et le niveau national pourraient être revisités dans ce cadre d'analyse.

[148] Il serait plus judicieux pour la maîtrise du pilotage du plan d'introduire un seuil de criticité complémentaire du seuil financier de déclenchement de l'expertise nationale qui constitue davantage un seuil de sécurisation des grosses opérations. Il est ainsi proposé en premier lieu de relever le seuil d'instruction obligatoire par le national, par exemple de 150 à 200 M€ au vu notamment du renchérissement des coûts et des opérations. Le seuil de 200 M€ avait été envisagé dès 2021 dans le cadre des arbitrages interministériels lors de la conception du plan Ségur. Cette

augmentation ne modifierait pas de manière substantielle le nombre de projets instruits nationalement, 3 projets se situant entre ces bornes au vu du rapport annuel de la DGOS à mai 2024.

[149] **En second lieu, un seuil de 100 M€ pourrait nouvellement être adopté, au-delà duquel tout projet fait l'objet d'une analyse de sa criticité par l'ARS dans les conditions indiquées précédemment.** A mai 2024, 63 projets sont supérieurs à 100 M€. Cette proposition vise à permettre d'anticiper les éventuelles difficultés dans le pilotage régional ou national et par voie de conséquence, la nécessité d'arbitrages de type péréquation infrarégionale ou nationale.

[150] Ces modifications introduiraient les tranches suivantes d'instruction :

- En deçà de 100 M€, instruction régionale systématique avec simplification des procédures régionales encouragées ;
- Entre 100 M€ et 200 M€, instruction régionale sauf si le projet est considéré comme critique par l'ARS ou le comité de pilotage national.
- Au-delà de 200 M€, instruction par le national selon les procédures actuelles.

2.2.2 Le pilotage stratégique du plan mériterait d'être conforté

2.2.2.1 Le comité de pilotage de l'investissement en santé anime le dialogue de gestion avec les ARS

[151] **Le déploiement des stratégies régionales d'investissement fait l'objet d'un suivi annuel au printemps et à l'automne par le COPIL de l'investissement sanitaire conformément à la circulaire Premier Ministre du 10 mars 2021** afin de repérer les points d'attention et disposer d'une vision globale sur la mise en œuvre du plan.

[152] Les points-clés de ce suivi portent sur la gouvernance mise en œuvre en régions, l'avancement des projets d'investissement, le déploiement des crédits du Ségur, la stratégie d'aide régionale ainsi que sur l'instruction des projets, la gouvernance et l'accompagnement des acteurs.

[153] Pour l'année 2023, chaque ARS a transmis en octobre au COPIL une note passant en revue ces sujets, sur la base d'une trame de questions ciblées. Un dialogue a eu lieu entre le COPIL et les ARS entre novembre et décembre. Cet échange a donné lieu à une synthèse sous forme de fiches par région présentées au COPIL du 25 janvier 2024.

[154] Un rapport relatif aux « stratégies régionales d'investissement-dialogues d'automne 2023 », produit en janvier 2024 par le comité de pilotage, restitue les tendances de cet exercice :

- **Une programmation qui se décale dans le temps**, comme indiqué supra, en soulignant qu'à cette date 25 % des projets ne précisent pas la date prévisionnelle de début des travaux.
- **Des indicateurs de suivi qui restent à stabiliser** et à renseigner plus complètement pour apprécier correctement les catégories « qualité et offre de soins », « dynamique territoriale », « numérique » et « enjeux de développement durable ».

- **Une nouvelle priorisation des projets nécessaire à fin 2023, dans le cadre d’enveloppes fermées et régionalisées.** Le COPIL investissements du Ségur formule ainsi une alerte quant au risque de dérive budgétaire des programmations, seules 4 ARS ayant réduit leur programmation en 2023, les autres ARS ayant au contraire proposé une programmation plus importante en 2023 qu’en 2022 (remontées plus exhaustives, évolution du périmètre des projets, ajout de projets supplémentaires et augmentation des coûts). Le rapport du COPIL souligne que « les projets d’ampleur qui en 2024 ne parviennent toujours pas à réunir les conditions nécessaires pour avancer dans leur instruction doivent être « dépriorisés », afin de libérer les crédits pré-positionnés, le cas échéant, pour d’autres projets plus matures (soit au sein du même établissement, soit au bénéfice d’autres établissements).
- En lien avec le point précédent, **la nécessité d’un niveau de taux d’aide mieux calibré** afin de ne pas valider des plans de financement mettant d’emblée tous les paramètres de dette sous tension en intégrant pleinement les enjeux d’efficience dans l’instruction des projets.

2.2.2.2 Toutefois, le pilotage national mériterait d’être renforcé au niveau du CNIS

[155] Créé par la circulaire du 10 mars 2021, le conseil national (CNIS) réunit les parties prenantes des secteurs sanitaire et médicosocial, les élus nationaux étant associés par l’intermédiaire de la représentation nationale des régions, des départements et des communes¹⁴. Il est présidé par le ministre chargé de la santé, la DGOS en assurant le secrétariat en lien avec la DCGS et la DSS.

[156] Il avait pour mission de :

- « définir les grandes orientations stratégiques en matière d’investissement en santé, ses travaux étant alimentés par le CSIS et les comités de pilotage ;
- suivre la mise en œuvre des engagements issus du Ségur de la santé en matière d’investissement sur la base des rapports des ARS ;
- élaborer un rapport annuel sur la politique d’investissement en santé et l’état de mise en œuvre du plan. »

[157] Le CNIS a arrêté en 2021 **13 grandes orientations** de manière à ce que ces investissements permettent d’améliorer le système de santé sur ses axes prioritaires. Ces orientations devaient guider le travail de planification des investissements des ARS en les articulant avec une stratégie régionale incluant des priorités complémentaires au vu des besoins spécifiques de leurs territoires. Il s’agissait de permettre aux ARS de prioriser les projets les uns par rapport aux autres, mais aussi de questionner le projet médical sous-jacent à un projet d’investissement.

¹⁴ La composition est à l’annexe 4 de la circulaire

Les priorités du CNIS en termes de **structuration de l'offre de soins** :

Territorialisation, transformation et décroisement de l'offre : projet médical de territoire intégrant l'ensemble des prises en charges, avec une gradation des soins, une gestion des flux et de l'aval hospitalier, une concentration des plateaux techniques lourds, une proximité organisée, un décroisement ville/hôpital/médico-social. Les projets de territoire hybrides ville/médico-social/hôpital seront recherchés ;

Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement ;

Soins non programmés : Améliorer l'organisation de l'accès aux soins non programmés et la coordination ville-hôpital ;

Soins critiques ;

Innovation : afin d'appuyer l'évolution des pratiques et des prises en charge, de soutenir et contribuer à favoriser la recherche clinique ou les outils/équipements concourant aux parcours de formation continue ;

Télé-soins.

[158] Le CNIS s'est réuni deux fois au lancement du Ségur pour présenter le plan et sa méthode. Il ne s'est plus réuni depuis juillet 2021. Dès lors, il n'a pas assuré le suivi de la mise en œuvre du Ségur Investissement et sa fonction de pilotage du plan Ségur.

3 La mise en place du plan Ségur s'est accompagné de renforts auprès des Agences régionales de santé qu'il convient de conforter

3.1 118 ETPT temporaires ont été attribués aux ARS à compter de 2022, effectivement mobilisés en grande partie sur le pilotage des investissements immobiliers

[159] Les ministres chargés de la solidarité et de la santé et des comptes publics avait chargé l'IGAS en mars 2021 d'une mission portant sur le développement des compétences et l'organisation des ARS pour le pilotage du Ségur de la santé dans le domaine de l'investissement suite aux orientations de la circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021 et à la décision de déconcentrer la gestion des investissements immobiliers sanitaires et médico-sociaux au profit des agences régionales de santé (ARS).

[160] Le rapport de l'Inspection remis en juin 2021¹⁵ présentait un état des lieux et des recommandations sur les moyens et compétences nécessaires aux ARS pour piloter le nouveau plan d'investissement.

[161] Constatant que le plan d'investissement issu du Ségur de la santé constituait un saut quantitatif pour les ARS et compte tenu de l'ampleur des dépenses à gérer et des opérations à suivre (augmentation des opérations à suivre multipliées par un facteur de 2 à 4 selon les régions), le rapport soulignait que l'enjeu était d'aller au-delà de l'instruction ponctuelle lors de la décision de financer et supposait une vigilance constante pour s'assurer du bon aboutissement de l'opération dans toutes ses dimensions (organisationnelle, financière, urbanistique, technique...).

[162] Au vu des activités à développer, quatre compétences principales nécessaires avaient été identifiées pour le pilotage de l'investissement : la capacité à inscrire le projet dans une stratégie territoriale d'évolution de l'offre de soins à long terme ; le management de projet ; l'analyse financière et médico-économique et enfin la compétence d'ingénierie technique (immobilier, développement durable...). Ces compétences étaient déjà présentes en ARS, dans des proportions inégales entre agences, dans un contexte de forte baisse de leurs effectifs sur la période précédente.

[163] En conséquence, le rapport préconisait le renforcement du socle de moyens et de compétences des ARS, pour constituer, au moins partout en métropole, une cellule régionale d'investissement d'une part, et d'autre part, pour tenir compte des souhaits de renfort de l'animation territoriales, de renforts en délégations départementales, au plus près des établissements, des collectivités territoriales.

[164] Le rapport avait estimé un besoin de 115 ETP, celui-ci se répartissant entre des compétences techniques ou de management au siège (80 ETP) et des compétences d'animation territoriale en délégation départementale (35 ETP).

[165] **Dans la continuité de ce rapport, il a été décidé d'allouer 118 ETPT aux ARS à compter de 2022 (59 en 2022 et 59 restant en 2023) non pas de manière pérenne mais sur la période 2022/2027.** En effet, la Loi pluriannuelle de finances publiques prévoit un débasage par tiers de ces emplois à compter de 2025 (-40 en 2025, -39 en 2026 et 2027).

[166] A la suite d'une enquête auprès des ARS effectuées en 2023¹⁶, l'IGAS avait décompté parmi 16 ARS répondantes sur 18, 114,5 ETP de renforts Ségur effectivement mobilisés au sein des agences.

[167] Le premier poste d'affectation de ces ressources, conformément aux orientations du plan Ségur, porte sur les investissements immobiliers (36 ETP). Un quantum important a également été attribué sur le numérique (30 ETP) qui constitue un volet important également du plan Ségur.

[168] 24 ETP ont été mobilisés à d'autres missions tout en restant liées à l'instruction des investissements immobiliers : déploiement territorial du Ségur en délégations départementales

¹⁵ « Développement des compétences des ARS pour l'investissement sanitaire et médico-social. La mise en œuvre du Ségur de la santé » – rapport IGAS n°2021-028R - Juin 2021

¹⁶ Rapport IGAS 2023-102R relatif à l'impact du plan Ségur sur la transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publié en juillet 2024

des ARS, analyse financière des projets, pilotage global du plan (suivi des projets, maîtrise des risques, communications).

Tableau 1 : Répartition des renforts Ségur (2023)

	Renforts Ségur totaux pour la période 2021/2025	Investissements immobiliers	Numérique	Transition écologique	Autres missions	Non précisés
Effectifs	114,5	36	30	1,5	24	23

Source : Igas

[169] Dans le cadre de ce questionnaire, les ARS avaient par ailleurs indiqué avoir procédé à des redéploiements internes en sus des effectifs octroyés pour le pilotage du plan Ségur, pour un volume de 45,1 ETP. **Au total, il peut donc être estimé que 159,6 ETP sont mobilisés sur le Ségur au sein des 16 ARS ayant répondu au questionnaire, sur le volet immobilier mais également numérique.**

[170] Dans le cadre de ses investigations, la présente mission a effectivement pu constater en ARS que cette compétence sur les investissements immobiliers s’est renforcée avec le recrutement d’ingénieurs et d’architectes et de profils financiers ou de gestion de projets. Des cellules « Investissements Ségur » se sont effectivement constituées dans l’ensemble des agences. Les référents Ségur sont identifiés dans chacune des agences et travaillent en réseau (cf. infra point 1.4.2).

3.2 Ces renforts sont nécessaires jusqu’en 2028 pour maîtriser le processus d’instruction et le suivi des projets

[171] Comme indiqué supra, les renforts Ségur ne sont pas pérennes et ont vocation à être débasés par tranches entre 2025 et 2027 (-40 en 2025, -39 en 2026 et 2027).

[172] La validation des projets en étape 3 ne met aucunement un terme aux missions de l’ARS sur le plan Ségur. Pour garantir une mise en service des opérations dans les délais prévus et le respect des trajectoires financières contractualisées, les ARS devront animer une revue des projets Ségur très régulière et approfondie avec les établissements. Les difficultés que certains d’entre eux peuvent rencontrer en termes de maîtrise d’ouvrage plaident également pour que les ARS puissent continuer à disposer de compétences élevées sur les investissements hospitaliers, en matière d’ingénierie et d’architecture et de gestion de projet, au siège des agences comme en délégations départementales. Elle a également pu constater un fort dynamisme du réseau des référents Ségur qu’une diminution trop rapide des effectifs viendrait altérer.

[173] En conséquence, la mission préconise de maintenir l’ensemble des emplois Ségur dédiés aux investissements immobiliers jusqu’en 2028.

[174] Conformément à l’instruction nationale sur le recours aux prestations intellectuelles par les administrations, une partie de ces emplois pourraient être gagée par la diminution de prestations

intellectuelles auxquels les agences ont recours. Selon la direction des affaires financières du ministère des affaires sociales, ces prestations, hors prestations informatiques, représentaient 6 860 469 € d'autorisations d'engagement en 2023 pour l'ensemble du groupe ARS.

3.3 Si les mutualisations entre ARS n'ont pas été mises en œuvre, un travail en réseau s'est développé

3.3.1 Le plan Ségur ne s'est pas appuyé sur des mutualisations interrégionales, y compris pour l'Outre-mer.

[175] **La circulaire du 10 mars 2021 mentionnait la perspective d'instaurer des cellules d'expertise au plan interrégional** : « *la mise en œuvre d'un plan d'une telle ampleur implique que les compétences expertes disponibles auprès des ARS soient renforcées notamment en instaurant des cellules d'expertise au plan interrégional sur les fonctions d'analyse les plus techniques et en calibrant le besoin courant de pilotage des investissements au niveau des ARS sur l'ensemble de leur champ de compétence sanitaire et médico-social* ».

[176] **Ces mutualisations ne se sont pas traduites dans les faits.** Les investigations conduites par la mission auprès des Agences comme du SGMAS n'ont en effet pas identifié de pratiques en ce sens.

[177] Le rapport IGAS de 2021 relatif au développement des compétences des ARS ne privilégiait pas cette option pour la métropole : « *la piste des mutualisations de moyens entre ARS en revanche, ne paraît pas centrale : les ARS issues des fusions régionales actées en 2016 disposent d'une taille critique et toute démarche de mutualisation demande pour réussir un temps que le calendrier du plan d'investissement issu du Ségur de la santé n'octroie pas* ».

[178] Il la préconisait en revanche pour l'outre-mer : « *Pour l'outre-mer, où la question de la taille critique des ARS, ainsi que des difficultés de ressources humaines se pose de manière singulière, une mutualisation des expertises de gestion de projets, d'ingénierie et d'analyse financière au sein du Centre national de ressources (CNR) paraît la formule la plus judicieuse, en complément des renforts internes aux agences* ».

[179] **Le CNR a bien tenté d'initier cette mutualisation pour l'Outre-mer mais elle ne s'est pas non plus concrétisée dans le temps.** La directrice du CNR a pu indiquer à la mission qu'un poste avait été créé en 2019, avant même le lancement du Ségur, mais que le recrutement d'un ingénieur hospitalier n'avait pas été concluant au regard de l'attractivité d'un tel poste par rapport à ceux proposés en établissements ou dans d'autres agences et de la difficulté à intervenir sur les projets d'investissement à distance. Le CNR privilégie donc plutôt désormais un accompagnement des ARS et des établissements ultra-marins par l'ANAP. Celle-ci propose en effet des appuis d'ingénieurs travaux auprès de ces régions, ce qui a pu être mobilisé ponctuellement comme à la Réunion. Selon la directrice du CNR, cette formule pourrait être développée plus avant.

3.3.2 Les référents Ségur des ARS travaillent en réseau et s'appuient sur les outils de l'ANAP et du CSIS

[180] Depuis 2021, le réseau des ARS partage des expériences et des outils sur des thématiques variées et applicables à l'instruction des dossiers. Le réseau des référents investissement en ARS se réunit mensuellement et organise un séminaire annuel pour échanger les bonnes pratiques et coconstruire différents outils. Pour la mission, cette dynamique est à encourager sans nécessiter un formalisme qui pourrait entraver son action. Le collège des DGARS et le comité technique sectoriel des directeurs de l'offre de soins permettent en parallèle des échanges plus institutionnels entre ARS et avec le ministère sur les questions relatives aux investissements immobiliers.

[181] L'ANAP anime par ailleurs une « communauté des pratiques immobilières » des ARS sur le champ sanitaire mais également sur le secteur médico-social, avec des réunions trimestrielles et une rencontre annuelle. Selon l'ANAP, les ARS Bretagne, Occitanie, Grand Est, PACA, Martinique et Guadeloupe sont plus particulièrement impliquées dans ces échanges. Les travaux ont notamment porté sur les référentiels de surface, la base OSCIMES et de nouvelles fiches repères dimensionnels.

[182] Si ces actions sont à saluer, demeure la question de la fonction d'animation régionale de l'ANAP en appui et sous l'égide des ARS. La préparation et la connaissance fine des référentiels constituent une source de légitimité et de diffusion qui pourrait être davantage exploitée par l'ANAP auprès des régions. La régionalisation des actions de l'ANAP auprès des ARS n'est pas une question nouvelle et propre au plan Ségur, mais appelle de la part de l'Agence une évolution de son fonctionnement pour la suite du déploiement efficace du plan Ségur.

[183] Le CSIS, parfois en lien avec l'ANAP, assure aussi une fonction d'animation du réseau notamment par la présentation des outils et référentiels qu'il développe.

[184] Parmi les attentes des ARS quant à l'animation du réseau par l'échelon national figurent enfin **un outil permettant de réaliser des projections d'offre compatible avec les besoins infra-territoriaux et en lien avec les évolutions démographiques et de santé de la population** et par ailleurs **une réflexion nationale autour des procédures de marchés publics** applicables afin de documenter et de trouver des leviers d'actions permettant de limiter les impacts sur les coûts et les délais des opérations des établissements. Des outils permettant de conforter **la maîtrise d'ouvrage de certains établissements** sont également sollicités (cf. annexe 5).

ANNEXE 4 : Compétences respectives et articulations potentielles entre le CSIS et l'ANAP dans le cadre du Ségur

SOMMAIRE

1	Le Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS), créé dans le cadre du Ségur, poursuit diverses missions selon des modalités renouvelées	51
1.1	Le CSIS s'est entouré d'experts de terrain pour conduire ses missions dans un cadre déontologique organisé sous l'impulsion de la DGOS	52
1.1.1	Le CSIS repose sur une composition pluriprofessionnelle	52
1.1.2	Le CSIS a organisé son travail dans le cadre d'un règlement intérieur visant à apporter les garanties déontologiques nécessaires mis à part deux points à clarifier.....	55
1.2	L'apport du CSIS est important tant dans la production de référentiels que dans les avis rendus sur les projets nationaux	57
1.2.1	Le CSIS a construit une « légitimité procédurale » en lien avec la DGOS et le COPIL Investissement	57
1.2.2	Le CSIS a produit un travail important sur les référentiels et sur l'instruction d'une vingtaine de projets, assurant une mission d'expertise qui n'est pas en position d'exclusivité dans le domaine	59
2	L'ANAP n'a pas été suffisamment mobilisée dans le cadre du Ségur pour l'évaluation des projets et la convergence des viviers d'expertise doit être organisée pour renforcer la maîtrise d'ouvrage publique.....	62
2.1	L'ANAP n'est pas présente dans le schéma consultatif et décisionnel du Ségur des investissements sanitaires, en décalage désormais avec son contrat d'objectif et de performance.....	62
2.2	Les ressources en expertise immobilière de l'ANAP sont importantes et reposent sur des compétences permanentes, un vivier d'experts et des modes d'intervention proches de ceux du CSIS	63
2.2.1	L'ANAP a maintenu et développé un pôle d'expertise immobilière	64
2.2.2	L'ANAP doit améliorer son approche déontologique et méthodologique	65
2.3	Les modes d'interventions de l'ANAP peuvent contribuer à l'appréciation des stratégies immobilières des établissements	66
2.3.1	Les appuis 360°	66
2.3.2	Une première version d'un guide relatif à l'élaboration d'un schéma directeur immobilier est en cours de parution.....	67

2.3.3	L'ANAP a développé un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer la capacité d'une maîtrise d'ouvrage à concevoir et conduire une opération immobilière	68
3	La convergence du CSIS et de l'ANAP préviendrait les risques d'une double expertise et semble atteignable à brève échéance.....	70
3.1	Le maintien de deux organismes intervenant dans l'expertise des projets immobiliers présenterait des risques pour le pilotage stratégique de l'investissement.	70
3.2	Les modalités de convergence et de réorganisation de l'expertise semblent atteignables rapidement	73

[185] Comme la lettre de mission le demandait explicitement, la présente annexe analyse l'articulation et les compétences respectives du Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) et de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le cadre de la gouvernance du plan Ségur, en complément des annexes 2 et 3 qui proposent une revue globale de cette comitologie.

[186] Elle analyse également l'apport que constituent respectivement le CSIS et l'ANAP en termes d'expertise, les risques de cette juxtaposition d'expertises et expose les conditions dans lesquelles un schéma de convergences pourrait se mettre en place afin d'assurer une expertise immobilière permanente et de haut niveau au service de la maîtrise d'ouvrage publique.

1 Le Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS), créé dans le cadre du Ségur, poursuit diverses missions selon des modalités renouvelées

[187] Le CSIS est un organe créé par la circulaire du 10 mars 2021 et organisé par une circulaire du 22 avril 2022 et plusieurs lettres ministérielles. Ce n'est pas une agence publique d'Etat et il n'a pas de contrat d'objectifs et de moyens. Le CSIS n'a pas de personnalité morale.

[188] **La lettre du 6 mai 2021 adressée au président du CSIS insiste fortement sur l'enjeu de pragmatisme de l'évaluation des projets** « afin de livrer des installations et des bâtiments fonctionnels, évolutifs et efficaces ». Elle apporte un ordre de priorité dans la traduction des missions du CSIS: proposer un socle méthodologique pour la conception et la validation des projets d'investissements structurants puis dans un second temps, des outils d'analyse transversale de l'offre de soin. Il est également attendu du président du CSIS un programme de travail à soumettre au CNIS pour la première année permettant d'améliorer les méthodes, référentiels et outils pour la sécuriser la pertinence des projets. Cette lettre ajoute deux points de coordination à prendre en compte par le président du CSIS à partir des référentiels : le SGPI et les corps de contrôle comme l'IGAS devant rendre un avis sur des projets d'investissements hospitaliers.

[189] **Une organisation en vitesse de croisière s'est mise en place à partir d'avril 2022.** Elle distingue le planning régulier (réunion hebdomadaire entre bureau du CSIS et la DGOS, une à deux réunions plénières mensuelles) et le planning des réunions et visites sur site pour l'instruction des projets. Le recensement des réunions plénières permet d'identifier la régularité des rencontres : 13 réunions en 2023 et 9 sur le premier semestre de l'année 2024. Chaque plénière fait l'objet de la transmission préalable d'un support avec ordre du jour dont la mission a pu avoir connaissance.

[190] Cette organisation repose sur l'implication des experts et sur ce fonctionnement régulier.

1.1 Le CSIS s'est entouré d'experts de terrain pour conduire ses missions dans un cadre déontologique organisé sous l'impulsion de la DGOS

[191] Le CSIS est placé auprès du ministre des Solidarités et de la santé au vu des lettres de mission qui lui ont été adressées le 30 mars 2021, le 6 mai 2021, le 28 mars 2024.

1.1.1 Le CSIS repose sur une composition pluriprofessionnelle

[192] **La lettre du 30 mars 2021 est une lettre d'orientation de portée générale** qui confie officiellement la présidence au Professeur François-René PRUVOT sans précision de sa durée (la circulaire du 12 avril 2022 est venue préciser la durée de son mandat qui est de trois ans).

[193] **Elle insiste sur la nécessaire expérience de terrain des futurs membres du conseil scientifique** devant représenter les différents métiers devant intervenir dans un projet d'investissement et sur un cadre de recrutement reposant sur un appel à candidatures. Elle cadre les travaux du CSIS et ses missions : proposition du nouveau référentiel d'indicateurs et de critères d'évaluation des projets tenant compte d'un retour d'expérience de la crise sanitaire, d'accompagnement des projets nationaux ou des projets ayant fait l'objet d'une saisine, de développement d'un outil transversal de l'offre de santé sur les trois pans hospitalier/ville/médico-social, de prospectives sur des modèles de projets d'investissement intégrant l'évolution des modes de prise en charge, d'intégration de l'objectif de réduction de l'impact environnemental dans les projets

[194] La composition du conseil scientifique de l'investissement en santé veille à respecter un équilibre soignant/administratif, CHU/CH, homme/femme et une représentativité des différents secteurs (MCO, psychiatrie, HAD, SSR, médico-social...).

Les membres du CSIS

[195] Outre son président, il est composé de 21 membres issus des secteurs sanitaires et médico-social (22 membres en comptant le président). Sa composition, fixée par la circulaire constitutive du 22/04/2022, garantit une représentation pluriprofessionnelle et transversale. Il doit être composé de deux membres au moins¹⁷:

- Des professions médicales des ES ou des ESMS ;
- Des personnels paramédicaux des ES ou des ESMS ;
- Des personnels administratifs des ES ou des ESMS ;
- Des personnels techniques des ES ou des ESMS.

[196] Les membres sont désignés par le Ministre en charge de la santé et retenus sur la base de critères objectifs (fonctions, formations, expérience de gestion de projets d'investissement, participation à des travaux d'expertise dans son domaine...). Le Président désigne parmi ses membres deux vice-présidents, un membre faisant fonction de secrétaire général.

¹⁷ En activité ou retraités

[197] La constitution initiale du conseil scientifique de l'investissement en santé a donné lieu à un appel à candidatures au mois de mars 2021 sur la base de 15 critères dont la mission a pu avoir connaissance démontrant que le CSIS a un niveau d'exigence au moins comparable à ceux du SGPI ou de l'ANAP. Les experts du CSIS ont un très bon niveau d'expérience à des postes élevés dans leurs organisations. La lettre d'appel à candidatures précise la nature du travail attendu, les obligations déontologiques, les conditions d'exercice et de rémunération, le fait que chaque expert doit être autonome dans la réalisation de ses rapports, le CSIS ne disposant pas d'un secrétariat prévu pour assurer la frappe et la mise en forme des rapports.

[198] En vue de leur nomination, le président et les membres sont tenus de renseigner préalablement une déclaration d'intérêts et de signer une clause de confidentialité sur les travaux et les productions du conseil scientifique. Les experts associés, comme les membres du CSIS, sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Les 22 membres du conseil scientifique de l'investissement en santé :

PRUVOT François-René – PU-PH chirurgien - CHU de Lille : Président
GARD Emmanuelle - directrice - Fondation Aulagnier : Vice-présidente
KANITZER Cécile - coordonnatrice générale des soins - Directrice qualité - CH de Chinon :
Vice-présidente
DEFEVER Emmanuelle - CHU Lille : Secrétaire générale

BERRUT Gilles - PU PH interniste gériatre - CHU de Nantes
BRUGEAT Thierry - coordonnateur général des soins - CHU de Reims
CLARIS Olivier - PU-PH pédiatre - Hospices Civils de Lyon
DEVROEDT Camille - ingénieure hospitalière - ANAP
DUPONT Vincent - directeur des finances – CHU Amiens
FEIGEL Philippe - PH médecin DIM - CHD de Vendée
GALVEZ Christelle - directrice des soins - CLCC Léon-Bérard (Lyon)
GAROT Cédric - ingénieur - CHU Reims
HANAIRE Hélène - PU PH – endocrinologue - CHU de Toulouse
LAUERIERE Claire - PH médecin DIM - CHU de Lille
L'HOPITAL Isabelle - directrice – responsable France Imagerie
LUIGI Emmanuel - directeur général adjoint - CHU de Besançon
MARCHAL Frédéric – ingénieur - CHU Poitiers
MEYNIEL Nicolas - DAF - CHU Saint-Etienne
MORICE Yvonnick – retraité - ancien DG CHU
PIN Philippe - ingénieur - Hospices Civils de Lyon
PINEY David – pharmacien - CH de Lunéville
WOEHL Jean-Marie - PH médecine interne - CH de Colmar

En complément de ces membres permanents, un vivier de profils et de compétences en matière d'investissement hospitalier et médico-social est constitué pour participer à l'accompagnement de projets d'établissements.

Source : Site internet du ministère de la santé

Le profil des experts

[199] Le conseil scientifique comporte des experts référents et des experts associés dont il peut s'adjoindre le concours pour la réalisation de ses missions.

[200] Les 22 experts référents sont chargés d'accompagner les projets d'investissement des établissements et des ARS, de piloter des groupes de travail portant sur l'élaboration de référentiels, ou y participer, de piloter ou participer à des groupes de réflexion prospective, de participer à diffusion des bonnes pratiques repérées sur le territoire.

[201] Les experts associés peuvent, de façon ponctuelle, apporter leur expertise : dans les groupes de réflexion initiés par le CSIS ; dans les groupes de travail portant sur l'élaboration de référentiels ; dans la réalisation certains accompagnements de projets d'investissement.

[202] Les experts référents ou associés sont des professionnels de santé ou médico-sociaux expérimentés en établissement ou exercice libéral. Ils sont recrutés pour leur qualification initiale, leurs formations continues et compétences complémentaires, leurs expériences et leur implication dans la conduite de projets transversaux ou d'investissement¹⁸.

[203] Les experts se sont inscrits dans une durée certaine permettant d'accélérer la courbe d'expérience surtout à partir des exercices 2022 et 2023.

[204] Sans remettre en cause la composition du CSIS, il semble que la DGOS n'ait pas été pleinement associée au renouvellement de ses membres (information tardive et sans proposer plusieurs profils ni dossiers de candidature, sans prise en compte des enjeux de parité) contrairement aux règles en vigueur qui prévoient que la DGOS et le président du CSIS désignent conjointement les nouveaux membres. Cette tendance à l'autonomie dans la sélection des membres n'est pas de nature à assurer toutes les garanties d'impartialité du processus de sélection.

[205] Le CSIS a organisé le travail des experts en assurant le contradictoire dans le cadre de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) afin d'assurer une analyse croisée des regards. Cette pluralité correspond à la prise en compte de la complexité des projets et répond pour grande partie à l'impératif du Ségur de renforcer le regard médical et soignant sur les projets.

[206] Pour autant, l'analyse de sa composition fait apparaître certaines compétences encore manquantes, même si le CSIS ne peut toutes les embrasser : santé publique, planification sanitaire, transition écologie, expérience usagers, droit de la construction, coopération sanitaire, prise en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (HAD), prise en soins à domicile, télésanté,....

¹⁸ Il peut comprendre en outre, une ou plusieurs personnalités qualifiées ayant exercé au moins dix années en ES ou ESMS justifiant d'une expertise particulière dans le domaine d'action du CSIS et exerçant des activités en rapport avec l'objet et les missions du CSIS.

1.1.2 Le CSIS a organisé son travail dans le cadre d'un règlement intérieur visant à apporter les garanties déontologiques nécessaires mis à part deux points à clarifier

[207] Le Président du CSIS anime et organise le travail de ses membres. Le CSIS élabore son règlement intérieur (RI) . Le règlement intérieur (RI) devait être adopté au plus tard 3 mois après la parution de la circulaire et approuvé par le ministre chargé de la santé. Il a été adopté le 1^{er} septembre 2022 puis approuvé par le ministre des solidarités et de la santé en se référant explicitement à la circulaire du 12 avril 2022.

[208] Outre les dispositions prévues, le règlement intérieur crée un bureau composé des deux vice-présidents, du secrétaire général et de deux autres membres désignés par le président. Par ailleurs, la sous-directrice du pilotage et de la performance des acteurs de l'offre de soins ou son représentant sont invités permanents. Il précise un peu plus la notion d'experts-accompagnateurs (agents-publics devant respecter les règles de cumul d'activités), leur mode de sélection, leurs obligations.

[209] Dans ses modalités de travail, sont indiquées quatre éléments : des formations spécialisées au sein du Conseil pour mener à bien certains travaux (référentiels, prospective) ; les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), des temps d'échanges réguliers avec les porteurs de projets et les ARS concernés, et enfin la possibilité d'auditionner des expertises externes, des personnalités ou des institutions impliquées.

[210] En matière de prévention des conflits d'intérêt, outre leurs obligations de déclaration (liens directs ou indirects pour la période antérieure de 5 ans), les membres du CSIS doivent signaler au président leurs liens éventuels en fonction de l'ordre du jour de la séance. Le président doit s'assurer avant chaque séance que les liens d'intérêts ne constituent pas des conflits d'intérêt et prévoit le cas échéant les déports nécessaires en formalisant une décision de déport portée à la connaissance de l'intéressé et des autres membres.

[211] Il est rappelé le caractère confidentiel des débats et des documents. A noter que les documents et informations auxquels a accès le seul président au titre du COPIL de l'investissement sanitaire ne peuvent être partagés avec le CSIS que de manière ciblée et limitée, dans les cas où cela serait nécessaire et avec l'autorisation préalable de la direction générale de l'offre de soins.

[212] Une règle d'indépendance est posée par le RI : « *En dehors des rémunérations perçues au titre du conseil scientifique, les membres du conseil scientifique ne peuvent percevoir de rémunération au titre de prestations ou services réalisés dans le cadre des projets d'investissement accompagnés ou suivis par de dernier, et ce jusqu'à 5 ans après la fin de leur(s) mandat(s) au sein du conseil scientifique.* »

[213] Gestion et prévention des conflits d'intérêts sont développées dans une partie spécifique du RI. La notion de conflit d'intérêt y est précisée : « *Un conflit d'intérêt naît d'une situation dans laquelle des liens d'intérêts d'un expert sont susceptible, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de sa mission d'expertise au regard du dossier à traiter* ». En cas de doute, le président du CSIS saisit sans délai la DGOS.

[214] Le RI présente les principaux cas d'intérêts pouvant guider l'appréciation d'un conflit éventuel :

- *« Les intérêts détenus directement par le membre du CSIS tels que les collaborations antérieures ou actuelles avec une entreprise ou un établissement public ou privé susceptible de bénéficier directement ou indirectement d'un soutien spécifique dépendant de l'analyse du conseil scientifique ;*
- *Les intérêts indirects que pourraient détenir les conjoints, partenaires liés par un PACS ou le conjoint du membre du CSIS au sein de ces établissements ;*
- *Les intérêts matériels et moraux (lien financier, fonctions bénévoles...);*
- *Co-publications, relations hiérarchiques ou relations personnelles avec une personne susceptible de bénéficier directement ou indirectement d'un soutien spécifique dépendant de l'analyse du conseil scientifique».*

[215] Un membre ayant un lien d'intérêts avérés avec un dossier d'établissement doit spontanément le signaler au président du CSIS.

[216] Il est également fait mention des principes de probités, de confidentialité, d'indépendance et d'impartialité. Il est rappelé que les conflits d'intérêt et l'absence de respect de ces principes constituent des risques pour la sécurité juridique des projets d'investissement. Il est intéressant de noter que les documents produits par le CSIS sont adoptés de manière collégiale par l'ensemble des membres et quand il le juge utile, il rend compte des opinions divergentes consignées dans les relevés de décisions de la réunion concernée.

[217] Néanmoins, deux questions nécessitent une clarification de la part du Président du CSIS et de la DGOS.

[218] La première a trait directement à la position de son Président qui est par ailleurs membre de la direction de la Fédération Hospitalière de France (FHF) en tant que conseiller médical. Si le périmètre de ses fonctions dans cet organisme ne semble pas concerner les dossiers du Ségur Investissement, cette position apparaît délicate et ne saurait perdurer dans la mesure où les fonctions d'expertise devraient être pérennisées dans une logique plus globale d'instruction des projets d'investissements qu'ils soient portés exclusivement par le secteur public ou en coopération avec l'hospitalisation privée.

[219] La deuxième difficulté provient du lieu des réunions du CSIS, qui se tiennent à la FHF, ce qui semble être la conséquence d'une absence de décision de localisation au moment de la création du CSIS au sein de la DGOS. Cette carence décisionnelle est une erreur qui aurait dû être corrigée depuis 2021. Il doit rapidement y être mis fin pour les mêmes raisons précédemment évoquées car un organisme national d'expertise doit être perçu comme s'adressant à tous les secteurs de l'hospitalisation sans que l'on puisse soupçonner une connivence envers l'un ou l'autre de ces secteurs.

1.2 L'apport du CSIS est important tant dans la production de référentiels que dans les avis rendus sur les projets nationaux

1.2.1 Le CSIS a construit une « légitimité procédurale » en lien avec la DGOS et le COPIL Investissement

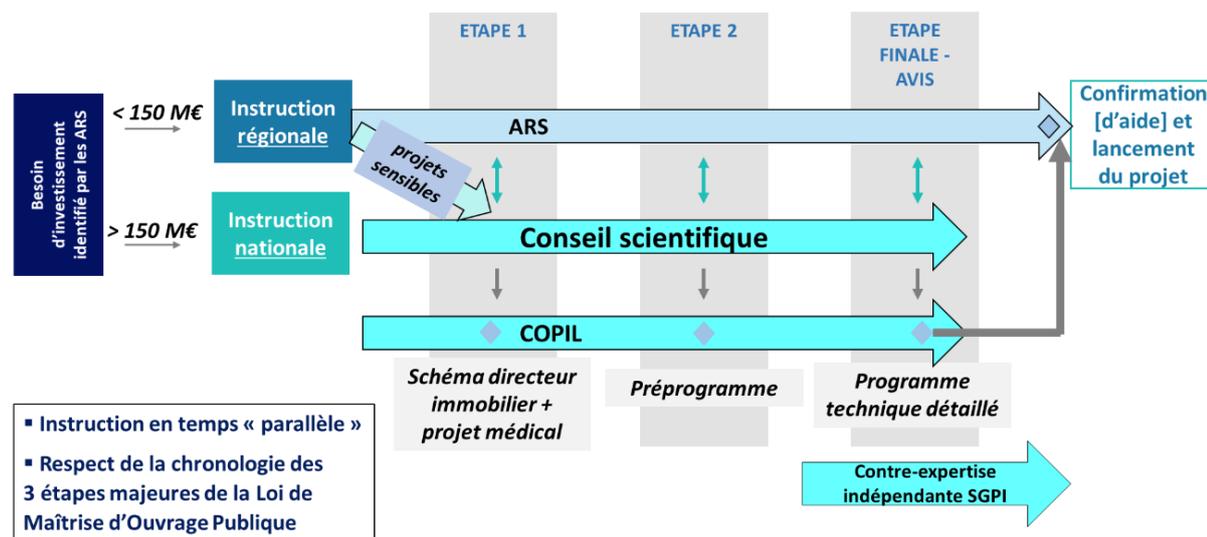
[220] La rigueur de la procédure suivie se traduit par **un dossier d'instruction et d'accompagnement qui mobilise 5 experts** : une compétence médico-soignante ; une expertise immobilière ; une expertise financière ; un médecin d'information médicale ; un directeur des soins pour l'analyse des maquettes organisationnelles. Un tableau de programmation des missions répartit les experts en pilotes et experts supports pour chacun des dossiers inscrits au programme de travail du CSIS.

[221] La différence d'approche par rapport au COPERMO tient, selon le CSIS, à son accompagnement pas à pas « lors de l'élaboration du projet d'investissement, qui permet de formuler des conseils à l'établissement et des ajustements au fil de l'eau »¹⁹. Pour les membres du CSIS, cela permet « un gain de temps in fine par rapport au COPERMO qui instruisait les dossiers ex post avec des recommandations à instruire pour un (des) avis ultérieurs ».

[222] L'approche collective des experts utilise des méthodologies harmonisées sur la base de référentiels communs et d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le schéma suivant positionne les différentes étapes en fonction du niveau d'instruction (régionale/nationale).

Schéma 2 : Processus d'instruction des projets Ségur



Source : CSIS

¹⁹ Note du Conseil, juillet 2024.

Chaque étape est détaillée ainsi qu'il suit par le Conseil :



La procédure d'accompagnement des dossiers

Modélisation étape 1

- Saisine du Conseil Scientifique (CSIS)
 1. **transmission** par ARS du projet EPS au CSIS via la DGOS (PF1)
 2. **proposition d'experts** par le CSIS (binôme ou trinôme++) et validation COPIL
 3. **réunion de lancement** entre l'ARS, l'Etablissement, la DGOS et les experts du CSIS (en visio) → lettre de mission ARS → CSIS avec objectifs et modalités
 4. Préparation visite et échanges CSIS ↔ ARS - établissement
 5. **visite sur site des experts suivie par debriefing + ou - en séance CSIS**
 6. **échanges techniques** +/- contre-propositions (CSIS ↔ Etablissement-territoire - ARS)
 7. **RCP du Conseil scientifique** afin d'élaborer un avis collégial et pluridisciplinaire à destination du COPIL
 - ➔ **Écriture et envoi de l'avis du CSIS**
 8. **Restitution** ARS et établissement (présentation de l'avis du CSIS par les experts)
 9. **pré-COPIL** (présentation de l'avis du CSIS par les experts)
 10. **COPIL avec Etablissement et ARS** (participation Pdt et SG du CSIS)

Source : CSIS



La procédure d'accompagnement des dossiers



Modélisation étape 2

- A l'issue du COPIL-étape 1 :
 1. **Reporting points d'attention conclusion COPIL en bureau du CSIS**
 2. Désignation des experts de l'étape 2 et validation COPIL (idéalement les mêmes qu'en étape 1)
 3. Communication en retour à l'établissement et planning
 4. **réunion de réenclenchement** entre l'ARS, les acteurs locaux, la DGOS et les experts du CSIS → accord sur **Rétro planning** de réunions-étape
 5. [facultatif]re-visite sur site
 6. échanges techniques +/- contre-propositions [3 à 4 échanges selon maturité pré-programme]
 7. **RCP du Conseil scientifique** afin d'élaborer un avis collégial et pluridisciplinaire à destination du COPIL
 8. Restitution ARS/établissement
 - ➔ **Écriture et envoi de l'avis du CSIS**
 9. **pré-COPIL** dans une perspective variable selon l'ampleur des recommandations
 10. **COPIL étape 2** la capacité à finaliser le [pré-]programme et la soutenabilité financière

Source : CSIS

[223] Dans le cadre des échanges avec la mission, le CSIS identifie que la triple séquence d'expertise 1-ARS, 2-CSIS puis 3-SGPI pourrait constituer la principale critique au défaut de simplification et à la durée « excessive » du processus. Pour la mission, cette interrogation est recevable concernant le SGPI (cf. annexe 3) mais beaucoup moins s'agissant des ARS qui travaillent dans un calendrier commun avec le CSIS et non de manière séquentielle. Sur cette question des délais, le rapport d'auto-évaluation élaboré spontanément par le CSIS mentionne que : « parmi les 24 projets d'instruction nationale, 10 ont franchi l'étape 2 dans un délai moyen de

22 mois [13-32 mois] dont plusieurs après une réorientation significative de leur schéma directeur immobilier initial, après expertise du CSIS. L'expertise a permis aux dossiers qui ne sont pas matures faute de recul de l'établissement, de progresser» sur les aspects du capacitaire, d'organisation, de solution architecturale et de faisabilité financière.

[224] Les avis du Conseil consultés par la mission ainsi que les entretiens menés avec les représentants des instances nationales, des ARS et des établissements convergent sur ce point, la mission faisant le constat que l'expertise du CSIS effectivement de nature à modifier le projet dans la majorité des cas.

[225] Le CSIS souligne que les échanges avec les établissements nécessitent de la rigueur et « un temps d'appropriation avec l'ensemble des parties prenantes » mais considère qu'ils permettent « une prise de recul pour les établissements qui acceptent mieux l'échange et l'analyse critique par des pairs, ce qui est favorable à des prises de conscience ».

[226] Le CSIS a rencontré plusieurs difficultés recensées par la mission auprès du Conseil lui-même ou de ses interlocuteurs tenant à l'hétérogénéité des compétences disponibles au départ en ARS (ingénierie, urbanisme, finances) ; au fait que ses experts n'étant pas à temps plein, les calendriers peuvent être compliqués à établir ; à la capacité à concilier remontée des données des établissements et calendrier d'instruction ; au niveau d'acceptation des remises en cause de dossiers anciens ; à un accompagnement de projets complexifiés pour des établissements en impasse financière (déficit structurel, case mix défavorable) posant la question de leur soutenabilité.

1.2.2 Le CSIS a produit un travail important sur les référentiels et sur l'instruction d'une vingtaine de projets, assurant une mission d'expertise qui n'est pas en position d'exclusivité dans le domaine

1.2.2.1 La production des guides a nécessité du temps ce qui a pu donner l'impression d'un certain retard dans la montée en charge des travaux du CSIS

[227] Le Ministère du travail, des solidarités et de la Santé a mis en ligne les référentiels et les guides élaborés par le CSIS et validés par le COPIL Investissements.

Référentiels et guides produits par le CSIS depuis 2021

Référentiel de dimensionnement surfacique et préconisations architecturales pour les établissements publics de santé

Référentiel ; process d'instruction des dossiers d'investissement

Référentiel : projet médico-soignant des secteurs sanitaire et médico-social

Référentiel : fiche financière T0

Référentiel : retex Covid

Référentiel : population et vieillissement

Référentiel : indicateurs d'activité et médico-économique

Référentiel : conditions de soutenabilité financière

Référentiel : catégorisation des risques financiers d'un projet d'investissement

Guide d'élaboration, d'accompagnement et d'évaluation des projets d'investissements

Guide : prise en compte des enjeux de développement durable et de responsabilité sociale des établissements (RSE)

Guide 2024 sur l'analyse et la plausibilité des hypothèses et des risques d'un projet d'investissement

[228] **Considérant par ailleurs les référentiels en développement (dimensionnements architecturaux, sensibilisation de la gouvernance des établissements promoteurs, IPDMS, flux), la production de référentiels peut être considérée comme satisfaisante par rapport au plan de charges qui avait été fixé initialement.**

[229] Durant cette phase de montée en charge du CSIS, le temps consacré « hors instruction des projets » a été important par rapport au temps consacré aux projets en eux-mêmes. La création des outils d'instruction, la mise au point des textes réglementaires inexistant au démarrage du CSIS en avril 2021 et la capitalisation de l'expertise des premiers projets ont nécessité une bonne année de réglage. Pour autant, les plénières du CSIS ont débuté dès le 1^{er} juin 2021 à un rythme bimensuel et le bureau du CSIS s'est constitué en février 2022.

[230] **Trois autres difficultés ont été identifiées par la mission concernant les guides et référentiels.**

[231] Premièrement, il s'agit de **la question des usages**. Le CSIS n'a pu encore à ce stade faire un retour d'expérience sur les référentiels et guides produits et la manière dont les ARS et les établissements se les approprient. Les parties prenantes interrogées par la mission reconnaissent l'intérêt de ces guides mais considèrent que ce n'est pas l'élément majeur de la production du CSIS, l'accompagnement et la formulation des avis étant mieux identifiés, surtout par la vingtaine d'établissements concernés par son intervention.

[232] Le deuxième point concerne **l'articulation de ces référentiels avec ceux produits par l'ANAP**. Sur certaines thématiques, ces guides relèvent également en partie des champs d'intervention de l'ANAP et les productions n'ont pas été suffisamment coordonnées, les référentiels surfaciques étant par exemple publiés séparément avec des différences d'appréciation des besoins posant question aux acteurs devant les prendre en compte.

[233] Le troisième point est celui de leur **validation et de leur diffusion en lien avec les administrations centrales**. La communication du CSIS a parfois été autonome par rapport à ces dernières.

1.2.2.2 Le CSIS produit des avis d'experts sur les projets en cours d'instruction

[234] S'agissant de la production des avis, les parties prenantes rencontrées se montrent satisfaites de cette concentration d'expertises particulièrement utile dans un contexte de pénurie de compétences en immobilier et en ingénierie pointues. Les directions centrales et plus généralement les membres du COPIL sanitaire ont tous exprimé l'apport du CSIS qu'elles perçoivent depuis 2 ans : maturation des projets, temps dédié à la conception sur le plan de la stratégie médicale, territoriale, architecturale avant de passer à une analyse plus complète incluant la performance et la soutenabilité financière. Ils mettent également en évidence que les projets arrivent plus sereinement à l'étape de la contre-expertise du SGPI.

[235] Le CSIS a ainsi assuré sa fonction d'assistance pour assurer la pertinence d'investissements sanitaires nécessaires à la prise en charge de la population d'un territoire, ce qui recouvre leur adaptation aux besoins actuels et futurs et leur soutenabilité humaine, technique et financière.

[236] En revanche, des réserves concernant le CSIS et son articulation avec d'autres acteurs (ARS notamment) sont parfois soulignées. Certaines ARS ont pu effectivement identifier la question de la bonne articulation de leur action avec l'intervention du CSIS auprès des établissements de leur région et le caractère potentiellement « inflationniste » de certains avis tendant à augmenter la dimension du projet, sans que cela ne soit compatible avec sa dimension financière. Sur ce point, le CSIS souligne que son expertise vise à crédibiliser le projet médical et ses sous-jacents (offre, capacitaire, évolutions des durée de séjours,...) et en tirer toutes les conséquences quant au coût de l'opération, tout en indiquant que ses avis sont ainsi de nature à mettre en exergue la criticité d'un projet et inviter alors l'établissement et l'ARS à le reconsidérer.

[237] Sur cette question, la DGOS et le COPIL considèrent que l'approche du CSIS des enjeux de faisabilité et de soutenabilité a progressé face aux réalités des contraintes financières et d'inflation.

[238] Pour les dossiers instruits nationalement, les établissements comme les ARS soulignent par ailleurs des faiblesses d'organisation et un défaut d'information aux acteurs sur le déroulé des missions d'accompagnement du CSIS. Cette réserve est directement liée au fait que les experts du CSIS ne peuvent se mobiliser facilement compte tenu de leur activité professionnelle principale. Par ailleurs, la DGOS déplore une visibilité insuffisante sur le programme de travail suite à son élaboration en 2022, la répartition des missions par expert tenant lieu le plus souvent d'information sur les missions engagées.

2 L'ANAP n'a pas été suffisamment mobilisée dans le cadre du Ségur pour l'évaluation des projets et la convergence des viviers d'expertise doit être organisée pour renforcer la maîtrise d'ouvrage publique

2.1 L'ANAP n'est pas présente dans le schéma consultatif et décisionnel du Ségur des investissements sanitaires, en décalage désormais avec son contrat d'objectif et de performance

[239] L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a été créée par la loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Ayant le statut de groupement d'intérêt public constitué en l'Etat, l'Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux, elle a regroupé la mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers (MEAH, créée en 2003), la mission nationale d'appui aux investissements hospitaliers (MAINH, créée en 2003) et le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GEMSIH, créé en 2000).

[240] L'objet de l'ANAP est « d'aider les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. »²⁰.

[241] **Malgré ses missions, l'ANAP n'est pas présente dans le schéma consultatif et décisionnel du Ségur pour les investissements sanitaires.**

[242] Alors qu'elle est « héritière » de la MEAH et de la MAINH en 2009 avec des collaborateurs spécialisés, l'ANAP n'a pas été placée dans le schéma consultatif et encore moins décisionnel du Ségur Investissement en 2020-2021 pour trois raisons :

- une volonté politique de rompre avec le schéma précédent qui faisait de l'ANAP un expert participant à une décision d'investissement dans le cadre du COPERMO ;
- en l'absence d'orientations claires sur la période 2018-2020 concernant son positionnement stratégique (voir rapport IGAS décembre 2021²¹) ;

²⁰ Article L.6113-10 du code de la santé publique, repris par la convention constitutive de l'ANAP en date du 23 octobre 2009.

²¹ « L'agence vise plus aujourd'hui à agir auprès des professionnels qu'ils soient administratifs, médico-administratifs ou soignants que des établissements eux-mêmes. La restructuration de son offre de service, avec la mise en place des appuis thématiques (ciblant les équipes hospitalières) ; les communautés de pratiques et les cercles (ciblant tous les deux les professionnels au sein des établissements) témoigne de cette orientation. » page 4, paragraphe 13.

- et en raison d'une image « *d'agence technocratique, loin du terrain et critiquée aussi bien par les ARS que par les établissements* »²².

[243] **L'ANAP est en revanche missionnée sur le champ médico-social** du Ségur. Elle a développé son appui en lançant en 2023 une Mission nationale d'appui à l'investissement médico-social (MNAI) pour renforcer l'outillage des porteurs de projet et des ARS. Financée à hauteur de 1,2 million d'euros sur la période 2023 à 2025, la mission intervient sur demande des ARS pour accompagner en cible 60 à 80 projets par an.

[244] Pourtant, **ses orientations stratégiques fixées par le 4^{ème} contrat d'objectifs et de performance (COP 1^{er} janvier 2022 - 31 décembre 2026) peuvent se rapporter à plusieurs dimensions relevant ou impactant la stratégie immobilière des établissements dans le domaine sanitaire** comme médico-social.

[245] Concernant le premier axe stratégique de son COP 2022-2026, « l'ANAP, acteur-clé de la transformation du système de santé », il est noté qu'elle « poursuivra également l'accompagnement de la transformation de l'offre sanitaire notamment au travers des réalisations du Ségur de l'investissement ».

[246] Concernant le deuxième axe stratégique : « Cibler les chantiers prioritaires de la performance », la dimension immobilière est présentée comme étant un enjeu transversal de la performance. Le COP confirme ainsi « *l'immobilier comme l'une de ses priorités d'action, en adoptant un rôle d'ensemblier autour de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) et du développement durable* ». Il est précisé dans la rubrique 2.2.2. « *Appuyer le déploiement des chantiers immobiliers et de l'investissement* » : « *contribuer au programme de travail du CSIS, notamment sur ses travaux relatifs à la production de cibles d'indicateurs médico-économiques* », « *mettre à jour et/ou produire les outils d'aide au choix au montage et au pilotage d'une opération immobilière* », « *observer et documenter l'évolution des coûts d'investissement à partir de la base de données OSCIMES et renforcer sa robustesse en augmentant son exhaustivité* », « *appuyer les cellules immobilier des ARS* ».

2.2 Les ressources en expertise immobilière de l'ANAP sont importantes et reposent sur des compétences permanentes, un vivier d'experts et des modes d'intervention proches de ceux du CSIS

[247] L'ANAP est structurée en 6 pôles d'expertise métier supervisés par trois directeurs associés : usages du numérique ; économie, ingénierie financière et usages de l'intelligence artificielle (IA) et des datas ; prise en charge (filiale de soins, organisation du séjour et plateaux techniques) ; parcours sanitaires et médico-sociaux ; investissements, logistique et développement durable, ressources humaines. Ce dernier pôle est plus particulièrement susceptible d'intervenir sur les projets Ségur.

²² Voir paragraphe 292 page 69 du rapport susmentionné (critique du recours à des cabinets de conseils, confusion du rôle d'expert et de membre du COPERMO, plans de performance douloureusement vécus).

2.2.1 L'ANAP a maintenu et développé un pôle d'expertise immobilière

[248] L'ANAP est ainsi présente dans l'expertise immobilière et son COP en vigueur officialise ce positionnement. La politique nationale en faveur du développement durable et de la transition écologique exerce également une influence croissante sur ses productions, ses appuis et ses ressources.

[249] L'offre de service de son pôle immobilier se décline selon cinq modalités d'intervention :

- La formation et la sensibilisation des professionnels sous la forme de « masterclass » ;
- Des outils dits « clé en main » couvrant tout le cycle bâtiminaire : programmation-conception, coûts de construction, valorisation-cession, exploitation et maintenance ;
- L'appui à la mise en œuvre (mission nationale d'appui à l'investissement médicosocial, les appuis dits 360, les appuis individuels ;
- Les mises en réseaux (communautés de pratiques ARS-IMMO, CTEES ;
- L'éclairage et l'appui des pouvoirs publics : exploitation du tableau de bord médicosocial, création d'un indicateur composite de vétusté immobilière, mission EHPAD hospitalier, support administratif et financier du CSIS.

[250] Le pôle immobilier reposait sur 7 collaborateurs à temps plein au 19 août 2024 présentant les compétences suivantes : un architecte Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO), un ingénieur-directeur travaux et finances, un ingénieur-directeur travaux et exploitation-maintenance, un programmiste, une ingénieure-direction travaux et exploitation et maintenance, une ingénieure biomédicale et travaux/AMO ; un AMO.

[251] Il peut mobiliser selon l'ANAP un réseau de 60 professionnels, renforcé par un vivier de 73 professionnels pouvant traiter d'une douzaine de domaines de compétences en lien avec des opérations immobilières.

[252] Pour le profil attendu sur la fonction « expert immobilier », l'ANAP a ainsi défini ses missions :

- « Contribuer à la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Médico-social en cours de création ;
- Contribuer à l'identification des besoins des professionnels en établissement sur le thème des investissements ;
- Piloter et collaborer à la production des éléments répondant à ces attentes, de manière pragmatique et opérationnelle ;
- Contribuer à la constitution et à l'animation d'un réseau de professionnels experts en immobilier ;
- Contribuer à la promotion et au développement des travaux réalisés par l'Agence ;
- Contribuer à l'appui d'établissements en vous appuyant sur votre expertise et sur les ressources de l'ANAP ;

- Contribuer à la vision stratégique et à la démarche prospective en immobilier. »

[253] Les critères de recherche exprimés pour le recrutement se concentrent sur l'expertise reconnue par les pairs, ayant au moins 5 années d'expérience professionnelle dans le secteur hospitalier (public ou privé) en investissements. L'examen des profils recrutés sur des postes à temps plein montre un niveau « satisfaisant à bon » en termes d'expertise. Parallèlement, l'ANAP bénéficie d'une disponibilité de ses collaborateurs par définition supérieure à celle d'experts en activité dans des établissements de santé et également d'un réseau de professionnels qu'elle mobilise.

2.2.2 L'ANAP doit améliorer son approche déontologique et méthodologique

[254] Il existe une charte de déontologie des salariés de l'ANAP et le contrat type d'engagement des experts membres de son réseau évoque des obligations classiques²³. Ainsi, les professionnels de l'ANAP effectuent une déclaration inspirée des déclarations publiques d'intérêt et signent une Charte de déontologie. La traçabilité de ce processus existe depuis 2019.

[255] Le format de la déclaration d'intérêt permet d'analyser la situation de la personne sous contrat. En revanche, il n'y a pas de charte plus formalisée prévoyant par exemple des règles de déport. Dans le cadre d'une mission d'expertise et de la participation à la rédaction d'avis, ce type de règles est indispensable.

[256] Concernant les guides et référentiels, ils ne suivent pas les mêmes règles d'élaboration que celles en vigueur pour les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). La liste des contributeurs n'est pas systématiquement mentionnée, ils ne sont pas crédités en tant qu'auteurs, et l'intervention de relecteurs ne semble pas prévue.

[257] A défaut de mention explicite des opinions minoritaires dans un groupe de travail, l'introduction de panels de relecteurs et leur mention dans les guides et référentiels serait de nature à apporter un plus haut niveau de garanties sur la multidisciplinarité et la prise en compte des différentes « écoles de pensée » s'exprimant sur un sujet. Cette garantie ne nuirait en rien à l'objectif d'opérationnalité poursuivi par l'ANAP et donnerait aux dirigeants hospitaliers les moyens de prendre une décision éclairée.

[258] Sur le plan méthodologique, si les dates de dernière mise à jour sont systématiquement mentionnées sur la production ou de l'outil concerné, la date prévisionnelle de prochaine mise à jour n'est en revanche pas mentionnée. L'ANAP considère qu'elle dépend de paramètres exogènes sur lesquels elle n'a pas la main et qu'il il convient pour elle de rester en veille

²³ Dans l'exercice de sa mission de diffusion et d'appropriation, l'EXPERT s'engage à ne pas exploiter et diffuser d'informations issues des travaux réalisés dans le cadre de sa mission d'expert, sans accord préalable de l'ANAP. L'expert s'engage à ne pas faire la promotion d'un dispositif commercial particulier à l'occasion de son intervention et à ne pas se mettre en position de conflit d'intérêt : en cas de doute, il contactera l'ANAP. »« Est tenu, que ce soit pendant l'exécution de son contrat de travail et même après sa rupture, indépendamment de son obligation générale de réserve et de secret professionnel, à une discrétion absolue sur tous les faits, informations, données et documents dont il peut avoir connaissance en raison de l'activité déterminée qu'il a effectué au sein de l'ANAP ; S'engage à en respecter le caractère confidentiel et à ne communiquer aucune information sans y avoir été expressément autorisé. Le manquement au respect du secret professionnel sera susceptible d'engager sa responsabilité. »

permanente et de s'adapter en conséquence. Néanmoins, une date indicative permettrait aux lecteurs de situer l'ancienneté du guide.

[259] Par ailleurs, la production de guides et outils devraient être précédée de notes de cadrage préalables afin de définir les attendus, le plan d'études et les conditions d'évaluation de la pertinence de la production finale permettant d'apprécier in fine le niveau d'usage de ces référentiels de manière complémentaire au suivi des consultations du site internet de l'agence.

[260] Dès lors, quelle que soit l'évolution respective de l'ANAP et du CSIS, il conviendra que l'ANAP prenne davantage en compte les bonnes pratiques déontologiques et méthodologiques en vigueur dans d'autres agences d'Etat dans l'intérêt des utilisateurs et de la visibilité de sa production.

2.3 Les modes d'interventions de l'ANAP peuvent contribuer à l'appréciation des stratégies immobilières des établissements

2.3.1 Les appuis 360°

[261] La mission a pris connaissance de dossiers instruits dans le cadre d'une intervention dite 360, parmi les 16 réalisés ou en cours de réalisation²⁴. L'ANAP a en effet été missionnée par des ARS pour évaluer la situation d'établissements, y compris pour des hôpitaux concernés par une opération prévue au Ségur investissement. Ces missions de terrain font intervenir un chef de mission, une équipe allant de 5 à 9 experts dans les domaines suivants : finances, ressources humaines, organisation médico-soignante, immobilier et développement durable, coordination des séjours. Ces missions sont centrées sur les enjeux de rétablissement d'un équilibre d'exploitation dans un contexte d'enjeux de modernisation immobilière.

[262] Le diagnostic opéré par les experts de l'ANAP est classique en passant en revue des points-clés de la gestion hospitalière (gestion de trésorerie, facturation, codage des activités, maîtrise de la masse salariale, maîtrise des lignes d'astreintes et de gardes, durées moyennes de séjour et calibrage capacitaire) et de l'immobilier (analyse fonctionnelle, appréciation de la vétusté, possibilités d'évolutions avec recours à la méthode des scénarii associant prévision des opérations et estimation de leurs coûts).

[263] En termes de durée de mission de la commande à la restitution, l'ANAP estime qu'entre la réunion de lancement avec l'établissement et la restitution finale, un délai moyen de 5 mois est nécessaire. La commande DGOS / DSS n'a été actée qu'en mars 2024 pour la quasi-totalité des appuis 360 lancés en 2024 et le recul n'est pas suffisant pour vérifier cette prévision de délai. Concernant la réalisation des audits pour chaque thématique, les experts se déplacent généralement 2 jours sur site. Concernant les thématiques de cycle de trésorerie, les préconisations sont en général rédigées en 1 mois (délai entre les visites et la restitution finale à l'ARS). S'agissant des thématiques médico-soignante, RH et Immobilier, l'ANAP a indiqué à la mission que les préconisations sont en général rédigées en 2 à 4 mois (délai entre les visites et la

²⁴ 16 établissements bénéficiaires au 23 juillet 2024 : Alençon Mamers, Avranches Granville, Bretagne Sud, Lisieux, Agen, Narbonne, Annonay, Apt, Dax, CG 13 (Centre Gérontologique), Tulle, Lannemezan, Vesoul, Cahors, Novo (PONTOISE).

restitution finale à l'ARS). L'ARS est destinataire d'une première restitution sur le cycle de trésorerie. Ces éléments sont ensuite restitués au directeur de l'établissement. L'ARS a également la primeur de la restitution finale. Lors de cette restitution, la stratégie de restitution à l'établissement est définie par l'ANAP et l'ARS. Une restitution en comité restreint (autour du directeur) est organisée. Selon les enjeux et le contexte, elle peut être suivie d'une restitution en directoire, voire en directoire élargi ou dans une autre configuration élargie. L'ARS peut être présente à cette restitution. Le diaporama constitue le livrable détaillé de l'appui 360. Une synthèse exécutive est ensuite rédigée à la clôture de l'appui.

[264] Les établissements ayant terminé un appui 360 sont destinataires de questionnaires d'analyse des effets, les ARS commanditaires également. La cellule évaluation de l'ANAP est en train d'élaborer par ailleurs une procédure d'évaluation, qui cherchera à objectiver les effets générés pour l'établissement, au-delà de la satisfaction de l'équipe dirigeante. Elle intégrera l'ARS. Ses modalités précises seront définies dans les mois à venir. Le Directeur Général de l'ANAP effectue systématiquement un point de débrief / satisfaction de la mission avec le Directeur et l'ARS commanditaire.

[265] Un suivi est organisé de manière tripartite avec l'ARS, l'ANAP et l'établissement, pendant 24 mois. Par ailleurs, l'établissement peut être intégré à des appuis collectifs thématiques répondant aux besoins identifiés (par exemple les appuis collectifs Services d'Imagerie ou Blocs opératoires) voire à des appuis sur-mesure selon le besoin.

2.3.2 Une première version d'un guide relatif à l'élaboration d'un schéma directeur immobilier est en cours de parution

[266] Le projet de guide donne cette définition du SDI : « *Le schéma directeur immobilier (SDI) est un document de planification des investissements du maître d'ouvrage sur les dix à quinze prochaines années, qui doit assurer l'adéquation entre le projet médical et les potentialités du site. Son élaboration et sa remise à jour périodique (environ tous les quatre ans) permet de s'adapter à la réalité des besoins et des possibilités financières, et constitue des éléments importants de la politique interne d'un établissement.* ». Cet outil pourra concourir à l'élaboration de ce type de schémas en établissements.

[267] Il indique le contenu attendu d'un SDI (cf. encadré ci-dessous).

CONTENU D'UN SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER POUR L'ANAP

1 Un mémoire écrit incluant :

- Une présentation de la méthode utilisée ;
- Un rappel de l'historique de l'hôpital ;
- La présentation du site et sa situation ;
- L'activité médicale du site ;
- Les données (projet médical, organisation des soins, schéma directeur logistique, politique technique, etc.) ;
- Le diagnostic immobilier, technique, urbain, architectural et fonctionnel ;

- Les orientations et les scénarios d'organisation du site (devenir des bâtiments, grandes familles d'opération, phasage des actions) ;
- Le détail du scénario retenu ;
- La liste des opérations (activités de soins, logistique, technique, aménagement) ;
- Pour chaque opération : la fiche de présentation, le préprogramme, la pré faisabilité, l'estimation des travaux, le calendrier.

2 Un recueil de plans et schémas :

- État de l'existant ;
- Diagnostics et orientations ;
- Détail du scénario retenu.

3 Un diaporama de présentation :

- Restitution du SDI aux différents interlocuteurs, professionnels et collectivités.

2.3.3 L'ANAP a développé un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer la capacité d'une maîtrise d'ouvrage à concevoir et conduire une opération immobilière

[268] La mission souligne la fragilité de certaines maîtrises d'ouvrage et le caractère hautement stratégique de cette fonction pour mener à bien les opérations Ségur (cf. annexe 5). L'ANAP a pu développer certains outils visant à améliorer et sécuriser ces procédures.

[269] **L'outil Scan-PPimm**, développé pour guider la MOA sur le choix de la procédure de dévolution des marchés de travaux en fonction des objectifs poursuivis et des risques à prévenir, **aide à préparer les différentes étapes d'une opération de travaux**. En cela, il permet d'évaluer le degré de maturité de la maîtrise d'ouvrage pour concevoir et conduire une opération.

[270] L'ANAP recommande dans son document d'introduction à l'outil de réaliser cette auto-évaluation au sein d'un collectif pluridisciplinaire (directoire, groupe projet, comité ad hoc) et de s'astreindre à un effort d'investigation interne et de sincérité des constats. La mission considère que cette auto-évaluation devrait faire partie du dialogue de gestion avec les ARS afin d'assurer une procédure contradictoire sur ce domaine important de la conduite d'opérations Ségur.

[271] En effet, cette méthode proposée par l'ANAP fait écho aux constats de nombreux acteurs auditionnés par la mission sur le fait que de nombreux établissements n'ont pas les compétences ni l'organisation adaptée pour conduire d'importantes opérations immobilières. Les ARS comme le CSIS ont indiqué que la majorité des centres hospitaliers non universitaires sont moins dotés en compétences et n'ont pas l'organisation de gestion de projet pertinente pour les piloter.

[272] Les données d'entrée dans cet outil sont structurées en 3 chapitres avec 12 champs d'analyse pour lesquels 92 questions sont identifiées.

Tableau 2 : Grille d'analyse des maîtrises d'ouvrage

Chapitres	Champs d'analyse	Nombre de questions
Maturité du projet (Est-elle suffisante pour engager une réflexion sur le choix d'une procédure ?)	Etudes Préalables	4
	Communication et concertations internes	10
	Communication et concertation externes	4
	Validation formalisée	2
Complexité du projet	Raison d'être	5
	Périmètre fonctionnel	5
	Taille	4
	Nature des travaux	2
	Contraintes opérationnelles	9
Risques (L'établissement y est-il suffisamment préparé ?)	Avant les travaux	16
	Pendant les travaux	20
	En exploitation	11
3	12	92

Source : ANAP, retraitement mission

[273] Une telle évaluation aurait pu être un processus préalable à la recevabilité des projets lors du recensement des opérations éligibles en 2021. Si elle avait été conduite à la demande du ministère, les ARS auraient pu identifier des priorités régionales en fonction de cette appréciation de la maturité. Elle aurait permis de concentrer les ressources des ARS sur les opérations pouvant être réalisées de manière certaine sur la durée du Ségur, de mieux piloter les engagements financiers et d'anticiper ou atténuer les risques exogènes aux opérations telle que l'inflation ou la forte progression de l'indice BT01.

3 La convergence du CSIS et de l'ANAP préviendrait les risques d'une double expertise et semble atteignable à brève échéance

[274] Le CSIS ne s'appuie pas suffisamment sur l'ANAP pour renforcer les capacités d'expertise au service des projets.

3.1 Le maintien de deux organismes intervenant dans l'expertise des projets immobiliers présenterait des risques pour le pilotage stratégique de l'investissement.

Les deux structures sont liées par une convention de fonctionnement sans vision stratégique.

[275] La convention entre l'ANAP, le président du CSIS et la DGOS porte sur le fonctionnement administratif et financier du CSIS (convention signée le 27 avril 2022 pour une durée de 5 ans).

[276] Il est indiqué que le soutien administratif et financier des actions du CSIS est compatible avec les missions dévolues à l'ANAP. La convention rappelle le rôle propre du CSIS et précise que son président atteste du service fait des prestations et travaux réalisés par les membres du CSIS et par les experts associés.

[277] Bien qu'antérieure à l'adoption du règlement intérieur, cette convention s'y réfère et parfois dans des termes différents du RI finalement adopté (périodicité des réunions du CSIS).

[278] Les missions de l'ANAP dans le dispositif sont pour l'essentiel logistiques :

- Rembourser les établissements de rattachement des membres du CSIS mis à disposition (rémunérations, cotisations et contributions) ;
- Indemniser les membres du CSIS qui ne seraient pas mis à disposition ;
- Indemniser les experts accompagnants les projets des établissements soumis à instruction nationale ;
- Prendre en charge les frais de mission des membres du CSIS et des experts associés ;
- Assurer la gestion du dispositif financier et le suivi de son exécution (ligne budgétaire spécifique attribuée à l'ANAP dans le cadre d'une dotation annuelle distincte de la dotation ANAP, les personnels CSIS sont hors plafond d'emplois de l'ANAP) ;
- Contribuer à la demande du CSIS à la diffusion des bonnes pratiques ;
- Partager avec le CSIS ses productions antérieures ainsi que ses ressources réseaux (retours d'expérience).

[279] L'annexe 4.1. de la convention détermine la rémunération des expertises de projets selon le niveau de complexité (2 niveaux) et selon le nombre de jours requis par mission. Une complexité moyenne permet une indemnisation de 500 euros par jour (de 1 à 7 jours) et une complexité forte

se situe à 750 euros pour une mission de 2 à 10 jours. L'annexe 3.1 détermine quant à elle les rémunérations relatives à la production de référentiels.

Les travaux entre l'ANAP et le CSIS sont insuffisamment coordonnés

[280] Le rapport IGAS de décembre 2021 relatif au développement des compétences des ARS dans le cadre de la mise en œuvre du Ségur de la santé (2021-028R) soulignait l'importance d'une collaboration active entre le conseil scientifique de l'investissement en santé et l'ANAP. Si la recommandation de formaliser une convention entre les deux acteurs a bien été suivie, il est notable que les programmes de travail ne sont pas coordonnés et que des travaux en silos existent (référentiels ou guides surfaciques ou outils pour le calibrage des marquetteries organisationnelles par exemple).

[281] Certains des organismes auditionnés ont souligné que des problèmes d'interprétation des critères ou de choix des valeurs à retenir pour leur dossier n'étaient pas traités de manière commune, par exemple sous la forme de notes d'interprétation communes. Une société d'AMO a informé la mission de son interpellation du CSIS sur les modalités d'application de certains référentiels ou guide des deux organismes sans obtenir une réponse commune.

[282] L'expérience du CSIS et de l'ANAP aurait pu les conduire à approfondir la capitalisation en commun sur des thèmes de maîtrise des opérations : autodiagnostic de la maîtrise d'ouvrage des centres hospitaliers, bonnes pratiques de la maîtrise d'ouvrage, élaborations de schémas directeurs de GHT et mutualisations des fonctions supports logistiques et médico-techniques, repérage des organisations innovantes reproductibles. Cela n'a pas été le cas jusqu'à présent.

[283] Néanmoins, il faut souligner que le CSIS et l'ANAP ont travaillé ensemble sur la conception et la délivrance en présentiel de séquences pédagogiques de type « master class » concernant l'élaboration, le pilotage et la réalisation d'un projet immobilier. Cette formation fait appel aux experts CSIS et à ceux de l'ANAP mais aussi à des grands témoins.

Les risques d'un fonctionnement en silos pour l'expertise publique dans le domaine de l'investissement immobilier

[284] Le premier risque est celui de la contradiction dans les approches et de la divergence des méthodes d'intervention sur le terrain. Le CSIS promeut des démarches auprès des établissements qu'il estime plus approfondies que celles de l'ANAP en termes d'analyse de schémas directeurs et de patrimoine hospitalier. Cette appréciation n'est pas objectivée par le CSIS et les deux organismes n'ont pas conduit une analyse comparative des forces et des faiblesses de leur démarche. Il est constaté que des ARS ont sollicité l'expertise de l'ANAP pour des analyses de patrimoine dont la mission a pu prendre connaissance et qui n'apparaissent pas moins utiles que celles réalisées par le CSIS.

[285] Le deuxième risque est celui de l'absence de capitalisation suffisante des expériences de nature à permettre une actualisation des méthodes d'intervention et des référentiels. Les experts du CSIS sont intervenus sur des dossiers de grande ampleur qui mériteraient de faire l'objet d'un retour d'expérience avec les personnels permanents et les experts immobiliers de l'ANAP. Par ailleurs, l'ANAP est intervenue dans des dossiers complexes et le CSIS n'a pas embrassé l'ensemble de ce type de projets compte tenu du seuil budgétaire de 150 M€. Il serait utile que les experts des deux organismes se réunissent pour traiter les mêmes sujets où ils sont intervenus séparément

comme dans le cas du projet du CH de La Rochelle afin de renforcer la complémentarité des méthodes.

[286] Le troisième risque réside d'une part dans le fait de ne pouvoir assurer la transmission des savoirs entre les générations de maîtres d'ouvrage et d'autre part de faire reposer l'expertise sur des prestations de vacataires, certes de bon niveau, mais sans possibilité réelle de transmettre leur expérience à une équipe de permanents. Il n'est pas souhaitable que l'Etat soit dépendant d'un cadre d'expertise flottant et reposant à chaque cycle d'investissement sur quelques compétences à temps partiels.

[287] Le quatrième risque est de ne pas apporter une expertise suffisante dans la sélection des projets le plus en amont possible. Alors que les deux organismes disposent d'outils complémentaires, notamment en termes d'analyse des risques a priori, un travail en commun aurait rendu des services plus efficaces pour affiner la sélection des projets et réévaluer la liste des opérations figurant dans les SRI et les dossiers de presse parus à l'automne 2021.

[288] Le cinquième risque est ainsi de maintenir un pilotage national très centré sur l'expertise et la connaissance des plus grands projets et sans vision systémique des impacts du plan Ségur concernant l'immense majorité des opérations. Or l'ANAP, disposant de ressources permanentes, serait un vecteur utile d'informations pour la DGOS. Le danger d'un fonctionnement en silo serait de limiter les possibilités d'anticipation prospective, notamment sur les opérations de moindre ampleur budgétaire mais suffisamment complexes pour connaître des dérives budgétaires et d'endettement.

[289] Le sixième risque réside dans la poursuite d'un investissement insuffisant dans les outils de maîtrise de la phase de programmation immobilière précédant la définition précise des besoins de modernisation ou de construction (cf. annexe 5). Le CSIS et l'ANAP, du fait de leur approche en silo et de l'absence de commande nationale en la matière, n'ont pas proposé d'outils communs de suivi et d'analyse dynamique des patrimoines. Ils n'ont pas proposé de doctrine d'élaboration des schémas directeurs techniques et immobiliers.

[290] Le septième risque est de faire reposer l'expertise immobilière du secteur hospitalier sur deux organismes séparés dont le maintien des ressources n'est pas garanti et peut être plus particulièrement exposé aux aléas de la budgétisation des enveloppes nationales d'investissement. Dans l'histoire de l'investissement hospitalier, ce risque s'est matérialisé à deux reprises, laissant l'Etat dans une position de fragilité sur sa connaissance de l'évolution réelle du patrimoine. Dans la période la plus récente, l'attrition de l'expertise immobilière de l'ANAP dans les années 2000 correspondait, d'une part au ralentissement du nombre d'opérations et d'autre part à la priorité donnée à l'accompagnement des plans de performance des établissements de santé. Ce risque existe aussi pour le CSIS dont la création a été liée au plan Ségur sans qu'il soit présenté comme un organisme durablement inscrit dans le paysage et d'autant plus qu'il n'a pas de statut juridique propre et a fortiori pas de COP.

[291] Dans la mesure où l'Etat doit avoir la capacité à dépasser les plans de « rattrapage » qui ont marqué les 20 dernières années, les fonctions d'expertise doivent être conçues non seulement comme une aide à la décision pour chaque projet, mais aussi comme une contribution au pilotage par la juste appréciation des besoins. Leur inscription durable dans la politique publique de l'investissement hospitalier nécessite dès maintenant une transformation de l'organisation de l'expertise dans ce domaine.

3.2 Les modalités de convergence et de réorganisation de l'expertise semblent atteignables rapidement

[292] Si une courte période de transition est à prévoir, des mesures de réorganisation rapides seraient de nature à permettre cette convergence des viviers d'expertise.

[293] Les dispositions suivantes permettraient d'atténuer ou prévenir les risques précédemment identifiés :

- Les experts du CSIS doivent devenir des experts sous contrat ANAP afin d'assurer une continuité de ces missions, la direction générale de l'ANAP étant tout à fait disposée à s'inscrire dans cette logique d'accueil et de reconnaissance de l'expertise développée par le CSIS et des personnes mobilisées à cette fin ;
- les experts du CSIS, ceux de l'ANAP et les collaborateurs permanents de son pôle immobilier doivent élaborer un programme de travail de convergence incluant notamment les sujets suivants : retours d'expérience sur les opérations complexes menées par chacun, retours d'expérience sur les projets où leur expertise a été requise par les ARS de manière séparée, mise au point d'un guide sur les schémas directeurs techniques et immobiliers y compris dans la vision territoriale d'un GHT, mise au point du cahier des charges d'un outil d'inventaire dynamique des patrimoines hospitaliers ;
- Un outil commun d'analyse a priori des risques d'une opération, y compris en termes d'organisation de sa maîtrise d'ouvrage, serait de nature à capitaliser sur l'expérience de tous les experts et pour le futur, de permettre aux ARS et aux établissements de le systématiser pour toutes les opérations d'un montant égal ou supérieur à 100M€, cet outil devant être rendu disponible au premier trimestre 2025 (cf. annexe 3).
- La fonction de production des avis serait placée sous la responsabilité de l'ANAP et synthétiserait l'ensemble des accompagnements et expertises dont a bénéficié l'établissement. Cette mission doit continuer à être positionnée dans le champ de l'expertise pour l'aide à la décision. Dès lors, l'ANAP devrait assister aux travaux du pré-copil de l'investissement, organisé depuis 3 ans par la DGOS, en présentant ses avis. En ce qui concerne les délibérations du COPIL Investissement, en présence des établissements et des ARS, il paraît souhaitable que l'ANAP se retire au moment des débats. Ce changement par rapport au positionnement du CSIS au sein du COPIL Investissement serait de nature à favoriser l'indépendance de l'expertise aussi bien vis-à-vis des établissements promoteurs que vis-à-vis des décideurs publics.
- Le transfert des missions d'élaboration des référentiels et outils du CSIS à l'ANAP serait dans ces conditions facilité.
- La mission proprement scientifique doit concerner la fonction prospective. Il s'agirait, par exemple, de traiter les sujets d'organisation sanitaire tels que le nombre optimal de plateaux techniques dans un territoire de santé ou encore les facteurs de convergence entre secteurs hospitaliers publics et privés, la question de la transformation de l'offre et de son patrimoine immobilier dans les départements appelés à connaître une attrition démographique. D'autres sujets pourraient concerner la question de l'évolutivité des schémas directeurs techniques et immobiliers au regard de la transition écologique et des progrès

technologiques. Cette fonction prospective pourrait être installée sous la forme d'un conseil ou d'une mission scientifique sur décision de la présidence du Conseil d'administration de l'ANAP dans la mesure où la convention constitutive le permet désormais.

[294] Le COP de l'ANAP dans son format actuel constitue un cadre juridique adapté et ne nécessiterait pas d'adaptation majeure.

[295] Matériellement, l'ensemble de ces dispositions doit pouvoir s'opérer à budget constant dans la mesure où le budget du CSIS est géré par l'ANAP, charge à elle de présenter un état prévisionnel de ses besoins incluant ces ressources dans le cadre de son dialogue budgétaire annuel.

[296] Ce rapprochement fonctionnel et géographique des deux structures pourrait intervenir très rapidement. L'ANAP dispose d'une base logistique importante et d'espaces de travail et de réunions suffisants pour faciliter les conditions d'exercice du CSIS. Elle regroupe également des compétences et d'outils en termes de veille sur le secteur des travaux.

[297] Dans ces conditions, les fonctions exercées par le CSIS seraient reprises sans éléments de discontinuité. Afin d'assurer une transition aussi fluide que possible, un séminaire d'étape du CSIS et de l'ANAP en présence de la DGOS, du COPIL investissement et de la mission permettrait de bien resituer ces évolutions dans une stratégie globale dépassant le cadre actuel du Ségur Investissement.

ANNEXE 5 : Le patrimoine immobilier et la problématique de la maîtrise d’ouvrage des établissements de santé

SOMMAIRE

1	Le parc hospitalier est mal connu mais semble encore augmenter, tout en vieillissant	77
1.1	Il n’existe pas aujourd’hui d’inventaire complet du patrimoine hospitalier	77
1.2	Selon des données éparées, la surface des établissements de santé serait supérieure à 75 millions de mètres carrés et augmente de manière continue.....	78
1.3	Le patrimoine immobilier des établissements de santé est globalement vieillissant	80
1.3.1	En 2010, plus de 80 % des établissements de santé et médico-sociaux avaient été construits avant les années 2000.....	80
1.3.2	Les taux de vétusté des hôpitaux publics augmentent sensiblement depuis 2013.. ..	81
2	Les projets d’investissements ne reposent pas sur une stratégie patrimoniale suffisamment développée.....	82
2.1	Les schémas directeurs immobiliers ne reposent pas toujours sur un audit patrimonial de l’établissement	82
2.2	La question du patrimoine n’est pas systématiquement prise en compte dans l’instruction des projets d’investissement	82
3	Il est nécessaire de formaliser une politique patrimoniale des établissements de santé pour mieux éclairer les choix d’investissement.....	84
3.1	Relancer un inventaire du patrimoine hospitalier pour orienter stratégiquement les choix d’investissement.....	84
3.2	Inscrire les projets d’investissement dans le cadre d’une stratégie patrimoniale formalisée	87
4	La problématique de la maîtrise d’ouvrage par les établissements publics : des directions souvent fragiles face à des processus complexes	88
4.1	Les maîtrises d’ouvrage doivent être professionnalisées pour concevoir des opérations de plus en plus complexes et difficiles à maîtriser	89
4.1.1	Des maîtrises d’ouvrage faibles et des projets manquant de maturité au départ face à des enjeux complexes de mise au point difficile à maîtriser	89
4.1.2	Un maître d’ouvrage doit être en mesure d’identifier les risques d’une opération	90

4.2	Renforcer la maîtrise d’ouvrage : quelques exemples de maîtrise déléguée dans d’autres secteurs ministériels.....	96
4.2.1	L’agence publique pour l’immobilier de la Justice (APIJ).....	96
4.2.2	L’établissement Public d’Aménagement Universitaire de la Région Ile-de-France (EPAURIF).....	100
4.3	Pour le secteur hospitalier, il est proposé de renforcer la place des GHT et les filières d’ingénieurs spécialisés	103
4.3.1	Pour renforcer les maîtrises d’ouvrage, les GHT constituent une voie à encourager	103
4.3.2	A l’image d’autres opérateurs, de manière subsidiaire et expérimentale, la maîtrise d’ouvrage pourrait être déléguée à un opérateur national ou régional.....	105
4.4	Conforter l’ingénierie hospitalière	106

INTRODUCTION

[298] Le Ségur de l'investissement a créé une dynamique pour recenser les projets immobiliers et les porter dans un cadre d'instruction formalisé qui a permis d'évaluer leur maturité avant de prononcer leur validation. Les ARS sont les opérateurs majeurs de cette évaluation pour les projets dont le montant est inférieur à 150 M€, projets représentant plus de 95 % des opérations recensées fin 2021. Elles ont pu observer trois types de situations : des projets préparés et discutés de longue date qui ont trouvé leur aboutissement avec le Ségur, des projets élaborés mais peu soutenables financièrement, des projets au stade de l'expression générale des besoins sans visibilité de maîtrise d'ouvrage. La première catégorie n'était pas la plus fréquente car l'exercice de stratégie régionale d'investissement n'avait pas toujours été conduit de manière aboutie antérieurement. La deuxième et la troisième représentent ainsi très probablement l'essentiel de la charge d'instruction.

[299] Les ARS ont donc acquis en 3 ans une connaissance plus précise des projets et des patrimoines hospitaliers mais aussi des limites des établissements en termes de capacité à concevoir et conduire une opération de travaux. Néanmoins, il serait nécessaire d'inscrire dans la durée une connaissance plus précise de l'inventaire du patrimoine immobilier afin de développer une juste appréciation de son état et de ses besoins prioritaires de modernisation.

[300] Des bâtiments de plus en plus techniques, s'inscrivant dans des réglementations de plus en plus précises, font que les maîtrises d'ouvrage doivent reposer de plus en plus sur des compétences élevées d'ingénierie technique et financière, de gestion de projets. Les maîtres d'ouvrage (MOA) ne disposent pas toujours des collaborateurs pouvant maîtriser des sujets requérant l'expertise de toutes les sciences de l'ingénieur et de la commande publique.

[301] Les maîtres d'ouvrage gagneraient à s'organiser en allant au-delà du partage des pratiques. Des exemples d'opérateurs spécialisés existent en France comme à l'étranger (voir annexe 7 pour ces derniers). Ces expériences pourraient inspirer un nouveau cadre de pilotage des schémas directeurs techniques et immobiliers qui pourraient comprendre une dimension territoriale portée par les groupements hospitaliers de territoires (GHT) et une dimension mutualisée des compétences d'ingénierie.

1 Le parc hospitalier est mal connu mais semble encore augmenter, tout en vieillissant

1.1 Il n'existe pas aujourd'hui d'inventaire complet du patrimoine hospitalier

[302] Contrairement à d'autres secteurs publics ou à ce qui a été développé dans le champ médico-social avec le tableau de bord de la performance, le patrimoine hospitalier souffre d'une réelle méconnaissance.

[303] Une plateforme numérique nationale, la base OPHELIE (Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs - Environnement), avait été lancée en mai 2014 par la DGOS pour collecter les données

patrimoniales et immobilières des établissements publics de santé. Cette application devait être alimentée par les établissements, sur la base du volontariat, ou de manière obligatoire pour les projets d'investissements soumis au COPERMO (Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins institué de 2012 à 2021).

[304] La **base OPHELIE est aujourd'hui incomplète et ne permet pas d'assurer un pilotage stratégique immobilier**, à l'échelle nationale comme au niveau des ARS. Cette plateforme, administrée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), n'est quasiment plus alimentée depuis 2019. Début 2024, elle ne comportait que 340 dossiers qui n'ont pas été actualisés. La difficulté pour les établissements à renseigner cette base et son caractère obligatoire circonscrit aux établissements disposant d'un projet COPERMO en sont les principales raisons.

[305] **Le constat que la Cour des comptes posait en juin 2013²⁵ reste donc d'actualité** : « *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* ».

1.2 Selon des données éparses, la surface des établissements de santé serait supérieure à 75 millions de mètres carrés et augmente de manière continue

[306] Malgré l'absence de données consolidées, certaines études permettent d'estimer un ordre de grandeur de la surface hospitalière et son évolution dans le temps.

[307] L'ANAP²⁶ estimait en 2020 que l'ensemble du parc des établissements de santé représente 75 millions de m² en s'appuyant sur des données de la DREES. En ajoutant le secteur médico-social, la superficie serait d'environ 110 millions de m².

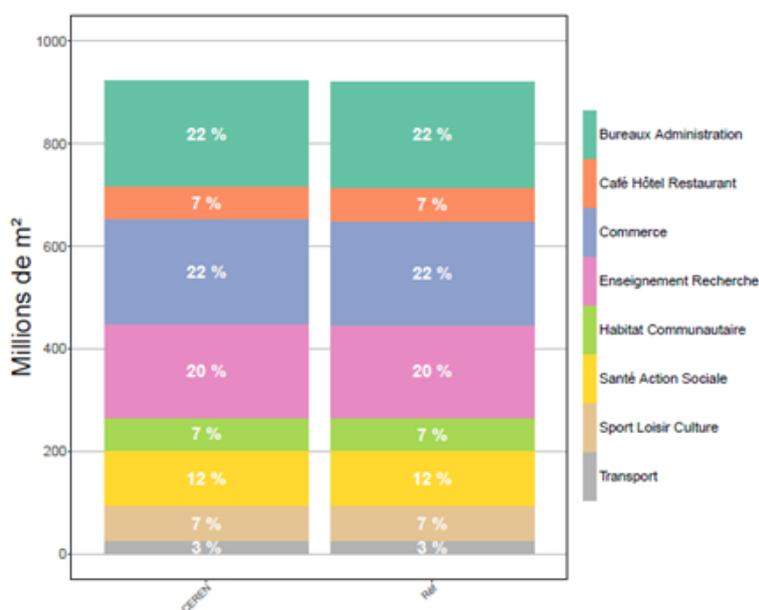
[308] L'estimation de l'ANAP est cohérente avec une étude du commissariat général au développement durable (CGDD) également de 2020²⁷. Pour cette dernière, le secteur de la santé et de l'action sociale représentait 12 % du parc tertiaire estimé à 922 millions de m², soit 110 millions de m² pour ces deux secteurs.

²⁵ Cour des Comptes - La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins – juin 2013

²⁶ ANAP - Kit d'outils : Mettre en œuvre le décret tertiaire

²⁷ CGDD - Scénarios de rénovation énergétique des bâtiments tertiaires - Quelles solutions pour quels coûts à l'horizon 2050 ? – décembre 2020

Schéma 1 : Composition du parc tertiaire en 2010



Source : CGDD (2020)

[309] Ces données semblent inférieures aux dernières estimations plus récentes du Centre d'études et de recherches économiques sur l'énergie (CEREN) selon lesquelles la surface chauffée du secteur de la santé, au sein des bâtiments tertiaires, s'élevait à 126 millions de m² de bâtiments pour 2022 mais elles englobent également le champ médico-social.

Tableau 3 : Évolution des surfaces chauffées du secteur de la santé en millions de mètres carrés

	1996	2006	2016	2022	Evolution 2022/1996
Secteur de la santé / médico-social	82	95	117	126	54 %
Ensemble des bâtiments tertiaires	734	821	916	966	32 %

Source : CEREN, traitement mission

[310] Selon les données du CEREN, ce secteur présente une augmentation continue sur la période (54 % entre 1996 et 2022), progression plus forte que pour le secteur tertiaire dans son ensemble (32 %).

[311] Cette augmentation des surfaces n'est pourtant pas corrélée au nombre d'établissements de santé et de lits qui diminuent entre 2013 et 2022 selon les données de la DREES (moins 4,6 %

d'entités et moins 9,4 % de lits sur la période, les places augmentant quant à elles de 25,8 %), ce qui indiquerait une augmentation des surfaces exploitées par lits sur la période considérée.

	Entités géographiques		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2022	2013	2022	2013	2022
Secteur public	1420	1338	256 934	228 687	39 485	44 614
<i>dont CHU/CHR</i>	183	185	73 636	65 868	9 270	11 647
Secteur privé non lucratif	683	658	58 103	53 957	12 282	15 418
Secteur privé à but lucratif	1019	980	97 890	91 646	15 810	24 983
Total	3 122	2 976	412 927	374 290	67 577	85 015

Source : DREES, *les établissements de santé en 2022, édition 2024*

[312] Il est en effet probable que les constructions les plus récentes présentent un nombre de mètres carrés par lit plus important au regard des enjeux d'humanisation (chambres seules, sanitaires dans les chambres), en raison de locaux plus techniques (locaux de stockage, espaces de circulation, services de prise en charge aigus,...) et de l'augmentation des effectifs de personnels²⁸.

1.3 Le patrimoine immobilier des établissements de santé est globalement vieillissant

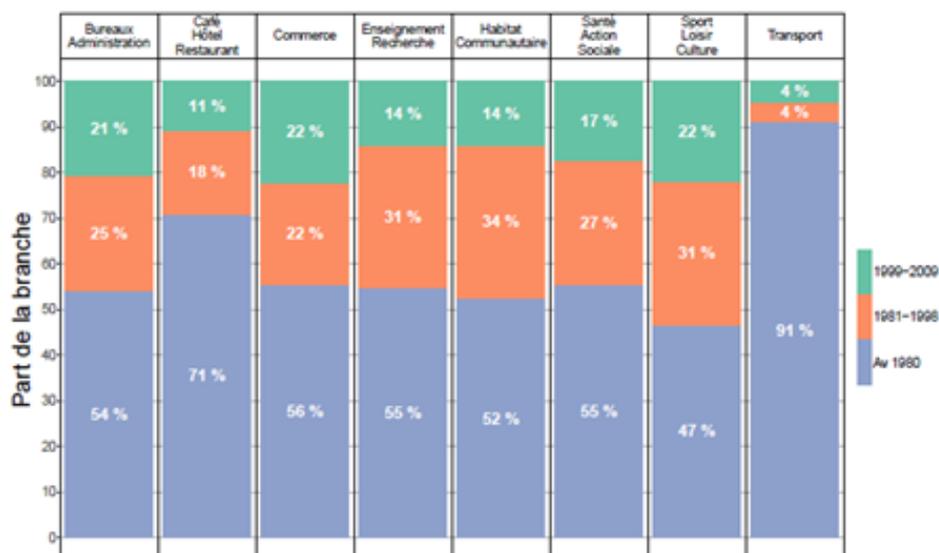
1.3.1 En 2010, plus de 80 % des établissements de santé et médico-sociaux avaient été construits avant les années 2000

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

[314] En 2010, plus de la moitié des bâtiments des établissements sanitaires et médico-sociaux avaient été construits avant 1980 (55 %), 27 % entre 1980 et 1998, et 17 % des bâtiments après 2000. Cette distribution par période de construction est relativement similaire à celle observée pour les autres administrations.

²⁸ Les données DREES de la SAE font apparaître une augmentation des personnels soignants entre 2019 et 2022 dans chacun des différents secteurs (public, privé non lucratif, privé lucratif).

Schéma 2 : Répartition du parc tertiaire par période de construction



Source : CGDD (2010)

1.3.2 Les taux de vétusté des hôpitaux publics augmentent sensiblement depuis 2013

[315] Le taux de vétusté mesure le niveau des amortissements des bâtiments rapportés à leur valeur brute. Au vu des durées d’amortissement, 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 %, mais cela correspond aux normes comptables et ne préjuge pas de la qualité bâtimementaire en elle-même. En effet, un bâtiment ancien peut avoir conservé une fonctionnalité pertinente du point de vue de ses usages et ne nécessiter qu’un entretien ou des travaux ciblés.

[316] Après une diminution sur la période 2005/2013, le taux moyen de vétusté des bâtiments publics de santé a connu une hausse particulièrement marquée depuis dix ans, passant de 44 % en 2013 à 58 % en 2022²⁹. Cela signifie que ces immobilisations sont en moyenne à la moitié de leur durée de vie et seront donc obsolètes d’ici 2050.

[317] Ainsi, la reprise des investissements liés au plan Ségur ne vient pas compenser la dégradation du patrimoine hospitalier avec **le taux de la vétusté des constructions des établissements publics, qui poursuit sa dégradation en 2023, et ce de manière continue depuis 2013** (cf. graphique présenté en annexe 3).

[318] Ces mesures de la vétusté sont à apprécier en tendance, compte tenu des incertitudes affectant la fiabilité des données patrimoniales. Comme indiqué supra, le taux de vétusté repose sur des données comptables et ne permet pas à lui seul de porter un diagnostic patrimonial de l’état du bâti qui nécessite une analyse plus complète, technique et fonctionnelle, pour apprécier sa qualité vis-à-vis des patients et des professionnels et sa capacité à évoluer dans le temps.

²⁹ Source : Diamant – traitement pôle data Igas

2 Les projets d'investissements ne reposent pas sur une stratégie patrimoniale suffisamment développée

2.1 Les schémas directeurs immobiliers ne reposent pas toujours sur un audit patrimonial de l'établissement

[319] **Si les établissements sont généralement dotés d'un schéma directeur immobilier, la question du patrimoine en tant que telle n'est pas toujours investie** suffisamment alors qu'elle constitue une réelle opportunité d'évolution du bâti ou pour optimiser les surfaces exploitées et donc les consommations énergétiques et de l'empreinte environnementale associées.

[320] **Le patrimoine hospitalier est souvent le fruit d'une sédimentation historique** et, pour une partie, inadaptée aux besoins actuels, d'où il résulte une certaine discordance entre un bâti figé et une nécessaire adaptation de l'offre de soins. Une étude publiée dans Finances hospitalières en 2022³⁰ souligne que 80 % des CHU sont dans une situation de sédimentation immobilière sur une longue période tout en indiquant que cette problématique se retrouve également dans de très nombreux centres hospitaliers. Selon cette étude, le « mitage » des occupations, avec des surfaces sous-occupées voire des étages vides dans certains bâtiments, pourrait atteindre pour certains établissements 20 à 35 % du total des surfaces de plancher, avec pour conséquence un empilement des dépenses d'exploitation et une lecture peu aisée de la géographie des sites hospitaliers pour les patients.

[321] Pour mieux définir les besoins de rénovation ou de construction, les audits de la situation de l'état fonctionnel et technique des bâtiments menés par certains établissements publics sont de nature à inscrire la réflexion à plus long terme en cohérence avec la cible finale du schéma directeur immobilier. Ils suscitent des opportunités de valorisation (cessions, concessions de services pour l'accompagnement des personnels ou des patients...). Il convient ainsi d'inciter les établissements dans le cadre de l'instruction des projets Ségur à mener un audit patrimonial pour 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.

2.2 La question du patrimoine n'est pas systématiquement prise en compte dans l'instruction des projets d'investissement

[322] Les procédures d'instruction des projets abordent la question du patrimoine sous l'angle capacitaire en lien avec le projet médical et de territoire mais n'approfondissent pas la question patrimoniale.

[323] Certes, les avis du CSIS consultés par la mission comprennent généralement une rubrique sur les surfaces concernées par l'opération immobilière, en lien avec le projet médical. Est ainsi renseignée l'évolution des capacités en lits et places en lien avec le projet médical du projet. Il est de même dans le cadre des projets instruits en régions par les ARS.

³⁰ « Le Patrimoine, dans le « monde d'après », est un véritable levier d'efficience pour les établissements de santé », Jean-Gabriel Lévrier, Patrimoine Performance Service, Finances Hospitalières, janvier 2022

[324] **En revanche, ces procédures d’instruction ne mesurent pas systématiquement l’évolution des surfaces avant et après opérations** alors que c’est une donnée de pilotage importante pour les établissements et pour les ARS. En effet, les consommations énergétiques sont directement liées aux surfaces détenues par l’établissement. Il est de même pour la maintenance et plus généralement pour les coûts en exploitation.

[325] 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.

[326] **L’instruction des projets ne repose pas non plus sur des scénarios alternatifs privilégiant la rénovation par rapport à une nouvelle construction.**

[327] Les interlocuteurs rencontrés par la mission au sein des établissements comme parmi les professionnels du bâtiment soulignent que la rénovation n’est pas toujours possible ou pertinente mais conviennent que cette hypothèse est le plus souvent instruite insuffisamment. Le SGPI, par exemple, souligne que les rapports socio-économiques (RSE) n’investissent pas suffisamment les scénarios de rénovation. Certaines ARS ont indiqué à la mission que des scénarios de rénovation ont pu émerger au cours de l’instruction mais dans un second temps du fait de l’impossibilité de financer le scénario initial de reconstruction (ARS Occitanie par exemple pour le projet du CH d’Auch qui avait initialement un projet de reconstruction, qui s’est transformé en projet d’extension et de restructuration avec un coût initialement supérieur à 150 M€ chiffré à septembre 2024 à 135 M€).

[328] **La réduction des gaz à effet de serre sera plus importante en cas de projet de rénovation. L’empreinte carbone est en effet beaucoup plus élevée dans le cadre des projets de construction.** Dans le cadre de l’analyse de cycle de vie du bâtiment, le Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires estime que 80 % des émissions de gaz à effet de serre qui sont émises par la fabrication, le transport des matériaux et équipements de construction sont liées aux opérations de constructions alors qu’il n’est que de de 20 % pour la rénovation, soit 75 % d’émissions de gaz à effet de serre de moins³¹.

³¹ Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires - Feuille de route de décarbonation de la chaîne de valeur du bâtiment - Les propositions de la filière – Janvier 2023

3 Il est nécessaire de formaliser une politique patrimoniale des établissements de santé pour mieux éclairer les choix d'investissement

3.1 Relancer un inventaire du patrimoine hospitalier pour orienter stratégiquement les choix d'investissement

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

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

[331] **La mission recommande que des travaux soient relancés pour dresser un recensement du patrimoine hospitalier comportant en première étape certaines données essentielles, à l'instar des données recensées pour le secteur médico-social (tableau de bord de la performance du médico-social) : nombre de m², état et vétusté du patrimoine, performance énergétique.** L'enjeu à brève échéance est de disposer d'une connaissance du patrimoine immobilier pour l'ensemble du parc et d'identifier les priorités en termes de performance économique et environnementale conformément à la réglementation européenne.

[332] **Ce premier travail d'inventaire pourrait s'appuyer sur l'outil PrioReno développé par la Banque des Territoires en lien avec les fournisseurs d'énergie, outil accessible gratuitement par les établissements.** Ce service, développé initialement pour les collectivités locales et les bailleurs sociaux, permet aux utilisateurs d'adopter une vision stratégique globale de leur parc immobilier et d'identifier les rénovations à mener en priorité dans le cadre de la transition écologique et de la lutte contre les déperditions d'énergie. Il est en cours de déploiement pour les 28 000 bâtiments de l'Etat afin d'évaluer les besoins en matière de rénovation énergétique et de définir les priorités associées.

PrioRéno (Banque des territoires)

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 énergétique.

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.

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

[333] L'utilisation par les établissements de santé supposeraient que ceux-ci autorisent la banque des territoires à récupérer leurs données de consommations énergétiques auprès des fournisseurs d'énergie. Cette démarche pourrait s'appuyer sur les conseillers à la transition écologique et énergétique en santé (CTEES, cf. annexe 6), dans le cadre d'une campagne nationale pilotée par le ministère. De premiers échanges ont été engagés entre l'ANAP et la Banque des Territoires.

[334] **Au-delà, il apparaît nécessaire de se doter d'un véritable système d'information de l'immobilier sanitaire pour permettre aux décideurs de faire des choix éclairés sur le niveau d'investissement nécessaire pour assurer le maintien du parc immobilier et son optimisation**, en intégrant les enjeux du décret tertiaire qui prévoit une diminution des consommations énergétiques ambitieuse dans le cadre de la transition écologique (cf. annexe 6 relative à la transition écologique).

[335] **La plupart des acteurs investissent aujourd'hui dans de tels systèmes d'information**. La direction de l'immobilier de l'Etat (DIE) mobilise entre 3 et 4,5 M€ par an et une dizaine d'agents pour développer le système d'information de l'immobilier de l'Etat (SIIE). Elle a identifié seize données prioritaires, portant notamment sur les surfaces, la présence d'amiante, l'accès (accessibilité, proximité des transports en commun...), la performance énergétique³². La Croix Rouge française développe un portail permettant de croiser les données portant sur l'immobilier (numérisation des référentiels immobiliers, travaux, contrats de maintenance...), l'environnement (consommation des fluides, empreinte carbone...) et les données de mobilité (flotte de véhicule...).

³² Immobilier de l'Etat : une nouvelle architecture pour professionnaliser – Rapport de l'inspection générale des finances et du conseil général de l'environnement et du développement durable – Avril 2022

Politique immobilière de l'Etat

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

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

Source : *Cour des Comptes*³³

[336] Un tel système d'information pour les établissements sanitaires serait à bâtir en veillant à sa simplicité d'usage et à son interfaçage avec les bases de données existantes (base OPERAT, PrioReno, outil ANAP de calcul de l'empreinte carbone...).

[337] Au-delà de l'inventaire « à plat » du patrimoine existant, l'enjeu serait aussi de développer à des outils d'analyses permettant de prioriser les investissements (vétusté, potentiel d'évolutivité, empreinte carbone,...) comme le Québec les a développés (cf. annexe 7). La construction d'un tel indicateur est sans aucun doute complexe. Dans la mesure où l'ANAP a l'expérience de la construction d'indicateurs dans le domaine immobilier, elle pourrait être mobilisée en lien avec le Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) et les experts de la Commission Ingénierie et architecture (CIA) de la conférence des directeurs généraux de CHU pour bâtir un cadre où seraient agrégées les données techniques et pas seulement comptables de la vétusté des établissements comme le suggère le CSIS.

[338] La mission recommande que cette mission soit dévolue à l'ANAP sous pilotage DGOS pour permettre de relancer progressivement un inventaire interfacé et stratégique.

³³ La prise en compte de l'adaptation au changement climatique dans la politique immobilière de l'État – rapport annuel de la Cour des Comptes – mars 2024

3.2 Inscrire les projets d'investissement dans le cadre d'une stratégie patrimoniale formalisée

[339] En parallèle de l'inventaire immobilier, il pourrait également être confié à l'ANAP la mission de définir en lien avec les établissements, les ARS et les professionnels du bâtiment, un cadre stratégique patrimonial à prendre en compte pour l'élaboration de tous projets d'investissements immobiliers. Ces travaux pourraient également associer certaines grandes écoles du bâtiment ou l'EHESP.

[340] Les entretiens conduits par la mission permettent de recenser les principaux éléments qui pourraient alimenter cette doctrine :

- **Définition d'un outil synthétique permettant de prioriser les investissements futurs.** Adossé à l'inventaire patrimonial, cet indice intégrerait non seulement la vétusté des bâtiments mais aussi son potentiel fonctionnel et évolutif. Cet outil devrait nécessairement s'appuyer sur un état des lieux précis des bâtiments hospitaliers (nombre, surface, consommation, usage, vétusté,...).
- **Ratios et éléments de doctrine surfaciques** permettant de compléter ceux existants (analyse systématique des surfaces utiles avant/après une opération d'investissement, ratio surface exploitée/totale d'un bâtiment et d'un établissement hospitalier, impact du mode de dévolution du marché sur les ratios surfaciques³⁴,...).
- Eléments de doctrine et outils permettant de procéder systématiquement et de manière approfondie aux études de faisabilité de **scénarios de rénovation du bâti** par rapport à celui de reconstruction, intégrant des éléments d'analyse en termes de coûts couplets et d'impact carbone sur l'ensemble du cycle de vie de l'investissement. Dans le cadre de la transition écologique et énergétique, le scénario de rénovation doit progressivement être l'hypothèse privilégiée dans le cadre des investissements immobiliers.
- Eléments de **doctrine architecturale et bâtiminaire** permettant de définir la durée de vie d'un investissement immobilier et préserver le **potentiel d'évolutivité du bâti hospitalier** et du terrain d'assiette pour permettre de faire évoluer la distribution des activités médicales en son sein et favoriser à terme sa rénovation. Les échanges que la mission a pu avoir avec les cabinets d'architectes et les assistances à maîtrise d'ouvrage ont permis de mettre en exergue la nécessité d'intégrer cette perspective dès la conception architecturale des bâtiments. Il en est de même de l'urbanisme hospitalier nécessitant de préserver des réserves foncières permettant à terme l'évolutivité du site hospitalier en accueillant si nécessaire de nouvelles constructions, ce que pointe également les professionnels du bâtiment.

³⁴ Selon la base Oscimes, en toute première analyse, le ratio surface utile/surface totale est plus favorable pour les opérations lancées en conception/réalisation.

4 La problématique de la maîtrise d'ouvrage par les établissements publics : des directions souvent fragiles face à des processus complexes

[341] Les parties prenantes auditionnées par la mission, aussi bien le CSIS, l'ANAP que les ARS ou les organisations représentant les établissements publics ou encore les entreprises du secteur immobilier (architectes, assistance à la maîtrise d'ouvrage, secteur du BTP) ont souligné le rôle crucial d'une maîtrise d'ouvrage organisée et dotée des compétences appropriées pour conduire le projet et dialoguer avec les acteurs internes et externes.

[342] Les maîtres d'ouvrage hospitaliers (MOA) ne sont pas des spécialistes de l'acte de construire. Ils peuvent s'entourer des compétences en assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) et assistance technique à maîtrise d'ouvrage (ATMO), procéder à une revue des pratiques récentes et partager des expériences avec d'autres MOA au sein de l'ANAP ou d'autres organismes. Les grands donneurs d'ordre hospitaliers (CHU, CH de grande taille) sont plus susceptibles de disposer des compétences appropriées mais pas toujours. Les gouvernances des petits CH savent la nécessité de s'entourer mais leur choix de prestataires n'est pas sans risque sur le plan qualitatif.

[343] Une structure spécialisée dans la maîtrise d'ouvrage serait-elle pertinente pour les investissements hospitaliers ? Disposer d'une MOA spécialisée pourrait être pertinent dans la mesure où c'est un métier qui nécessite des compétences, de l'expérience dans la conduite d'une organisation de projet et de maîtrise de plusieurs processus séquentiels mais aussi simultanés.

[344] Une spécialisation thématique permet de capitaliser sur l'expérience sur les différents « objets » réalisés. Un opérateur à vocation multiple permet d'accroître la masse critique de compétences et théoriquement d'avoir un dialogue plus équilibré avec les acteurs de l'architecture et du BTP.

[345] Les exemples développés ci-après (agence publique de l'immobilier de la justice-APIJ, établissement public d'aménagement universitaire de la région Ile-de-France-EPAURIF) montrent un chemin possible sans toutefois prescrire un modèle uniforme qui serait mis en échec compte tenu de la taille du patrimoine hospitalier français et de la nécessité de positionner le curseur entre masse critique et opérateurs à taille humaine pour conserver ou retrouver une agilité décisionnelle.

[346] La vraie force est de capitaliser avec des référentiels de programmation à forte valeur opérationnelle en s'appuyant sur les retours d'expérience et d'assurer une veille sur le secteur et les acteurs du BTP.

4.1 Les maîtrises d’ouvrage doivent être professionnalisées pour concevoir des opérations de plus en plus complexes et difficiles à maîtriser

4.1.1 Des maîtrises d’ouvrage faibles et des projets manquant de maturité au départ face à des enjeux complexes de mise au point difficile à maîtriser

[347] Si les CHU, les centres hospitaliers dont le budget d’exploitation dépasse les 200 millions sont dans l’ensemble considérés par les acteurs rencontrés comme pouvant disposer d’une structuration satisfaisante de leur maîtrise d’ouvrage, il y d’une part des exceptions et d’autre part une situation générale assez défavorable de nombreux établissements pour concevoir et piloter des projets même inférieurs au seuil de 100 millions d’euros. Cette situation s’explique par plusieurs facteurs :

- L’expérience de la construction d’une opération d’ampleur est rare dans une carrière hospitalière, quels que soient les métiers à mobiliser (du directeur au médecin en passant par les ingénieurs et les cadres) ;
- Les compétences de gestion de projets complexes se concentrent dans les métropoles et les départements ou région proposant le plus d’opportunités de postes pour ce type de profils ;
- S’agissant des profils ingénieurs travaux, ingénieurs techniques et techniciens, il n’existe pas de filière hospitalière dans les écoles spécialisées et ce domaine est mal connu des jeunes qui y sont formés ;
- La limitation du nombre d’opérations significatives dans les 10 dernières années n’a pas permis l’identification, la promotion et l’essaimage de compétences en nombre suffisant ;
- L’expérience des directeurs devenus chefs d’établissement a été plus orientée vers d’autres directions fonctionnelles que celle des travaux dans un contexte orienté vers la recherche de la performance d’exploitation des hôpitaux (passage à la tarification à l’activité, plans de redressement et d’efficience).

[348] Lors des auditions, il a été souligné que la gestion de projet était imparfaite dès le dépôt des projets lors de leur recensement en 2021 nécessitant un accompagnement plus important que prévu par les ARS ou le CSIS. Le calendrier serré de ce recensement et parfois le manque de sélectivité dans le choix des projets n’ont pu que majorer les risques préexistants concernant le manque de maîtrise du projet par un établissement manquant de compétences et de fait de méthodes.

[349] Cette situation n’a pas permis de retenir de manière plus systématique un mode de dévolution des marchés de travaux qui est réputé capable de maîtriser les délais et les coûts d’une opération, à savoir le marché global de performance (MGP) ou de conception-réalisation (voir encadré ci-dessous).

4.1.2 Un maître d'ouvrage doit être en mesure d'identifier les risques d'une opération

[350] Le pragmatisme de ce choix de dévolution ne doit pas masquer les réalités d'une maîtrise d'ouvrage hospitalière souvent en fragilité si l'on considère, à partir des auditions et de la documentation consultée, l'analyse sommaire des risques à toutes les étapes d'un projet de construction en prenant ici le cas du recours à une procédure MOP.

- **La phase des études préalables (MOA)** doit viser au minimum la production d'un schéma directeur immobilier et technique fondé sur des études urbanistiques, des études de sols, un diagnostic et une projection des liaisons fonctionnelles d'un site, les axes du projet médical et du projet capacitaire et la présentation des grandes alternatives à trancher avec l'énoncé d'un choix : faire ou ne rien faire, rénovation ou restructuration. **A ce stade, les risques sont déjà nombreux** : tentation de la reproduction de l'existant, vision déconnectée du foncier disponible (jusqu'à imaginer un projet sans localisation précise), diagnostics techniques partiels, travail en petit comité avec un engagement relatif de la communauté médicale et soignante, faible soutien syndical voire politique au schéma directeur, vision conservatrice et peu transformante de l'offre. La complexité de cette phase est donc à la fois technique et managériale et nécessite un travail d'élaboration d'**au minimum une année** dans des conditions optimales et bien plus dans les établissements les plus complexes.
- **La programmation** reposant sur la MOA et un programmiste se traduira au terme de **6 à 8 mois** par un livrable : préprogramme puis programme, devant être remis au futur maître d'œuvre (MOE). Il décrit les contours de l'opération : les fonctions à traiter (différentes catégories d'hébergement et de plateaux techniques ou de consultations, secteurs techniques et logistiques, accueils et stationnement), les liaisons à assurer entre fonctions, les valeurs du programme (valeurs d'usage, prise en compte des exigences de la transition écologique), la capacité en lits et places avec leur répartition par pôle, services ou spécialités. Le programme a vocation à être inscrit dans le CPOM et traduit dans le PGFP. **Les risques se cumulent** dans l'hypothèse où le schéma directeur immobilier et technique présente lui-même des insuffisances dans la mesure où il est souvent difficile de trouver un consensus sur le programme. Ce consensus sera recherché localement dans une logique du plus petit dénominateur commun évitant les remises en cause et les négociations difficiles : hypothèses d'activité volontaristes conduisant au surdimensionnement capacitaire et à une pression sur les taux d'encadrement de personnels, à une dérive du ratio SDO/SU au lieu d'une densification et donc d'une diminution du ratio, une sous-estimation des fonctions logistiques et techniques.
- Ces deux premières phases exposent particulièrement les maîtres d'ouvrage aux convictions des sachants locaux et aux influences de leur environnement et afin de les circonvenir, **elles nécessitent un temps de gestion de projet très important** pour définir un cadre de travail posant clairement les enjeux et les limites, pour réunir des connaissances (données et référentiels de bonnes pratiques) permettant de réguler les acteurs professionnels, pour s'articuler avec l'ARS afin de s'assurer des étapes de validation de ces phases initiales de réalisations des « fondations » de tout projet constructif.

- **La phase de concours de maîtrise d'œuvre (MOE) et de passation du marché de MOE est sous la responsabilité du maître d'ouvrage (MOA).** C'est une deuxième épreuve de faisabilité du projet. Elle intervient après celle du PGFP étudié à l'issue de la phase de programmation qui, en moyenne, se déroule sur **4 à 6 mois pour les opérations les plus simples** avec un livrable sous la forme d'une esquisse. Les risques se portent essentiellement sur la capacité d'adhésion de la communauté hospitalière à un choix architectural efficace et maîtrisable en termes de coûts de travaux et d'exploitation, sur le niveau de précision ou de sincérité des estimations de l'économiste de la construction. Le premier point nécessite une organisation incontournable et consommatrice de temps sous la forme d'une commission ou d'un groupe interne d'analyse des esquisses proposées au concours réunissant une représentation suffisante des utilisateurs finaux. Le deuxième suppose une très forte contre-expertise pour éviter le piège des présentations trop favorables pour tenter de leurrer le jury de concours. La composition du jury de concours est ici clé pour assurer une délibération reposant sur un débat contradictoire et une notation s'approchant le plus possible d'arguments objectifs.
- **La phase de conception (MOE) dure de 8 à 12 mois en moyenne** et s'appuie sur les livrables suivants : permis de construire, avant-projet sommaire (APS), avant-projet détaillé (APD), projet, dossier de consultation des entreprises (DCE). Ses risques sont nombreux: surdimensionnement des surfaces de l'ouvrage par le concepteur, changement de programme en cours de conception pour des motivations internes ou exogènes, partis pris coûteux sur les façades, mauvaise appréciation des prix notamment sur les lots techniques, estimations des bureaux d'études trop imprécises allongeant la validation des étapes APS et APD par le MOA, un dossier de consultation des entreprises avec un choix d'allotissement mal adapté aux conditions du marché du BTP.
- **La phase de consultation des entreprises et de passation du ou des marchés de travaux** peut durer **de 2 à 4 mois dans le meilleur des cas** et se concrétise en termes de livrables par les marchés avec les entreprises. Le principal risque de la consultation avec les entreprises résulte d'appels d'offres infructueux pour certains lots, du dépassement des coûts objectifs, du dépassement des délais liés aux appels d'offres infructueux, de marchés souvent oligopolistiques nécessitant un allongement des délais.
- **La phase de réalisation des travaux (MOE et entreprises) dure de 2 à 4 ans pour un bâtiment livré.** Les risques sont extrêmement nombreux et potentiellement cumulatifs : un changement de programmes en cours de réalisation entraînant de nouvelles études de conception et possiblement un arrêt partiel voire total du chantier qu'il faut pouvoir payer, une défaillance d'entreprises en cours de chantier, un manque de supervision du MOE et des bureaux d'études techniques (BET) sur le chantier, un MOA dépassé par l'ampleur des problèmes se cumulant et trop distant du chantier, un dépassement des délais liés aux dérives de chantiers, des avenants pour travaux supplémentaires, des situations précontentieuses.
- **La phase de réception** correspond à la mise en service (MOA) après la livraison et peut se dérouler sur **2 à 3 mois**. Les risques rencontrés sont le prolongement de la phase précédente: un nombre de réserves très élevé retardant la mise en service et prolongeant l'exploitation des locaux historiques de l'établissement (surcoûts possibles), difficulté de faire revenir certaines entreprises pour la levée des réserves une

fois le chantier terminé et d'obtenir les dossiers techniques qui par la suite permettront d'assurer la maintenance.

[351] **Le marché global de performance associe les missions de conception, de réalisation et l'entretien maintenance d'un ouvrage dans un contrat unique** et permet de conduire des projets d'externalisation en coût complet. Le mode en conception-réalisation est préféré par les grandes entreprises du secteur du BTP rencontrées dans la mesure où il apporte une plus grande prévisibilité sur le périmètre de « l'objet » à construire, sur son calendrier et sur la maîtrise des coûts. En effet, ce que craignent les entreprises dans les procédures MOP, ce sont des estimations de coûts trop serrées dans les PTD donnant à la phase des appels d'offres des écarts importants entre l'enveloppe prévisionnelle et les conditions du marché et donc induisant un temps de nouvelles consultations sur un nombre plus ou moins important de lots. Ce type de situation est fréquent et retarde la mobilisation des compétences des entreprises, perturbe leur calendrier de prise de commandes et de réalisations de chantiers.

[352] Pour autant, **ce mode conception-réalisation qui intègre le cabinet d'architectes (MOE) dans un groupement d'entreprises suppose une prise de responsabilité très forte du MOA** dès son choix d'aller vers ce mode de dévolution car il doit négocier, concevoir et contractualiser sur un programme (capacitaire, fonctionnel) qui ne devra plus évoluer. Cela nécessite une forte motivation des parties prenantes internes notamment de la CME qui doit accepter cette rigueur qui présente aussi le bénéfice, au moins en termes de prévision de calendrier, d'avoir une visibilité sur le terme de l'opération.

[353] A lecture des points critiques devant figurer dans ce type de marché, il est aisé de comprendre que certains référents Ségur en ARS puissent exposer des préventions fortes quant à ce mode de dévolution s'ils estiment par ailleurs que la plupart des maîtres d'ouvrage sont ou seront en difficulté pour piloter une négociation interne sur le programme de l'opération de travaux et piloter juridiquement un contrat pour lequel les spécialistes du BTP ont une maîtrise importante au vu de leur expérience dans plusieurs secteurs de la commande publique³⁵. Par ailleurs, la conception-réalisation étant un facteur d'accélération des constructions, un recours plus systématique pourrait présenter une difficulté supplémentaire pour le pilotage de l'enveloppe.

[354] Dès lors, il est constaté que les ARS inciteraient davantage les établissements à s'engager dans la procédure de la loi Maîtrise d'Ouvrage Publique (MOP), les acteurs du BTP rencontrés soulignant que depuis une année cette tendance s'affirmerait au détriment des modes en conception/réalisation, MGS et MGP.

[355] Ce choix de la dévolution selon la loi MOP apporte en effet une possibilité d'intervention régulatrice sur les programmes capacitaires, prédicteurs de coûts d'investissement et d'exploitation. Il permet ensuite des revues à différentes étapes de la procédure notamment pour vérifier l'exactitude des simulations de prix de travaux au regard d'études techniques plus poussées quand une opération vient se greffer sur des infrastructures préexistantes. Sans que cela soit exprimé par les ARS, elle est de nature à permettre un lissage des engagements financiers

³⁵ Un acteur important du BTP français a indiqué à la mission avoir réalisé 210 établissements en 10 ans ce qui situe le niveau d'expérience par rapport à un maître d'ouvrage qui fera au plus 3 à 5 grandes opérations dans sa carrière, ce qui en soit serait un cas de figure exceptionnel compte tenu des cycles en dents de scie des investissements hospitaliers.

dans un contexte où les opérations sont nombreuses et leur coût en fin de travaux plus important que prévue en 2021.

[356] Ce débat sur les modes de dévolution sont très présents dans les instructions tant régionales que nationales. La réponse la plus adaptée non pour trancher entre les différents modes de dévolution de manière systématique en faveur de l'une ou de l'autre mais pour éclairer le choix de la procédure la plus appropriée, est de renforcer les compétences de la maîtrise d'ouvrage afin qu'elle évalue ex ante les risques et les minimisent au regard de la nature et de l'ampleur de l'opération qu'elle doit conduire.

Les points critiques d'un marché global de performance (MGP)

La définition des objectifs de performance : mesurables avec des niveaux d'engagements précis avec des modalités de suivi concrètes et réalistes, traduites dans les stipulations écrites du document contractuel

La durée : doit être fixée en tenant compte de la nature des prestations et de la nécessité de remise en concurrence périodique.

Une approche globale car le MGP mais ne peut être l'addition de plusieurs cahiers des clauses administratives et générales (CCAG) afin de maîtriser les critères de performance attendus.

Les risques afférents au sol ou bâtiments existants nécessitent des études préalables approfondies.

L'obtention des autorisations d'urbanisme notamment.

Le recours contre le contrat permettant à la personne publique de suspendre l'exécution du contrat, de résilier pour faute.

Le régime des causes légitimes fixant les hypothèses dans lesquelles les délais contractuels d'achèvement des travaux peuvent être repoussés (liste limitative des événements, définition précise de ces événements).

La procédure de réception : délais pour procéder aux essais et aux vérifications préalables, motifs de refus de réception (réserves majeures ou bloquantes), définition de la période de levée des réserves.

Causes exonératoires dont la portée doit être précisée.

Les pénalités

Les modifications : précision des conditions dans lesquelles la personne publique peut demander à son cocontractant de lui présenter un devis pour un projet de modification.

Source : note FinInfra ³⁶(juin 2020), retraitement mission

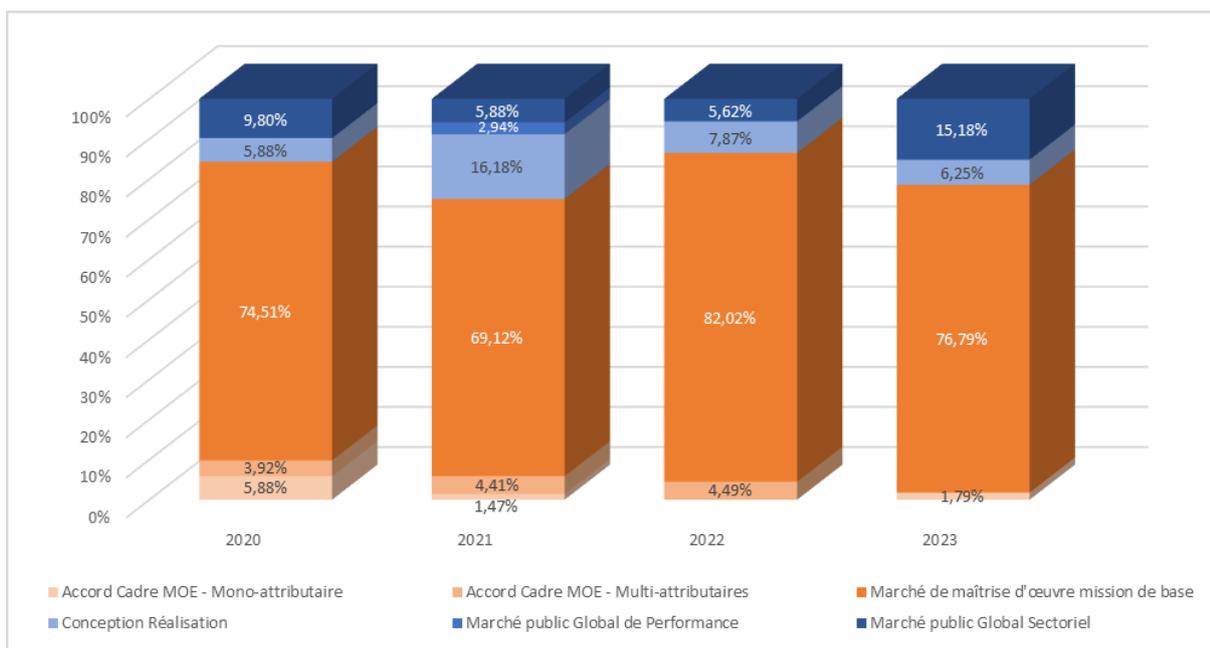
³⁶ Fin Infra est un service à compétence nationale rattaché à la direction générale du Trésor qui conseille les entités publiques dans la conduite de leurs projets d'investissement dans le but d'optimiser la structuration juridique et financière, notamment quand elles choisissent de recourir à un contrat global ou qu'elles font appel à un financement externe (dettes bancaires, fonds propres).

[357] Certains MOA ont opté pour un MGS pour la réalisation de leur projet à l'exemple du CH d'Argenteuil pour un contrat portant sur 235M€H.T ou le CHU de Rennes avec une opération à 150 M.H.T. Ces opérations ont pour caractéristique dans de nombreux cas de correspondre à un programme autonome sans connexion majeure avec un existant.

[358] Au vu des données de la Mission interministérielle pour la qualité des constructions publique, la loi MOP est bien le mode de dévolution largement majoritaire dans les choix des établissements de santé même si les MGS semblent augmenter sur la dernière période mais sur un faible échantillon.

Modes de dévolution des établissements publics de santé entre 2020 et 2023

Sur la période, les marchés globaux et de conception-réalisation représentent une part variable allant de 13 à 25 % du nombre total des opérations engagées. L'année 2021 présentant un volume conséquent de procédure pour conclure des marchés de conception-réalisation représentant plus de 16 % des procédures engagées. L'année 2023 est quant à elle marquée par une forte augmentation du nombre de marché globaux sectoriels qui totalisent plus de 15 % du nombre des procédures.



Cependant, l'échantillon du volume des opérations menées par des établissements des santés pour leurs activités de MCO et SMR est constitué de peu d'opérations, représentant moins de 3 % du volume total des opérations engagées toutes maîtrises d'ouvrage confondues. La comparaison des années entre elles sur les seuls établissements de santé permet de voir l'évolution de l'activité mais n'est pas suffisamment significative pour établir une tendance générale.

Source : Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques

4.1.2.1 Les risques de manque de maîtrise calendaire de projets aux périmètres instables

[359] Les ARS comme les MOA sont parfois confrontées à un temps de latence important avant de pouvoir stabiliser un programme capacitaire compte tenu des équilibres internes d'un établissement. Un consensus « par défaut » risque alors d'être recherché portant sur des capacités trop largement dimensionnées dans une sorte de projection de l'existant sans renouvellement profond des approches tenant compte tant des évolutions de prise en charge que les meilleures pratiques ou les technologies pourraient inspirer. Pour dépasser les effets de convictions des « sapiteurs internes », certaines ARS peuvent mobiliser les experts du CSIS, parfois ceux de l'ANAP. A ce stade, cette expertise du CSIS a concerné peu d'opérations sous pilotage régional.

[360] La reproduction de ces situations de surdimensionnement à l'échelle d'une région puis au niveau national ne peut être approché que de deux façons, soit par le suivi du coût moyen des opérations entre 2021 et 2023 avec le biais majeur du renchérissement des prix de construction, soit par l'analyse de la base OSCIMES (voir encadré) qui présente le biais de n'avoir pas un suivi en temps réel des prix obtenus car les établissements de santé ne la renseignent pas de manière systématique contrairement aux établissements médicosociaux pour lesquels c'est une obligation.

[361] Selon les sociétés du BTP, les projets conclus en conception-réalisation comportent 15 % de surfaces dans œuvre (SDO) en moins pour la même surfaces utiles (SU) par rapport à des projets conçus en MOP. Cette réduction de la SDO entraîne un coût de réalisation du bâtiment 15 % moins cher et un coût de maintenance réduit de 10 à 15 %. Le constructeur explique cet écart par une optimisation dont le mandataire de groupement³⁷ est responsable dans le cadre de la mise au point du PTD. Partant du principe que le prix dépend de la SDO, l'architecte intégré et l'entreprise vont rechercher les solutions permettant d'améliorer le ratio SDO/SU.

La base OSCIMES administrée par l'ANAP en partenariat avec la conférence des directeurs généraux de CHU et les Hospices Civils de Lyon

Créée en 2011 avec la conférence des DG de CHRU, la base de données nationale OSCIMES® a été refondue en 2023 et référence aujourd'hui 171 opérations immobilières et 3,4 millions de m². A la fin de 2024, il est prévu que le nombre de projets référencés puisse doubler.

L'Observatoire Immobilier de la Santé OSCIMES est le seul outil public permettant de partager les coûts de différents projets immobiliers en santé. Retravaillé pour appuyer les simulations de coûts prévisionnels, il est accessible à tous les publics.

La base permet d'accéder à la présentation architecturale des projets enregistrés et de faire des simulations pour de nouveaux projets notamment avec l'outil de dimensionnement et d'estimation des coûts de construction.

Les opérations présentées intègrent les montants des coûts de travaux qui sont repartis par secteur fonctionnel, par corps d'état et par m², la *durée des opérations par phase en fonction du statut de l'établissement, du montage juridique.*

³⁷ Un mandataire dans un marché public représente l'ensemble des membres du groupement vis-à-vis de l'acheteur et coordonne les prestations des membres du groupement.

Le calcul des coûts de construction s’opère à partir des ratios anonymisés résultants des opérations intégrées dans la base de données.

Source : ANAP

[362] Les deux constructeurs rencontrés ont souligné que les opérations en conception-réalisation (CR) présenteraient plusieurs avantages, quel que soit le secteur concerné : des variations de prix moins importantes en conception réalisation qu’en MOP, 4 fois moins de retard et pas de défaillance d’entreprises compte tenu de la prévisibilité du chantier et de son calendrier.

[363] Pour un projet de 50 000 m² SDO, l’ANAP estime qu’une opération en CR permet un gain minimum de 30 mois sur le calendrier total d’une opération. Les entreprises de BTP estiment ce **gain entre 11 et 23 mois pour un projet de complexité moyenne pour un budget de 50 M€.**

[364] Si les opérations du Ségur étaient majoritairement réalisées selon une procédure Loi MOP, les aléas mentionnés supra majoreraient encore le calendrier d’exécution du plan Ségur.

[365] La fragilité des MOA est un facteur explicatif des délais d’instruction mais aussi des délais de réalisation qui conduisent à poser pour le moyen et long terme la question de la maîtrise d’ouvrage déléguée telle que d’autres secteurs publics ou d’autres pays peuvent la pratiquer (cf. annexe 7).

[366] A court terme, la pente prise concernant la majoration des périmètres introduit non seulement du flou sur les délais d’instruction et les délais de construction mais aussi des incertitudes sur la capacité des établissements à maîtriser leur trajectoire financière.

4.2 Renforcer la maîtrise d’ouvrage : quelques exemples de maîtrise déléguée dans d’autres secteurs ministériels

4.2.1 L’agence publique pour l’immobilier de la Justice (APIJ)

[367] Créée il y a trente ans, l’Agence publique pour l’immobilier de la justice (APIJ) **est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de la Justice et du ministère de l’Action et des Comptes publics.** Elle a pour mission de **construire, rénover, et réhabiliter** les palais de justice, les établissements pénitentiaires, les bâtiments des services de la protection judiciaire de la jeunesse, et les écoles de formation du ministère, en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d’outre-mer.

[368] Le programme immobilier pénitentiaire est ambitieux avec la création de 15 000 places de prison supplémentaires sur dix ans. La Chancellerie porte également une ambition de renouvellement architectural et fonctionnel de ses établissements pénitentiaires.

[369] Dès lors, pour le compte de sa tutelle, **l’Agence assure un rôle d’opérateur immobilier et de maître d’ouvrage de plein exercice en intervenant sur la définition de nouveaux programmes immobiliers** – en collaboration avec les directions centrales ministérielles – ainsi que sur des problématiques liées à l’immobilier : maîtrise du coût de la construction, politique d’assurances, développement durable, et exploitation-maintenance. Elle conduit également les recherches et acquisitions foncières pour le compte de la Chancellerie.

[370] **La Chancellerie conserve ses prérogatives essentielles relatives à la décision d'investir, la fixation des données de cadrage stratégiques, l'approbation des projets et le contrôle** des conditions de réalisation des missions confiées à l'Agence. Ces dernières s'exercent notamment par l'approbation des décisions du conseil d'administration et de la tutelle de l'établissement public.

[371] En amont de ses compétences de maître d'ouvrage pour le compte du ministère, l'Agence est également un acteur de premier rang pour la gestion des acquisitions foncières et des procédures associées (déclaration d'utilité publique, expropriation...). Les deux fonctions de maîtrise d'ouvrage et d'opérateur foncier favorisent la maîtrise des délais de réalisation des opérations et la lisibilité de l'action de l'Agence.

Une agence de maîtrise d'ouvrage disposant de compétences spécialisées

[372] L'APIJ est donc spécialisée dans la MOA pure sans maîtrise d'œuvre intégrée, modalité pouvant exister dans d'autres services. Elle agit donc exclusivement pour compte de tiers (Administrations pénitentiaires/services déconcentrés y compris pour les projets concernant l'Outre-Mer qui sont pilotés depuis le siège). Son plan de charges est de l'ordre de 50 opérations pour environ 7 milliards et demi d'euros en coût global projetés des opérations vivantes en cours de livraison.

[373] Elle dispose d'un plafond d'emplois à 173 EPTP en croissance de 25 % de manière récente afin de mettre à niveau ses équipes au regard du plan de construction d'établissements pénitentiaires. Se pose aussi pour l'APIJ la question de l'attractivité des postes. Les contractuels représentent 35 à 40 % de l'effectif. Les profils peuvent être ingénieurs et architectes, juristes spécialistes de la commande publique et des procédures d'urbanisme,... Le recrutement est compliqué sur tous les profils avec un fort enjeu de fidélisation. Face à la concurrence des acteurs publics (JOP, Grand Paris, région Ile de France, transporteurs publics) et privés du BTP, le cadre de gestion public n'offre pas de perspectives de carrière suffisantes alors que les agents de l'APIJ sont très recherchés.

[374] L'APIJ réalise des opérations de taille et de budget variés. Dans son plan de charge actuel, on note trois établissements pénitentiaires (500 à 1000 places), des services d'adaptation à la sortie- SAS (90 places), des projets expérimentaux d'insertion (IENSSR) : trois établissements de réinsertion avec un cahier des charges national. Le socle programmatique de ces opérations est relativement stable mais présente de nombreux facteurs de complexité en termes de gestion de flux des personnes et des matières avec un impératif de sécurisation active en périmétrique comme à l'intérieur de chaque bâtiment.

[375] **L'Agence compte 15 directions de programme** chargées de mener à bien l'ensemble des projets pénitentiaires et judiciaires confiés à l'Agence par sa tutelle, dont deux sont basées en Guadeloupe pour la conduite des projets sur les deux départements des Antilles.

[376] Les équipes conduisent les opérations depuis les études préalables jusqu'au parfait achèvement, puis au quitus. Composées de chefs de projet, d'un assistant et s'appuyant sur des secrétariats mutualisés, ces équipes sont dirigées par un directeur de programme, lui-même piloté par l'un des cinq directeurs opérationnels. La pluralité des profils au sein d'une même équipe (architectes, ingénieurs, urbanistes, etc.) assure l'expertise nécessaire à la conduite des projets et permet de gérer les opérations à tous les stades.

[377] En appui aux directions de programme, trois directions déploient leur expertise très en amont, en phase d'études, au fil des étapes des projets, puis en post-réception via l'organisation d'audits.

[378] **La direction de la programmation et de la prospective (DPP)**, spécialisée dans la programmation architecturale, fonctionnelle et technique des espaces et des bâtiments, **la DPP établit les référentiels de programmation** judiciaire et pénitentiaire en réponse aux souhaits d'organisation fonctionnelle exprimés par le Chancellerie, et conduit toutes les réflexions prospectives dans ce domaine. Elle veille à la bonne prise en compte et à la transmission des évolutions programmatiques dans les projets conduits par les équipes opérationnelles. L'objectif est de contribuer à la maîtrise de la qualité d'usage des espaces et des bâtiments, à l'optimisation des coûts, à l'homogénéité entre les opérations. Elle assure la capitalisation des retours d'expériences.

[379] **La direction de la qualité de la construction (DQC)** sensibilise les intervenants à l'acte de construire en présentant des retours d'expérience et en renforçant les contrôles qualité en phases de conception et exécution.

[380] **Le service foncier et de l'urbanisme** a la charge de la maîtrise foncière, par la voie amiable ou par expropriation, des parcelles d'assiettes des projets pilotés par l'APIJ ainsi que dans la conduite de toutes les procédures administratives nécessaires à la maîtrise du foncier, à la mise en compatibilité des documents d'urbanisme et à l'obtention des autorisations environnementales.

Une agence travaillant en concertation avec de multiples parties prenantes

[381] Elle mène un travail en collaboration avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP), les chefs d'établissements et les acteurs locaux. L'objectif est de contribuer à la maîtrise de la qualité d'usage des espaces et des bâtiments, à l'optimisation des coûts, à l'homogénéité entre les opérations, notamment en capitalisant les retours d'expérience d'opérations achevées. Ces cahiers des charges intègrent des éléments d'évolutivité. Pour chaque projet, une réserve foncière est toujours préservée, des réserves techniques aussi (30 % d'électricité en plus par exemple).

[382] A cet effet, l'APIJ travaille en étroite collaboration avec la Chancellerie, et notamment la direction des services judiciaires et le secrétariat général, les chefs de cours et de juridictions, les futurs utilisateurs, les avocats et tiers-occupants, les administrations locales.

[383] Afin d'assurer la participation des citoyens à l'élaboration des politiques publiques environnementales, le droit français et européen impose au maître d'ouvrage d'organiser une concertation préalable. Cette procédure est organisée en phase dite « amont », c'est-à-dire avant que les études sur les incidences environnementales du projet ne soient terminées.

[384] En termes de gestion et de maîtrise budgétaires, les services de l'APIJ chiffrent les opérations et remontent les alertes à la chancellerie qui alloue les budgets et planifie les opérations. Une trajectoire pluriannuelle est fixée dans le cadre du plan national qui échelonne les dépenses et les crédits de paiement jusqu'à 2030 environ. Il est constaté qu'avec la crise des matériaux, les réajustements budgétaires ont été importants depuis 2 ans. La programmation a dû être rééchelonnée en conséquence. Quand des rallonges sont demandées, elles le sont en conseil

d'administration, négociation avec la direction d'administration centrale et la représentation de Bercy.

Un pilotage par les calendriers et les coûts

[385] Sur les coûts de production des opérations, les outils de modélisation de l'agence sont estimés robustes et un comité d'audit avec la présence de personnalité qualifiée sera mis en place pour évaluer le pilotage budgétaire des agences en 2024-2025.

[386] Des cibles de calendriers sont fixées opération par opération, de manière plus précise que le calendrier global de 2027 annoncé. Le principal aléa rencontré est lié aux contentieux sur les implantations d'établissements pénitentiaires. De fait, l'APIJ n'est pas en mesure de tenir les prévisions initiales ne tenant pas compte de ce type d'aléas. Au final et en moyenne, le délai de travaux est de deux à trois ans pour un calendrier global qui s'échelonne sur 10 ans. Le planning optimisé, c'est 6 ans, à partir de la confirmation de la faisabilité sur site (plutôt 10 ans en règle générale).

[387] En termes de mode de dévolution préférentiellement choisi, pour les établissements pénitentiaires, **la conception/réalisation présente un avantage calendaire avec un seul appel d'offre, ce qui fait gagner six mois à un an**. Mais le chemin critique est en fait lié aux délais d'urbanisme et procédures contentieuses afférentes. En amont des opérations, l'agence a capitalisé sur un savoir-faire d'exécution très spécifique sur les éléments de sécurisation de site (clôture/sécurité active,...) et sur le programme contractuel pour les constructions neuves en partie répliquable avec des documents de programmation bien établis.

[388] En rénovation, le risque économique en conception-réalisation est plus élevé si certaines contraintes sont découvertes au cours du chantier réalisé en conception-réalisation, aléa pouvant nécessiter des budgets complémentaires. Ce type de situation survient dans des établissements très anciens de grande taille qu'il faut réhabiliter. Un autre inconvénient touche à la gestion des enveloppés car il faut engager sur des périodes relativement courtes (3 ans) 150 ou 200 M€ en autorisation d'engagement (AE).

[389] Pour les palais de justice, l'APIJ doit démontrer la justification à faire pour de la conception/réalisation compte tenu de l'ambition de la Chancellerie de retenir une qualité architecturale réputée plus exigeante en loi MOP. Cela peut concerner notamment le relogement transitoire : conception/réalisation pour le modulaire pour les palais de justice.

[390] A noter que pour les Outre-Mer, certains marchés globaux de production sont retenus pour intégrer le volet de la maintenance car ils présentent l'avantage de sécuriser une entreprise mandataire nationale vs prestataires locaux assez fragiles.

[391] L'APIJ n'a plus recours au mode dévolution en partenariats public/privé (PPP). Concernant la maintenance des établissements pénitentiaires, des prestataires assurent la maintenance dans le cadre de marchés nationaux de maintenance passés directement par le ministère. Des salariés de grands opérateurs y sont présents en permanence et supervisés par le directeur technique de l'établissement et le chef d'établissement.

[392] Une des valeurs ajoutées d'une opération spécialisée dans la maîtrise d'ouvrage est d'assurer une veille sur le milieu du BTP. Le « sourcing » de l'APIJ est assez structuré et lourd. Tous les prestataires sont reçus pour respecter l'égalité de traitement dans la commande publique. Un

format à alléger est en cours de réflexion (réunion trimestrielle, rendez-vous optimisés). Il y a des relations bilatérales avec les majors et certaines ont des référents justice. Les entreprises du BTP peuvent aussi être associées à la réflexion prospective du fait de la capitalisation APIJ.

4.2.2 L'établissement Public d'Aménagement Universitaire de la Région Ile-de-France (EPAURIF)

[393] L'Établissement Public d'Aménagement Universitaire de la Région Ile de France (EPAURIF) a été créé en 2010³⁸. Il a été pensé comme un outil au service du monde universitaire et de la recherche pour accompagner le pilotage de ses projets immobiliers. L'ambition d'élargir son périmètre d'action à l'ensemble des établissements universitaires en Île-de-France pour leur permettre de bénéficier de l'expertise d'étude et de maîtrise d'ouvrage immobilière acquise à l'occasion de la rénovation du campus de Jussieu.

[394] Cette création s'est inscrite dans un contexte de réforme et de plans d'investissements dans les campus : mise en œuvre de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités (dite loi LRU) du 10 août 2007 ; lancement successif par l'État de plusieurs appels à projets visant à favoriser la modernisation des campus (Plan Campus, Programmes d'Investissement d'Avenir).

[395] **L'EPAURIF contribue à la mise en œuvre des schémas d'implantation immobilière pour les activités d'enseignement supérieur et de recherche, incluant les équipements de vie étudiante, sur le périmètre de l'Île-de-France.** Depuis sa création, l'EPAURIF a progressivement élargi le champ de ses missions, accompagnant divers types d'études amont, des études stratégiques aux études de programmation, la maîtrise d'ouvrage de plus d'une cinquantaine de projets de construction ou de rénovation, devenant un acteur important des projets immobiliers universitaires franciliens.

[396] Il intervient à la demande de plusieurs commanditaires possibles : de l'État, d'un établissement public sous tutelle du MESRI ; des collectivités locales ou de leurs groupements : Mairie de Paris, Conseil Régional Île-de-France et, sur autorisation de la ministre chargée de l'enseignement supérieur, à la demande d'autres établissements pour leurs projets dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche.

[397] Ses interventions concernent les domaines suivants : **études et conseils, études préalables, expertises, analyses contractuelles ; outils de pilotage immobilier et ingénierie ; assistance à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégie immobilière ; maîtrise d'ouvrage ou maîtrise d'ouvrage déléguée ou conduite d'opération** : études de programmation, construction, réhabilitation, valorisation ; apport d'expertises transversales : désamiantage, laboratoires, transferts et déménagements complexes... Il assure le pilotage d'une grande variété d'opérations : en 2020, son portefeuille de projets couvrait une soixantaine de projets en appui d'une trentaine d'universités et de grandes écoles.

[398] L'EPAURIF intervient donc pour le compte des établissements d'enseignement ou de recherche pour tout ou partie des missions de maîtrise d'ouvrage immobilière. Il organise et pilote l'intervention de divers prestataires (programmistes, architectes, bureaux d'études, entreprises

³⁸ Le décret du 26 août 2010 a transformé l'EPCJ - Établissement Public du Campus de Jussieu – en l'EPAURIF, avec prise d'effet au 1er septembre 2010.

de bâtiments) pour réaliser les études ou les projets immobiliers qui lui sont confiés. Son champ d'intervention s'étend depuis le pilotage des études stratégiques en amont jusqu'aux phases travaux pour la construction ou la rénovation de bâtiments, voire aux phases de transferts et déménagements en aval.

[399] Cet établissement public³⁹ a capitalisé sur l'expérience de nombreux chantiers conduits depuis 2006. Les constructions sont réalisées de manière adaptée aux programmes, aux sites et en partenariat avec les acteurs locaux, y compris les collectivités locales pouvant participer au financement et aux réflexions d'urbanisme voire à la maîtrise d'ouvrage (région, Ville de Paris).

[400] L'activité de l'EPAURIF est organisée à partir de 3 directions : la Direction du Développement et de l'Immobilier (DDI) ; la Direction de la Construction (DC) ; le Secrétariat Général (SG). Il emploie 80 salariés. Les compétences et expertises des personnels sont reconnues et contribuent à professionnaliser la maîtrise d'ouvrage immobilière dans le domaine universitaire.

Les chiffres-clés de l'EPAURIF

Nombre de salariés : 80 avec 17 recrutements en 2023

Nombre d'opérations en cours : 33 en phases études, 19 en phases chantier

Nombre de maîtres d'ouvrage partenaires : 27

Surfaces financières des opérations : 3,23 Mds€ dont 1 Md€ pour des opérations sous mandat de maîtrise d'ouvrage déléguée

Dépenses pour les projets immobiliers en compte de tiers : 149,5 M€ (+123 % entre 2021 et 2023)

415 marchés notifiés

1056 entreprises travaillant avec l'EPAURIF

Délai global de paiement des entreprises : 24 jours

[401] L'EPAURIF est confronté aux difficultés habituelles du secteur. Comme pour la société québécoise d'infrastructures (SQI) et l'APIJ, la première d'entre elles concerne le recrutement et la fidélisation des compétences du fait d'une rotation élevée des effectifs et d'une forte concurrence sur les profils les plus expérimentés et les plus spécialisés. Les enjeux d'attractivité et de maintien des compétences posent la question de la transmission et de la capitalisation des savoir-faire. L'établissement a également souligné dans son COP que le pilotage des risques ne couvrait pas tous les domaines : « *les entreprises prestataires ne sont pas suffisamment évaluées et les retours d'expériences formalisés, les incidences calendaires potentielles de certains risques ne sont pas suffisamment prises en compte* ».

³⁹ L'EPAURIF s'est également investi dans la mise en place d'un « **Institut de la Maîtrise d'Ouvrage** » (IMOA), association créée en mars 2021. L'IMOA est composé de 11 membres co-fondateurs, aux côtés de l'Agence publique pour l'immobilier de la Justice (APIJ), l'Opérateur du patrimoine et des projets immobiliers de la Culture (OPPIC), le Service d'infrastructures de la Défense (SID), Réseau de Transport de l'Electricité (RTE), SNCF Réseau, la RATP, la Société du Grand Paris (SGP), l'Institut de la Gestion Déléguée, les Conseils Départementaux des Yvelines et des Hauts-de-Seine.

[402] L'AMO nécessite une coordination forte, régulière et une communication précise sur les difficultés rencontrées tant dans les phases d'études que dans les phases chantier afin que le maître d'ouvrage principal en tant qu'utilisateur final doit rester impliqué.

[403] Compte tenu de la diversité des objets à livrer avec des niveaux de complexité pouvant être très importants, l'EPAURIF insiste dans son COP 2021-2025 sur la nécessité de « *mieux piloter les risques opérationnels et organiser les alertes auprès des maîtres d'ouvrage et financeurs* ». Il s'agit pour lui d'amplifier une démarche de gestion des risques déjà mise en œuvre qui s'est principalement concentrée sur la gestion des risques financiers, budgétaires et comptables, à l'échelle de l'EPAURIF. Il a également commencé à étendre cette dimension de pilotage des risques dans le cadre du suivi des opérations immobilières universitaires les plus importantes, dans leurs aspects opérationnel et budgétaire notamment (risques critiques).

[404] Cette approche vise à lui permettre de définir des scénarii de gestion de crise et de mettre en place des démarches conjointes d'anticipation pour éviter que ces risques ne se produisent ou en limiter les conséquences. En particulier, des procédures seront développées pour alerter maîtres d'ouvrage et financeurs des risques de dérive budgétaire des opérations, qu'elles soient liées à des évolutions de programmation à l'initiative des futurs utilisateurs ou à des aléas techniques liés aux chantiers. Selon le rapport d'activité 2023 de l'EPAURIF, 100 % des projets ont fait l'objet d'une analyse de risques. Celle-ci est actualisée pour les opérations et présentée aux maîtres d'ouvrage et financeurs. Cette analyse peut intervenir lors des comités de pilotage de projets au cours desquels il convient de valider une phase particulière de projet avant de passer à l'étape suivante. Ces analyses des risques permettent à la gouvernance de projet d'anticiper les difficultés et d'échanger sur les actions de prévention ou de remédiation à engager.

[405] Dans ce pilotage de la gestion des risques, élément essentiel de sécurisation d'opérations complexes, l'EPAURIF s'est doté en 2023 d'une solution professionnelle de gestion opérationnelle des projets (GOP). 45 opérations ont été basculées dans cette GOP.

Les objectifs de la gestion opérationnelle des projets

- Harmoniser et sécuriser les pratiques en matière de prévisions et d'engagements ;
- Partager les informations calendaires sur les opérations et leurs actualisations ;
- Structurer et partager une information de qualité et à jour sur les prévisions pluriannuelles de dépenses (en autorisations d'engagement et en crédits de paiement) et sur l'exécution financière des opérations ;
- Renforcer le pilotage de la trésorerie en rapprochant les chroniques actualisées de dépenses et les prévisions d'appels de fonds.

4.3 Pour le secteur hospitalier, il est proposé de renforcer la place des GHT et les filières d'ingénieurs spécialisés

[406] Des chefs d'établissement et des ingénieurs hospitaliers isolés ne peuvent conduire dans de bonnes conditions une opération majeure de plus de 10 millions d'euros sans recourir à des assistances à maîtrise d'ouvrage et des ATMO. Compte tenu de la très forte sollicitation, ces sociétés ne sont pas toujours en mesure de répondre dans les temps et avec la précision nécessaire à leurs besoins. L'expertise technique est mieux développée dans des établissements disposant d'une masse critique de compétences pour traiter les différents aspects de sciences de l'ingénieur ou de la commande publique.

4.3.1 Pour renforcer les maîtrises d'ouvrage, les GHT constituent une voie à encourager

[407] Il serait opportun d'étudier la possibilité de **confier aux groupements hospitaliers de territoire ou à des consortiums de GHT des services mutualisés d'assistance à maîtrise d'ouvrage voire de maîtrise d'ouvrage déléguée** afin de sécuriser les chefs d'établissements dans leurs opérations.

[408] Deux raisons principales invitent à explorer cette piste.

[409] La première est que les établissements support de GHT disposent a priori d'équipes techniques plus solides du fait de leur taille contrairement aux établissements « périphériques » des groupements. La perspective d'une MOA portée par les établissements support constituerait par ailleurs un prolongement naturel à la centralisation de la fonction achat d'ores et déjà effective au sein des GHT, la fonction achat étant également mobilisée sur les opérations immobilières (travaux notamment).

[410] La seconde raison, peut-être plus fondamentale, réside dans l'ambition du plan Ségur de faire coïncider projet immobilier, projet médical et projet de territoire. A l'échelle du GHT, cela se traduit par la nécessité de faire converger le projet médical soignant partagé (PMSP) avec les opérations immobilières qui doivent en découler, comme cela a pu être partagé lors des entretiens conduits par la mission, par exemple avec la conférence des présidents de CME des CHU.

[411] Or, les GHT constituent un « impensé » du Ségur, la circulaire « fondatrice » du 10 mars 2021 n'ayant pas inscrit les GHT comme levier d'élaboration des projets d'investissements. Dans les faits, certaines ARS ont pu solliciter l'avis des établissements supports de groupement pour valider les projets proposés par les établissements « périphériques » voire recenser les projets à cette échelle, mais cette pratique n'a pas été généralisée et les délais pour bâtir la stratégie régionale avant l'échéance d'octobre 2021 n'a pas favorisé ce mode de concertations avec des annonces intervenues très rapidement. A minima, les conférences auditionnées comme les ARS n'ont pas cité cet exercice comme un élément marquant du processus qu'aucun texte ne prescrivait.

[412] **Dans cette perspective, quelques ARS financent d'ores et déjà la constitution d'équipes projets multi établissements au niveau du GHT.**

[413] La Normandie a publié en mars 2024 un appel à manifestations d'intérêt visant à identifier un ou plusieurs établissements de santé support en mesure d'apporter un appui technique aux maîtres d'ouvrage porteurs d'un projet Ségur, partant du retard constaté dans le calendrier initial de réalisation des projets et de la difficulté des établissements à constituer des équipes projets stables et suffisamment compétentes pour assurer une maîtrise d'ouvrage efficace. Cet appui est attendu tout au long du projet d'investissement, en phase de programmation avec appui à l'élaboration du schéma directeur, du pré programme et du programme technique détaillé, en phase études, pour la préparation de la consultation et l'attribution des marchés de travaux et enfin pour le suivi des opérations de construction. Les établissements retenus se voient donc une mission de conseil et d'assistance du maître d'ouvrage dans ses choix à chacune des étapes du projet d'investissement. Il devra apporter au maître d'ouvrage son expertise et son expérience acquise dans la conduite d'opérations d'investissement d'envergure au cours des 5 dernières années. Les établissements retenus bénéficient d'un financement en ce sens de l'ARS.

[414] L'ARS Auvergne Rhône Alpes a également choisi de financer quelques établissements support de GHT pour que la maîtrise d'ouvrage des projets Ségur soit assurée à leur niveau.

[415] Au-delà de ces initiatives régionales, de manière plus volontariste, une évolution de la réglementation pourrait attribuer à l'établissement support de GHT cette compétence de maîtrise d'ouvrage élargie à l'ensemble du groupement.

[416] La mission considère que cette perspective est à envisager car cela permettrait d'appuyer les maîtrises d'ouvrage de l'ensemble des établissements du support du groupement et de sécuriser ainsi les opérations et les calendriers. La mission note toutefois à l'appui de ses entretiens que les équipes des établissements supports devraient souvent être renforcées à cette fin car rares sont celles à pouvoir embrasser ce nouveau périmètre de compétence à moyen constant. Cette évolution favoriserait une approche territoriale des investissements et s'inscrirait en toute logique avec les fonctions d'ores et déjà mutualisées en GHT que sont les achats, notamment de travaux, et les ressources médicales.

[417] Par ailleurs, **chaque GHT devrait élaborer un schéma directeur territorial technique et immobilier (SDTTI)**, charge à l'établissement support d'animer le processus avec des garanties de méthodologie et de concertation obéissant à un cahier des charges que l'ANAP pourrait élaborer.

[418] Ce SDTTI comprendrait une analyse de l'existant tant en termes d'urbanisme que de constructions ou d'infrastructures techniques essentielles avec un contenu exprimant non seulement les besoins bâtimentaires pour continuer les missions de soins de chaque établissement mais aussi des valeurs programmatiques. La question de l'urbanisme devra être traitée avec soin afin d'éviter les tendances à la saturation des sites par ajout successif de construction car dans la logique de la transition écologique et du développement durable, un schéma directeur devrait réserver en permanence une réserve foncière et prévoir les surfaces foncières à libérer par destruction des bâtis obsolètes et non réhabilitables. En effet, il est nécessaire de sortir autant que possible des situations où le blocage des possibilités d'évolution d'un site conduit à la justification d'une reconstruction complète coûteuse et problématique du point de vue de l'artificialisation des sols et de la consommation de ressources.

[419] L'ANAP est en cours d'élaboration d'un guide sur les bonnes pratiques d'élaboration des schémas directeurs techniques immobiliers valant pour les établissements comme pour les territoires couverts par les GHT.

[420] Par ailleurs, le Ministère pourrait fédérer une expertise pour assurer une mission de veille, de capitalisation et de recommandations sur des lignes directrices d'organisation sanitaire pouvant orienter les travaux des stratégies régionales d'investissement sous la responsabilité des ARS et ceux des SDTTI sous la responsabilité des GHT.

4.3.2 A l'image d'autres opérateurs, de manière subsidiaire et expérimentale, la maîtrise d'ouvrage pourrait être déléguée à un opérateur national ou régional

[421] Comme indiqué supra au point 4.2, des opérateurs ministériels comme l'APIJ (justice) ou l'EPAURIF (universités d'Ile-de-France) ont structuré la maîtrise d'ouvrage et le pilotage opérationnel de programmes immobiliers à l'échelle nationale ou régionale. Le ministère des armées qui dispose d'un patrimoine disparate et nombreux a également structuré sa stratégie à travers la création d'un service interarmes du service infrastructure de la défense (SID) qui dispose d'une direction centrale en charge de la planification des investissements avec le secrétariat général à l'armement et de sept Etablissements régionaux (ESID) en charge du pilotage opérationnel des projets.

[422] **Les comparaisons développées ci-dessus montrent un chemin possible sans toutefois prescrire un modèle qui serait mis en échec compte tenu de la taille du patrimoine hospitalier français et de la nécessité de positionner le curseur entre masse critique et opérateurs à taille humaine et favoriser la pleine conformité des constructions avec le projet médical et de territoire.**

[423] D'après le collège des directeurs généraux, certaines ARS s'interrogent sur l'opportunité, en fonction de leur contexte local et pour les projets les moins avancés, de soutenir voire substituer à la maîtrise d'ouvrage d'établissement de telles structures.

[424] Sans que cette délégation ne soit bien entendu systématique, **un maître d'ouvrage délégué national, rattaché par exemple auprès de l'ANAP pourrait proposer aux ARS et aux établissements de prendre en charge certaines opérations.**

[425] Consultée sur ce point, l'ANAP considère qu'elle pourrait être en mesure de développer cette offre de service en étoffant son pôle immobilier. Une phase d'expérimentations serait probablement nécessaire avant de déployer plus avant ce mode de fonctionnement.

[426] **Cette maîtrise d'ouvrage déléguée pourrait également être proposée à l'échelle régionale** comme le suggèrent également les DG d'ARS. Cependant, la mission n'identifie pas de structures existantes susceptible de développer une telle offre mise à part peut-être la Mission d'Appui à la Performance des Etablissements et Services sanitaires et médico-sociaux (MAPES) dans les Pays de la Loire qui dispose d'une offre dans le domaine immobilier et de la transition écologique qu'il conviendrait de développer en ce sens.

[427] **Au terme de ses investigations, la mission considère que la voie à privilégier, compte tenu de la structuration hospitalière, est celle des GHT** pour permettre une professionnalisation des maîtrises d'ouvrage sur le territoire et sécuriser les opérations Ségur. Elle n'exclut pas pour autant le développement de maîtrise déléguée au sein de structures nationales ou régionales mais de manière subsidiaire aux GHT.

4.4 Conforter l'ingénierie hospitalière

[428] L'ensemble des entretiens convergent vers la difficulté de recruter des ingénieurs disposant d'une connaissance approfondie du secteur hospitalier pour mener à bien les projets d'investissements immobiliers.

[429] Au niveau de **l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)** que la mission a pu rencontrer, **les enseignements intègrent déjà des modules sur les opérations de construction (conception et travaux) mais ils auraient vocation à être développés** à la fois pour renforcer les compétences des directions des établissements, notamment en formation continue au moment où les équipes de direction sont confrontées à une grosse opérations de travaux, et pour renforcer la filière d'ingénierie hospitalière.

[430] En formation initiale, l'EHESP fait état de modules organisés pour la filière directeur d'hôpital, D3S et AAH avec des apports sur la conduite d'une opération de travaux qui constituent « des fondamentaux et des repères pour aborder toute opération de travaux ». Ces enseignements sont également proposés en formation d'accès à l'emploi (FAE).

[431] Les enseignements portent notamment sur la compréhension des enjeux et risques d'une opération de travaux (programme, acteurs, calendrier), les compétences d'une assistance à maîtrise d'ouvrage, les clauses contractuelles dans les marchés de travaux, le programme d'une opération de travaux, les acteurs et la conduite d'une opération de travaux, les marchés de maîtrise d'œuvre et de travaux. A noter que la question des GHT est intégrée dans ces modules : les programmes de formation intègrent des réflexions relatives à la construction de de directions des opérations à cette échelle territoriale.

[432] **Les ingénieurs hospitaliers bénéficient également d'enseignements à l'EHESP dans le cadre d'une formation d'adaptation à l'emploi (FAE).** Néanmoins, l'EHESP souligne que celle-ci est assez courte, englobe un grand nombre de sujets (achats, logistiques, biomédical) en parallèle des opérations de travaux et ne bénéficie qu'aux ingénieurs titulaires de la fonction publique hospitalière qui ne sont plus majoritaires dans les établissements par rapport aux contractuels. Pour ces derniers, l'EHESP considère qu'ils devraient pouvoir bénéficier systématiquement de cette formation d'accès à l'emploi et que celle-ci mériterait d'être complétée sur les opérations de construction.

[433] Pour vivifier le recrutement d'ingénieurs hospitaliers, l'EHESP serait par ailleurs favorable à un partenariat avec de grandes écoles du BTP pour permettre à des ingénieurs de se spécialiser sur les métiers hospitaliers pour ceux, a priori nombreux, intéressés par le secteur de la santé mais qui ne s'orientent pas vers celui-ci faute de filière structurée. L'école propose de mettre ce point à l'ordre du jour de la conférence des grandes écoles. Des travaux entre l'EHESP et l'école nationale des travaux publics de l'Etat (ENTPE) avait été initiés.

[434] Les masters peuvent également constituer un moyen de renforcer la formation en ingénierie hospitalière. La question bâtimentaire n'est aujourd'hui qu'une dimension parmi d'autres du mastère spécialisé en ingénierie et technologie de la santé. Un master davantage consacré à la conception et la conduite d'opérations pourrait constituer un axe de développement pour l'école.

[435] L'association des ingénieurs hospitaliers converge avec ces constats et propositions, notamment pour renforcer les formations initiales et d'adaptation à l'emploi.

[436] La structuration du corps des ingénieurs hospitaliers par le décret du 31 janvier 2024 en deux corps constitue par ailleurs une réelle avancée permettant d'aligner les règles sur la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale.

[437] L'association souligne l'enjeu économique des maîtrises d'ouvrage représentant 2 à 3 % du coût total des opérations et les évolutions techniques rendant la maintenance du patrimoine existant de plus en plus complexe et onéreuse (gros entretiens, renouvellement, performance énergétique en vie réelle,...).

ANNEXE 6 : Prise en compte de la transition écologique dans le cadre du plan Ségur

SOMMAIRE

1	La réduction de l’empreinte environnementale des établissements sanitaires constitue un impératif.....	110
1.1	Selon « The Shift Project », l’empreinte carbone du système de santé est évaluée à 8 % des émissions nationales	110
1.2	Le secteur sanitaire doit diminuer ses émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an	112
1.3	La feuille de route du système de santé vise également la neutralité carbone du système de santé à horizon 2050.....	114
2	Il convient de renforcer le pilotage de la transition écologique dans le cadre du plan Ségur..	115
2.1	Au lancement du Ségur, la transition écologique n’a pas constitué un objectif prioritaire	115
2.1.1	La prise en compte de la transition écologique n’a pas été encadrée par les instructions nationales relatives au Ségur	115
2.1.2	L’évaluation du Ségur de l’investissement dans le cadre du plan national de relance et de résilience (PNRR) ne porte pas sur les questions environnementales	115
2.1.3	Le développement durable est davantage présent dans les stratégies régionales d’investissement en santé (SRIS) mais n’a pas constitué un critère déterminant dans la sélection des projets	116
2.2	Des guides relatifs au développement durable ont été développés depuis 2021 mais restent peu prescriptifs.....	117
2.2.1	Les référentiels nationaux en matière de développement durable ne sont pas opposables aux établissements	117
2.2.2	Certaines ARS développent des processus spécifiques.....	120
2.3	L’impact du Ségur sur la transition écologique des établissements devrait néanmoins être positif mais n’est pas quantifiable	120
2.3.1	En l’absence d’objectifs et d’indicateurs communs, l’impact global ne peut être chiffré à ce stade	120

2.3.2	Le Ségur devrait néanmoins avoir un impact environnemental positif compte tenu des réglementations environnementales qui s’appliquent à ces projets, même si les opérations d’investissement s’accompagnent d’une augmentation des volumes des parties techniques.....	121
3	La transition écologique des établissements doit pouvoir bénéficier de sources de financement complémentaires et s’inscrire dans le cadre de la stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique	123
3.1	Il est nécessaire de mobiliser certaines sources de financement complémentaires	123
3.1.1	Il est proposé de construire un programme national de certificat d’économie d’énergie (CEE) pour accélérer les économies d’énergie des établissements sanitaires....	123
3.1.2	Le dispositif d’Intracting de la Banque des territoires a ponctuellement été mobilisé par les établissements pour des travaux inférieurs à 5 millions d’euros	125
3.1.3	Pour des opérations plus lourdes, la Banque des Territoires peut mobiliser des prêts à des taux préférentiels pour le secteur de la santé.....	125
3.1.4	Les contrats de performance énergétique, encouragés par la puissance publique, n’ont pas encore fait leurs preuves auprès des établissements	125
3.1.5	Le nouveau dispositif de tiers financement à paiement différé peut être mobilisé par les établissements.....	126
3.2	Au-delà, il est nécessaire d’inscrire un plan de rénovation des établissements de santé dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique	127
3.2.1	L’ampleur de l’investissement pour la rénovation énergétique des établissements nécessite une étude spécialisée.....	127
3.2.2	Il est nécessaire d’inscrire la rénovation énergétique des établissements de santé dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique.....	127

[438] Les éléments de la présente annexe sont principalement issus du rapport IGAS 2023-102R relatif à l'impact du plan Ségur sur la transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publié en juillet 20224 ([Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux | Igas](#)) auxquels la présente mission a apporté des actualisations et des compléments suite aux investigations et entretiens qu'elle a conduits.

1 La réduction de l'empreinte environnementale des établissements sanitaires constitue un impératif

1.1 Selon « The Shift Project », l'empreinte carbone du système de santé est évaluée à 8 % des émissions nationales

[439] Le think tank « The Shift Project » a estimé, dans son rapport publié en avril 2023⁴⁰, **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 estime que les émissions de ce secteur se situent entre 40 et 61 MtCO₂e, soit 6,6 % à 10 % de l'empreinte carbone de la France.

[440] Cette estimation est cohérente avec celles menées 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-Unis⁴¹.

[441] **Par catégories d'acteurs du secteur, les établissements de santé constituent le premier poste d'émissions :**

- 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.

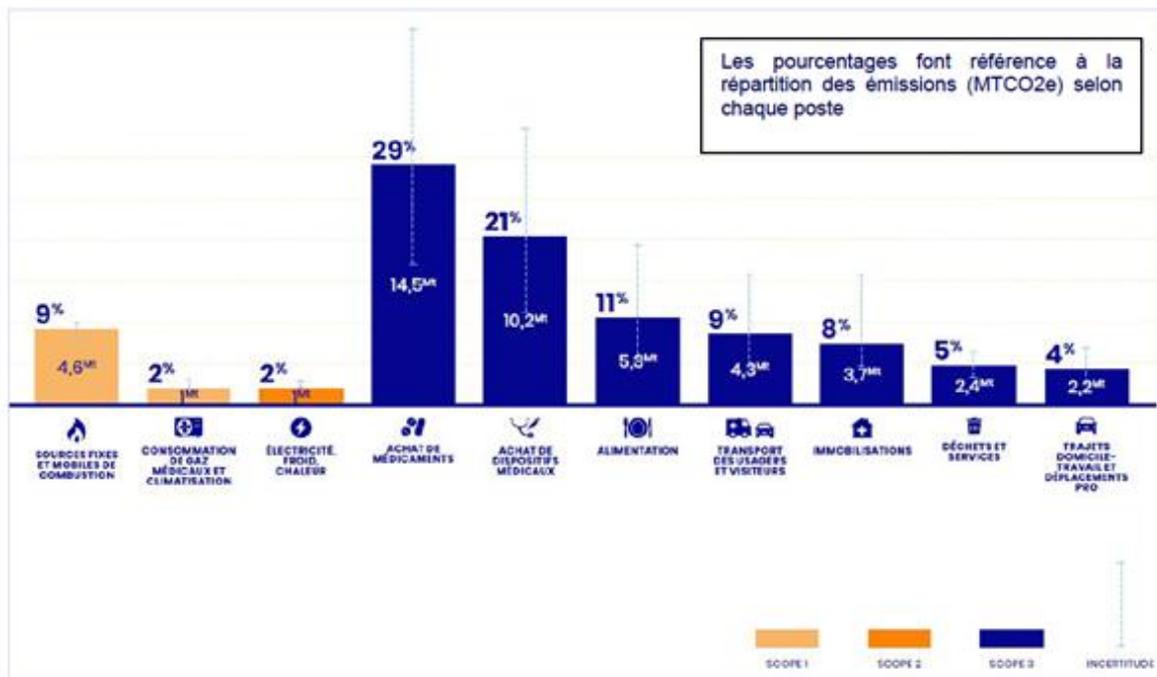
[442] **Parmi ces émissions, celles liées à la construction des bâtiments et à leurs consommations énergétiques une fois mis en service ne représentent qu'une part très minoritaire.** En effet, les émissions directement engendrées par les établissements (scope 1) sont estimées à 11 % des émissions totales et les émissions indirectes liées aux consommations électriques, de chaleur ou de froid (scope 2) sont estimées à 2 %. 87 % des émissions de GES du secteur sanitaire et médico-

⁴⁰ Décarboner la santé pour soigner autrement – Rapport du Shift Project – version 2 – avril 2023.

⁴¹ 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

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). Parmi les émissions indirectes figurent les émissions liées aux immobilisations, dont les constructions (8 %).

Graphique 4 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO2e)



Source : The Shift projet (avril 2023)

Les différentes catégories du bilan carbone

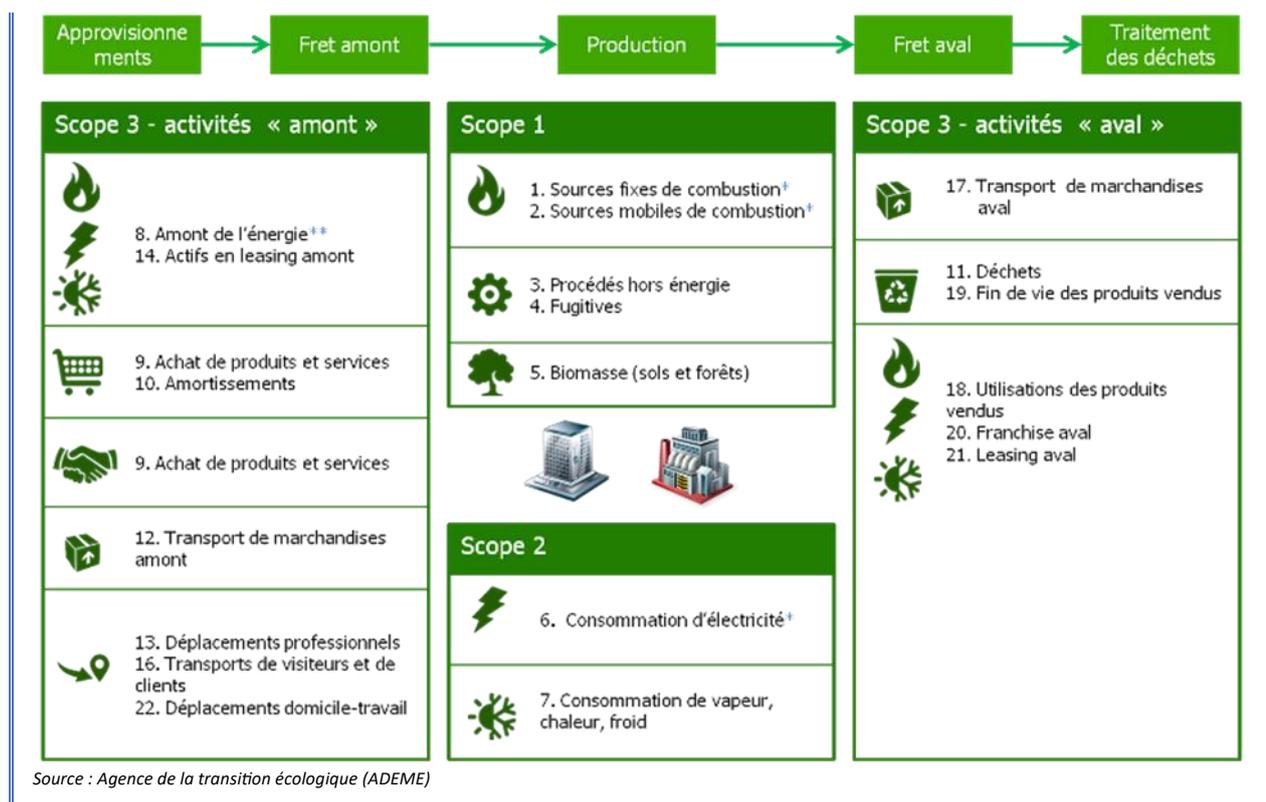
Les émissions de GES peuvent être directes ou indirectes. Elles sont classées en « scope » (ou périmètre). Cette classification est utilisée pour évaluer les émissions de GES dans le cadre d’un bilan d’émission des gaz à effet de serre (BEGES)⁴².

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.

⁴² 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.



1.2 Le secteur sanitaire doit diminuer ses émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an

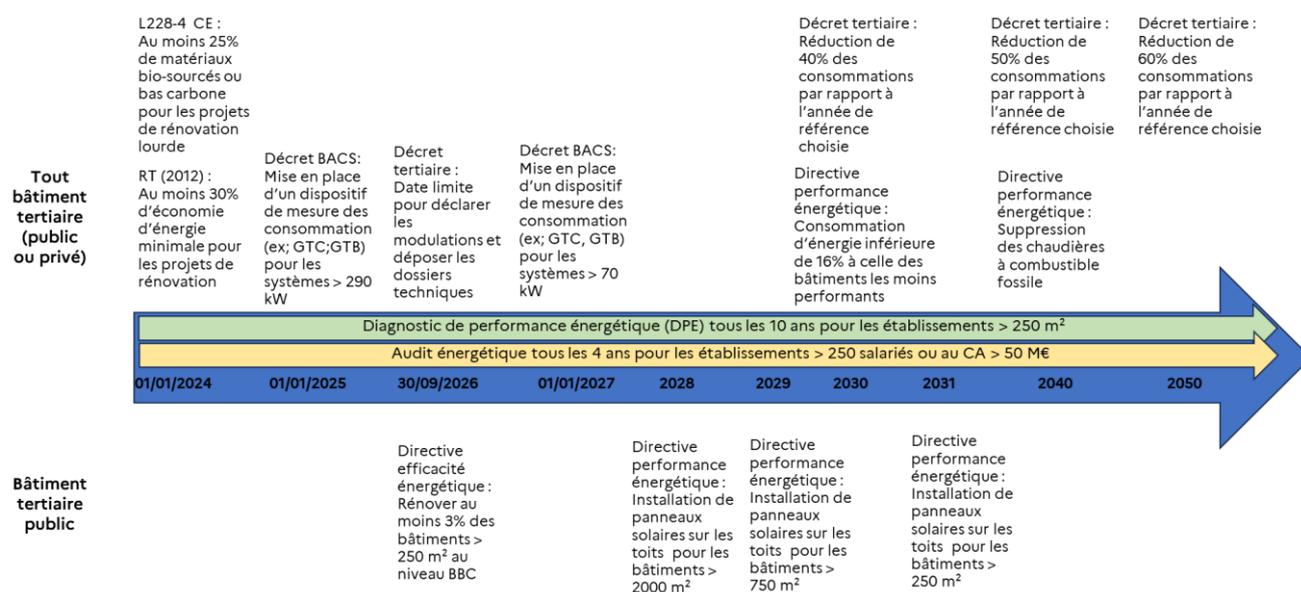
[443] Afin de limiter l'augmentation moyenne de la température mondiale en dessous de 2 °C par rapport aux niveaux préindustriels, en visant 1,5 °C, l'Accord de Paris en 2015 prévoit que la réduction des émissions de gaz à effet de serre en France doit être de 40 % entre 1990 et 2030 et la réduction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

[444] Dans ce cadre, les objectifs portant sur l'exploitation des bâtiments tertiaires, auxquels sont assujettis les établissements de santé, sont les suivants :

- obligation de réduire les consommations énergétiques finales (kWhEF/m²) des bâtiments assujettis de 40 % en 2030, de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050 par rapport à une année de référence choisie entre 2010 et 2019 pour tout bâtiment hébergeant exclusivement des activités tertiaires, publics et privés, supérieurs à 1 000 m² ;
- obligation de s'équiper d'ici le 1^{er} janvier 2027 d'un système d'automatisation et de contrôle des installations techniques des bâtiments et d'appareils de mesure de leurs données de consommation énergétique, pour tous les bâtiments tertiaires d'une puissance nominale supérieure à 70 kW ;

- réalisation d'un diagnostic de performance énergétique tous les 10 ans pour tous les établissements d'une surface supérieure à 250m² ;
- réalisation d'un audit énergétique tous les 4 ans pour les établissements de plus de 250 salariés ou ayant un chiffre d'affaires supérieur à 50 M€ ou la mise en place système de management de l'énergie selon la norme ISO 50001 ;
- suppression progressive des chaudières à combustibles fossiles d'ici 2040, en application de la future directive sur la performance énergétique des bâtiments en cours d'adoption.

Graphique 5 : Chronologie de mise en œuvre des principales dispositions juridiques applicables aux bâtiments tertiaires en matière de performance énergétique



Source : rapport IGAS 2023-102R relatif à la transition énergétique des établissements publié en juillet 2024

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

- La sobriété des usages ;
- le développement des énergies renouvelables et la décarbonation des systèmes de production d'énergie ;
- l'efficacité énergétique du bâtiment :
 - Pour les bâtiments neufs, la réglementation environnementale RE 2020 qui devrait s'appliquer courant 2025 aux établissements de santé constitue la réglementation structurante car elle fixe des objectifs ambitieux sur ces différents volets (cf. infra point 2.32).

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

1.3 La feuille de route du système de santé vise également la neutralité carbone du système de santé à horizon 2050

[446] Une feuille de route pour la planification écologique du système de santé a ainsi été établie en mai 2023, reprenant l'objectif d'une baisse des émissions de 5 % par an pour atteindre la neutralité carbone en 2050. Cette feuille de route vise à accompagner les différents acteurs, notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux, pour se mettre en conformité avec leurs obligations réglementaires et accélérer leur transition dans sept domaines d'actions :

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

[447] Un comité de pilotage, présidé par le ministre en charge de la santé, est 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.

[448] La feuille de route a été traduite dans une convention de planification écologique à la fin de l'année 2023 établissant les engagements des différents membres du comité de pilotage.

[449] Ambitieuse dans ses objectifs, la mise en œuvre de cette feuille de route a fait l'objet d'une seule nouvelle réunion de son comité de pilotage en décembre 2023 depuis l'installation de ce dernier en mai 2023. Une meilleure coordination de ces objectifs propres au système de la santé

avec les travaux interministérielle du Secrétariat général à la planification écologique (SGPE) est également recherchée avec l'intégration prévue du SGPE au sein du comité de pilotage.

2 Il convient de renforcer le pilotage de la transition écologique dans le cadre du plan Ségur

2.1 Au lancement du Ségur, la transition écologique n'a pas constitué un objectif prioritaire

2.1.1 La prise en compte de la transition écologique n'a pas été encadrée par les instructions nationales relatives au Ségur

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

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

[452] Les instructions ministérielles de déclinaison de cette circulaire évoquent le développement durable comme un axe structurant de la politique d'investissement dans les territoires mais sans en définir les modalités opérationnelles de mise en œuvre. A titre d'exemple, la note d'information n° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 relative à la stratégie régionale d'investissement demande aux ARS d'engager, à travers leurs stratégies régionales, la « réduction de la trace environnementale de l'offre de soins dans ses différentes dimensions et prise en compte des contraintes écologiques et sociales de long terme ». Pour autant, aucun objectif ni indicateur n'ont été définis pour cadrer l'action des ARS.

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

[453] A travers la facilité pour la reprise et la résilience (FRR), la Commission européenne met des fonds européens à disposition des Etats Membres pour mettre en œuvre des réformes et des investissements utiles pour préparer notamment la transition écologique.

[454] Le volet Ségur du plan national de relance et de résilience (PNRR), présenté à la Commission européenne en 2021 par le Gouvernement, chiffre à 40 % la part des financements éligibles à la

composante climatique. Les ressources financières mobilisées par le Ségur ont ainsi vocation à concourir à l'atténuation du changement climatique et à l'adaptation à ses effets⁴³.

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

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

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

[457] **Les Stratégies régionales d'investissements en santé (SRIS) adoptées par les ARS en 2021 visent quasiment toutes la question environnementale.**

[458] **En métropole, la transition écologique est affichée comme un principe structurant de la stratégie régionale d'investissement dans la majorité des régions, en parallèle bien entendu des enjeux de transformation de l'offre.**

[459] Neuf ARS métropolitaines sur treize retiennent ainsi cet axe stratégique dans leur stratégie régionale. Dans ces régions, la question de la transition écologique est appréhendée dans ses différentes composantes : consommation énergétique, gestion de l'eau, gestion des déchets, mobilités des personnels et des patients...

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

[461] **En revanche, le développement durable n'a pas constitué un critère prépondérant pour la sélection initiale des projets à accompagner dans le cadre du Ségur.** Selon une enquête menée auprès des ARS dans le cadre du rapport IGAS 2023-102R précité, seule l'ARS Nouvelle-Aquitaine, sur 16 ARS qui avaient répondu au questionnaire, déclarait avoir pris en compte de manière prépondérante ce critère. Les autres ARS indiquaient avoir pris en compte ce critère mais de manière peu prépondérante (9) ou ne pas l'avoir du tout pris en compte dans la sélection des dossiers (6).

⁴³ 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 2022.

2.2 Des guides relatifs au développement durable ont été développés depuis 2021 mais restent peu prescriptifs

2.2.1 Les référentiels nationaux en matière de développement durable ne sont pas opposables aux établissements

[462] Au niveau du SGPI, il n'existe pas aujourd'hui de référentiel interministériel permettant d'évaluer l'impact environnemental d'un projet d'investissement public. Le décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics ne fixe pas précisément d'objectifs de développement durable, notamment en termes d'indicateurs socio-économiques ou de risques à prendre en compte dans les dossiers d'évaluation socio-économique. Le SGPI a pour objectif de préciser les attendus environnementaux dans le cadre des procédures interministérielles d'instruction des projets d'investissements qui lui sont soumis. Un nouveau conseil scientifique relatif aux méthodes socio-économiques a été nommé en juillet 2024. Le premier point de sa feuille de route validée en septembre porte sur l'approfondissement des impacts environnementaux pour une meilleure prise en compte de ces derniers dans les études socio-économiques.

[463] **En l'absence de référentiel interministériel, le CSIS a élaboré un guide relatif au développement durable dès 2022 ([csis_guide_dd_vf-2.pdf](#) ([sante.gouv.fr](#))).**

[464] Ce guide est une grille méthodologique destinée à intégrer les enjeux de développement durable et de responsabilité sociétale des établissements (RSE) dans les projets immobiliers. Il précise de manière très exhaustive un grand nombre d'items, sans qu'ils ne soient priorisés par ailleurs : sobriété et performance énergétiques des bâtiments, empreinte carbone des constructions, résilience des établissements face au dérèglement climatique, gouvernance mise en œuvre dans les établissements. Les attendus sont décrits à chaque stade de validation des projets. Le guide n'engage pas en revanche les établissements sur des objectifs de résultats et ne prescrit pas d'indicateurs chiffrés notamment pour les réductions énergétiques ou d'émissions carbone.

Tableau 4 : 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	<p>Démarche préexistante au sein de l'établissement ou sur le territoire</p> <p>Intégration et cohérence territoriales : état physique et règlementaire du site, étude climatique, risques naturels et technologiques, potentiels ENR, accessibilité, synergies/mutualisation</p> <p>Réflexion sur l'éco conception des soins en parallèle du projet médico-soignant</p> <p>Intégration des besoins usagers, patients et professionnels</p>	<p>Engagement institutionnel (présentation des indicateurs suivis à ce jour par l'établissement et objectifs à atteindre)</p> <p>Dernier audit énergétique</p> <p>Bilan carbone</p> <p>Identification des filières de tri actuelles et à mettre en œuvre</p> <p>Evaluation du potentiel d'évolutivité du site/ modularité du bâti en projet et raccordements à l'existant</p> <p>Exposition et vulnérabilité face aux risques naturels, technologiques, et climatiques en intégrant le changement climatique du site existant</p> <p>Cartographie des parties prenantes</p> <p>Formalisation des engagements DD</p> <p>Identification des servitudes</p> <p>Schéma directeur énergétique</p> <p>Plan de déplacement et accessibilité</p> <p>Orientations données à la gestion de l'eau</p> <p>Description des projets logistiques et techniques</p>
Etape 2	<p>Le schéma directeur immobilier</p> <p>Les organisations fonctionnelles</p> <p>Le choix des énergies, la performance et sobriété énergétique</p> <p>La gestion de l'eau et assainissement</p> <p>La qualité de l'air intérieur et extérieur</p> <p>La gestion des déchets et économie circulaire</p> <p>L'accessibilité et la gestion des flux</p>	<p>Intégration des enjeux DD dans la gouvernance du projet et la sélection de la MOE</p> <p>Insertion territoriale (politique territoriale, accessibilité, gestion des ressources, volet paysager)</p> <p>Formalisation des engagements en matière de sobriété et performance énergétique, (préservation des ressources, économie circulaire, accessibilité, QVT, expérience patient) dans le pré programme</p> <p>Plan de déplacement et cartographie des flux (tout mode de transport) projetés</p> <p>Détails des mesures d'évitement, réduction et compensation de l'empreinte environnementale de l'établissement</p> <p>Intégration des enjeux logistiques (stockage, déchets, restauration) et techniques dans le dimensionnement</p> <p>Expérience patient et QVT dans l'organisation et la distribution des locaux</p> <p>Orientations programmatiques en termes de réduction des consommations énergétiques (recours aux ENR, enveloppe thermique...)</p>

		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 - 2022

[465] En pratique, dans le cadre de l’instruction des dossiers nationaux, le comité de pilotage sanitaire salue fréquemment la prise en compte par les établissements de la question du développement durable mais formule pour autant une forte attente pour que les dossiers structurent davantage ces objectifs et fixent des objectifs chiffrés.

[466] **Ce référentiel du CSIS n’est de fait pas opposable aux établissements et il est rarement renseigné par les établissements.** Le CSIS n’a pu ainsi indiquer à la mission quelle était la proportion des projets Ségur ayant renseigné, en tout ou partie, le référentiel proposé, nationalement et a fortiori régionalement.

[467] **A l’échelle régionale, au vu de l’enquête précitée, l’ensemble des ARS déclarent avoir intégré la question de la transition écologique dans leur processus d’instruction des projets d’investissements structurants** dans la continuité de leurs stratégies régionales mais les pratiques sont hétérogènes.

[468] **Les données prises en compte dans les dossiers portent majoritairement sur des éléments généraux.** Certaines agences sollicitent des données plus précises sur l’évolution prévisionnelle des émissions de gaz à effet de serre (3 ARS selon le questionnaire qui leur avait été adressé), 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).

[469] Les ARS soulignent la qualité du guide « développement durable » développé par le CSIS mais pointent son format peu opérationnel pour l’instruction des dossiers d’investissement sanitaire, notamment pour les projets de faible montant. **Certaines ARS ont ainsi développé leurs propres référentiels** et outils pour évaluer les enjeux et objectifs de transition écologique des projets (ex. dossier type, grille d’analyse...).

[470] En conséquence, **les outils développés par les ARS diffèrent d’une région à l’autre :**

- si les questions de gouvernance, de performance énergétique, de réduction des émissions de gaz à effet de serre et d’adaptation au réchauffement climatique sont généralement abordées, les questions relatives à la gestion de l’eau, des déchets ou de santé-environnement sont moins souvent traitées ;
- certaines ARS demandent principalement une description générale des actions de développement durable prévues par les établissements, alors que d’autres ARS prévoient des questionnaires plus précis ;

- certaines ARS ont défini leurs attendus spécifiques pour chaque étape des projets, alors que d'autres prévoient plutôt de procéder à une analyse globale en phase 1 et d'assurer un suivi par la suite.

2.2.2 Certaines ARS développent des processus spécifiques

[471] 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.

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

[473] Conscient du caractère hétérogène et peu prescriptif des pratiques en régions, **le CSIS considère qu'il conviendrait de généraliser un référentiel relatif au développement durable et le rendre opposable dans le cadre de l'instruction des projets Ségur** mais à condition de disposer d'une version allégée avec auto-questionnaire en cours de travail⁴⁴.

2.3 L'impact du Ségur sur la transition écologique des établissements devrait néanmoins être positif mais n'est pas quantifiable

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

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

[475] Nationalement, la DGOS a proposé en 2023 un indicateur relatif au nombre de bâtiments concernés par une amélioration du clos couvert (i.e. une meilleure isolation thermique). Toutefois le remplissage de cet indicateur n'est pas obligatoire et présente des limites dans la mesure où il ne permet pas, par exemple, de rapporter les travaux de rénovation menés au parc immobilier existant. Dans le cadre de ses investigations, la mission a pu constater que cet indicateur n'est

⁴⁴ Note CSIS remis à la mission en date du 10 juillet 2024.

toujours pas consolidé nationalement et n'a pas été enrichi d'autres éléments permettant de documenter la réduction énergétique et des émissions de GES liés à un projet immobilier.

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

- Gain énergétique (kWh_{ef} /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...

[477] Il n'est donc pas possible de mesurer nationalement les gains projetés dans le cadre des opérations d'investissement en matière de réduction des consommations énergétiques et d'émission de gaz à effet de serre. Dans la continuité de sa recommandation précédente, l'IGAS préconise qu'un dispositif de collecte national soit mis en place à l'appui de quelques **indicateurs essentiels pour permettre la valorisation du programme au plan énergétique et assurer le pilotage national de ces indicateurs.**

2.3.2 Le Ségur devrait néanmoins avoir un impact environnemental positif compte tenu des réglementations environnementales qui s'appliquent à ces projets, même si les opérations d'investissement s'accompagnent d'une augmentation des volumes des parties techniques

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

[479] **La RT 2012 est progressivement remplacée par la nouvelle réglementation environnementale (RE 2020) mise en place en 2020.** Alors que la réglementation thermique 2012 concernait principalement les aspects thermiques et l'isolation du bâti, la RE 2020 a pour ambition de limiter plus globalement la consommation énergétique et l'empreinte environnementale des bâtiments neufs.

[480] La RE 2020 s'appuie sur six indicateurs dont des valeurs maximales sont fixées par catégories de bâtiments. Ces valeurs maximales ne sont pas encore définies pour les établissements de santé et médico-sociaux mais sont attendues courant 2025 en prenant en compte les spécificités du secteur de la santé.

[481] Contactée par la mission, la Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages (DHUP) indique en effet que des travaux techniques sont en cours de finalisation pour déployer la RE2020 pour ces établissements à cet horizon de 2025 après des concertations devant être lancées à l'automne 2024 avec le ministère de la santé et les établissements pour que soient définis des seuils à atteindre en énergie, carbone et confort d'été.

[482] **En conséquence, les établissements sanitaires devraient être prochainement concernés par cette réglementation, a priori en 2025.** Il convient donc d'anticiper cette réglementation dans les projets de constructions neuves.

Objectifs de la Réglementation environnementale (RE 2020)

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

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

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

Adaptation aux conditions climatiques futures en améliorant la conception des bâtiments pour affronter les aléas climatiques (moins d'inconfort en période caniculaire)⁴⁵ ;

Amélioration de la qualité de l'air intérieur ;

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

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

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

⁴⁵ S'agissant de l'adaptation au changement climatique, l'indicateur DH de la RE traduit le nombre de degrés-heures d'inconfort estival pour chaque partie de bâtiment. Le DH exprime la durée et l'intensité des périodes d'inconfort dans le bâtiment durant une année. Selon la RE 2020, un logement est inconfortable lorsque sa température intérieure dépasse 26°C à 28°C durant la journée et 26°C durant la nuit. L'indicateur DH est ajusté pour représenter le comportement du bâtiment face à une vague de chaleur.

[485] Toutefois, si les opérations de construction ou de rénovation permettront d'améliorer la performance énergétique de l'enveloppe des bâtiments et donc de diminuer les besoins en chauffage ou en ventilation par exemple, elles ne s'accompagnent pas nécessairement d'une baisse de la consommation totale d'énergie. L'une des raisons fréquemment évoquées est que les structures hospitalières neuves ou rénovées sont plus consommatrices en énergies car ces opérations se traduisent généralement par une mise aux normes de confort hôtelier (ex. augmentation de la surface des chambres, augmentation du nombre de chambres individuelles, climatisation) ou de sécurité des soins (ex. ventilation des blocs opératoires...), ce qui entraîne des besoins supplémentaires en énergie⁴⁶.

[486] L'étude d'impact du décret tertiaire pointait ainsi pour le secteur de la santé le fait que « les surfaces d'hébergement (chambres) diminuent [globalement] (chirurgie ambulatoire et diminution des durées d'hospitalisation) au profit des surfaces de plateaux techniques qui se développent, et pour lesquelles les capacités de réduction des consommations d'énergie sont plus contraintes notamment au regard d'autres contraintes réglementaires (traitement de l'air des blocs opératoires, ...), de nouveaux matériels (robots, ...) qui auront un impact notable sur le potentiel d'économies d'énergie »⁴⁷.

[487] Comme l'indique la DHUP, il est donc impératif que la mise en œuvre de la RE2020 au secteur de la santé soit étroitement concertée avec les représentants du secteur pour prendre en compte l'augmentation des parties techniques.

3 La transition écologique des établissements doit pouvoir bénéficier de sources de financement complémentaires et s'inscrire dans le cadre de la stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique

3.1 Il est nécessaire de mobiliser certaines sources de financement complémentaires

3.1.1 Il est proposé de construire un programme national de certificat d'économie d'énergie (CEE) pour accélérer les économies d'énergie des établissements sanitaires

[488] Le financement du réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et des actions d'optimisation énergétique pourrait être assuré par le biais d'un programme national « certificat d'économie d'énergie » (CEE), à l'instar du programme ACTEE

⁴⁶ L'augmentation des usages spécifiques (ex. recours accru aux appareils biomédicaux, aux appareils numériques) entraîne également une hausse de la consommation d'énergie mais sans lien avec le bâtiment en tant que tel.

⁴⁷ Décret tertiaire – fiche d'impact générale – n° NOR LOGL1909871D

(Action des Collectivités Territoriales pour l'Efficacité Energétique) porté par la Fédération nationale des collectivités concédantes et régies (FNCCR).

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

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

Les programmes nationaux CEE

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

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

3.1.2 Le dispositif d'Intracting de la Banque des territoires a ponctuellement été mobilisé par les établissements pour des travaux inférieurs à 5 millions d'euros

[492] **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.**

[493] 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.

[494] 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.

[495] Toutefois, ce dispositif n'est pas adapté à tous les projets de rénovation/construction mais uniquement aux travaux générant 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.

[496] **Selon la Banque des Territoires, le dispositif d'Intracting a d'ores et déjà pu être mobilisé par les établissements de santé, mais pourrait l'être davantage dans le cadre de leur rénovation énergétique.**

3.1.3 Pour des opérations plus lourdes, la Banque des Territoires peut mobiliser des prêts à des taux préférentiels pour le secteur de la santé

[497] Pour de lourdes rénovations avec gain énergétique supérieur ou égal à 30 % ou pour toute construction conforme à la RT 2012 avec surperformance d'au moins 20 % sur l'intégralité des indicateurs (ou 30 % sur un ou deux indicateurs associant une solution de chauffage sans énergie fossile), la Banque des Territoires peut financer jusqu'à 100 % l'opération avec des prêts au taux préférentiel Livret A + 0.4 % et sur très longue durée (25 à 60 ans).

3.1.4 Les contrats de performance énergétique, encouragés par la puissance publique, n'ont pas encore fait leurs preuves auprès des établissements

[498] 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.

[499] 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.

[500] Selon l'Observatoire National des Contrats de Performance Énergétique (ONCPE), le nombre de CPE signés par les établissements de santé est faible : en 2022 (dernier chiffre disponible à date de rédaction de l'annexe), 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.

[501] Quelques retours d'expériences positifs (ex. CH de Cannes) semblent encourageants. 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.

3.1.5 Le nouveau dispositif de tiers financement à paiement différé peut être mobilisé par les établissements

[502] La loi n° 2023-222 du 30 mars 2023 a créé un dispositif expérimental de 5 ans permettant aux établissements d'étaler sur plusieurs années le remboursement de leurs investissements de rénovation énergétique.

[503] Ce 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.

[504] 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. 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.

[505] 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.

[506] En tant qu'établissements publics de l'Etat, les établissements de santé pourront se saisir de cette opportunité.

3.2 Au-delà, il est nécessaire d’inscrire un plan de rénovation des établissements de santé dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique

3.2.1 L’ampleur de l’investissement pour la rénovation énergétique des établissements nécessite une étude spécialisée

[507] **Les impératifs climatiques et plus spécifiquement la mise en œuvre du décret tertiaire vont nécessiter des investissements très importants en matière de rénovation énergétique des établissements sanitaires pour atteindre les objectifs fixés** : réduction de la consommation énergétique de 40 % en 2030 puis de 50 % en 2040 et de 60 % en 2050. Une exigence d’exemplarité est également attendue des bâtiments publics dans le cadre de la directive européenne portant sur l’efficacité énergétique.

[508] Si elles sont substantielles, les économies d’énergie réalisées en exploitation 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.

[509] Selon le rapport Pisani-Ferry-Mahfouz, les investissements totaux nécessaires à la rénovation des bâtiments publics assujettis au décret tertiaire serait de l’ordre de 10 Mds€ par an d’ici 2030⁴⁸. L’étude d’impact du décret tertiaire évoquait quant à elle, en 2019, un coût de 60 Mds€ sur 30 ans soit environ 2 Mds€ par an, sur la base d’un coût moyen estimé à 180 €/m².

[510] **Sur la base de l’inventaire immobilier recommandé par la mission** (cf. annexe 5 relative à la maîtrise d’ouvrage et au patrimoine hospitalier), **il apparaît nécessaire de mener une étude permettant de construire des scénarios de rénovation énergétique des établissements sanitaires**. Le conseil général du développement durable (CGDD), le centre d’études et d’expertise sur les risques, la mobilité et l’aménagement (CEREMA) ou le centre international de recherche sur l’environnement et le développement (CIRED) disposent d’une telle expertise, au même titre que des bureaux d’études spécialisés.

3.2.2 Il est nécessaire d’inscrire la rénovation énergétique des établissements de santé dans le cadre de la future stratégie pluriannuelle de financement de la transition écologique

[511] L’IGAS avait procédé à une première estimation de l’investissement nécessaire à la rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux publics (cf. rapport IGAS 2023-102R relatif à l’impact du plan Ségur sur la transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux). Selon cette première étude, à préciser en fonction de l’étude

⁴⁸ Les incidences économiques de l’action pour le climat - Rapport à la Première ministre - Jean Pisani-Ferry - Selma Mahfouz (IGF) – France Stratégie- mai 2023

spécialisée recommandée par la mission, **une enveloppe annuelle entre 500 et 600 M€ par an jusqu'en 2050 pourrait permettre de répondre aux enjeux du décret tertiaire.**

[512] Cette toute première estimation, à affiner en fonction des études complémentaires à mener, peut servir de base de discussion dans le cadre de la prochaine stratégie pluriannuelle de financement annuel de la transition écologique (SPFTE) en cours d'élaboration. Comme la CNSA vient de le finaliser pour la branche autonomie, il est souhaitable que le secteur de la santé documente une démarche de planification pour prendre rang dans le cadre de stratégie pluriannuelle de financement.

La démarche de planification écologique de la branche autonomie

La CNSA a publié en juillet 2024 une estimation du coût de la transition écologique dans les établissements et services médico-sociaux. Pour réduire les gaz à effet de serre au niveau d'ambition fixé par les accords de Paris, les opérateurs du médico-social auraient à financer un surcoût de charge d'exploitation et d'amortissements de près de 100 millions d'euros la première année et, en cumulé, de 2,1 milliards d'euros en 2030, tandis les investissements cumulés s'élèveraient à 10,3 milliards d'euros entre 2023 et 2030.

La CNSA a évalué que, sur la période 2023-2030, le surcoût des dépenses d'exploitation et d'amortissements induit par la planification écologique devrait s'élever, en cumulé, à 2,1 milliards d'euros, et les investissements à 10,3 milliards d'euros.

Source : CNSA

ANNEXE 7 : Comparaisons internationales

SOMMAIRE

1	La planification des investissements hospitaliers à l'étranger : synthèse d'une revue générale.....	130
1.1	Revue générale sur les exemples étrangers à partir du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).....	130
1.2	Le difficile équilibre entre financement de l'exploitation et financement de l'investissement : expériences américaine et britannique	132
1.2.1	Principes théoriques.....	132
1.2.2	Des mécanismes de planification s'accommodant des principes de marché en Californie	133
1.2.3	Au Royaume Uni, le déséquilibre entre cycle d'exploitation et cycle d'investissement en défaveur de ce dernier	135
1.3	Typologie des pays en termes de processus de décision d'investissement immobilier	136
2	Le plan danois d'organisation des soins et de modernisation de l'offre hospitalière, reflet d'une complémentarité des compétences entre niveau national et collectivités territoriales..	138
2.1	Des collectivités territoriales danoises réorganisées et responsabilisées dans la structuration de l'organisation sanitaire.	139
2.2	Un plan de structuration hospitalière et d'investissements massifs.....	140
3	Renforcer la maîtrise d'ouvrage : un exemple de maîtrise déléguée au Québec	142
3.1	La maîtrise d'ouvrage déléguée au Québec : la société québécoise des infrastructures (SQI), une entité à vocation multiple	142
3.2	Une société en position de pivot sous contrôle gouvernemental renforcé	142
3.3	Un opérateur en prise directe avec les maîtres d'ouvrage et en lien permanent avec les acteurs de la construction publique	144
3.4	Un opérateur confronté à l'inflation de la construction publique, à la soutenabilité des plans nationaux d'infrastructures nouvelles et de maintien d'actifs et à la difficile maîtrise des opérations hospitalières les plus complexes	145
4	La planification de long terme de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF)	146
4.1	Une méthode de concertation approfondie et d'analyse de scénarii différenciés avec une prise en compte de l'impact environnemental	148
4.2	L'UCSF dispose également d'une division de pilotage et de gestion de son patrimoine.	148

INTRODUCTION

[513] La comparaison internationale vise à éclairer les sujets de planification des investissements hospitaliers à l'échelle nationale. Elle s'appuie d'une part sur la revue du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) concernant les stratégies d'investissements identifiées dans plusieurs pays de l'OCDE et d'autre part, sur l'examen d'une politique d'investissement déterminée en fonction d'une politique globale d'organisation sanitaire (Danemark). S'agissant des méthodes utilisées pour conduire une politique d'investissement, des exemples types sont développés qu'ils concernent les supports à la maîtrise d'ouvrage publique (société québécoise d'infrastructures, SQI) ou les outils de planification de très long terme en milieu universitaire (Université californienne de San Francisco, UCSF). Les sources utilisées sont d'une part le HCAAM, d'autre part des monographies d'organisations étrangères consultables sur internet.

[514] Ces incursions dans les systèmes étrangers peuvent documenter les réflexions sur la place respective du niveau national et du niveau régional dans l'élaboration des stratégies d'investissement, dans l'articulation avec les collectivités territoriales et dans la mise en perspective de politiques publiques visant à renforcer la maîtrise d'ouvrage publique par la mutualisation et la professionnalisation des fonctions support et d'ingénierie.

[515] Il n'a pas été possible d'explorer finement les dispositifs de pilotage mis en œuvre dans les pays environnants. Le rapport de l'HCAAM permet d'identifier une typologie reprise dans cette annexe mais il faudrait pour aller plus loin se référer à des modèles combinant instructions nationales et instructions régionales déconcentrées et mieux connaître l'organisation des services experts intervenant dans ces processus. Les biais de comparaison étant nombreux, il aurait été nécessaire de consacrer un temps excédant le calendrier de cette première mission d'évaluation.

1 La planification des investissements hospitaliers à l'étranger : synthèse d'une revue générale

1.1 Revue générale sur les exemples étrangers à partir du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

[516] Le HCAAM a réalisé une étude sur le financement et le pilotage dans le secteur de la santé avec un volet international⁴⁹. Se fondant sur les données de l'OCDE, trois monographies concernant l'Allemagne, le Royaume Uni et l'Italie et des éléments relatifs à d'autres pays, elle traite du sujet des procédures d'investissement en santé selon 4 axes :

- Le lien entre les procédures d'investissement et les efforts de régulation de l'offre de soins, visant l'égalité d'accès aux soins ;
- L'articulation plus ou moins forte entre l'investissement en santé et les autres politiques publiques d'investissement ;
- Les enjeux spécifiques de maîtrise de la dépense publique ;

⁴⁹ Document de travail, novembre 2023

- Les enjeux de qualité architecturale, sur le plan de la fonctionnalité, du développement durable et de l'expression culturelle.

[517] **Selon le HCAAM, le niveau d'investissement dans le secteur de la santé des pays de l'OCDE se positionne à 0,5 % du PIB en moyenne.** Sur la période 2010-2018, la France est au-dessus de cette valeur jusqu'en 2018 (0,65 % en 2010 mais avec un décrochage net à partir de 2015 à 0,53 % puis un rapprochement de la moyenne en 2018), comme l'Autriche, le Danemark, les Etats-Unis et la Suède. Le Canada ou le Royaume Uni sont significativement moins bien placés. Une étude l'OCDE parue en novembre 2022 sur les dépenses en capital du secteur de la santé donne une hiérarchie différente tout en montrant une certaine constance des pays bien positionnés, un rattrapage du Canada et des priorités se portant davantage sur les systèmes d'information dans des pays comme les Pays-Bas ou le Japon quand la France ou le Danemark investissent davantage dans l'immobilier. Des pays tels que l'Allemagne, le Japon, la Belgique, l'Autriche, les Pays-Bas, la Norvège investissent entre 0,9 et 1,1 % de leur PIB dans ces dépenses en capital.

[518] Selon les données de l'OMS, la part de l'investissement dans la dépense totale en santé représente entre 3 et 5 % dans les pays ayant un rythme stable sur période longue. Des pics à 10 % voire 15 % sont enregistrés dans certains pays réalisant ponctuellement un plan massif d'investissement. Les pays ayant un rythme soutenu de manière régulière sont l'Autriche et les Pays-Bas.

[519] Dans la majorité des pays étudiés par le HCAAM, le pilotage de l'investissement en santé est décentralisé au niveau des collectivités régionales qui délibèrent sur les priorités et les enveloppes. En Suède ou en Finlande, la gouvernance du secteur hospitalier se situe à une échelle fédérative interrégionale.

[520] Les montants de financement peuvent être soit définis nationalement et répartis par région, soit l'enveloppe est globalisée dans les budgets des collectivités. Dans la majorité des cas, la tarification des soins ne couvre pas l'amortissement des investissements majeurs, mais le financement des investissements s'appuie également sur la capacité d'autofinancement dégagée par les établissements dans tous les pays étudiés. La gouvernance hospitalière peut être supervisée régionalement ou nationalement.

[521] Plusieurs pays développent des procédures et des instances nationales ad hoc pour analyser l'opportunité des investissements hospitaliers. Il existe des procédures d'approbation ministérielle dans plusieurs pays scandinaves. En Italie, la décentralisation s'est accompagnée d'une cellule ministérielle d'évaluation des grands projets.

[522] Peu de pays (Canada, Israël, Royaume Uni) s'attachent à développer et maintenir un inventaire du patrimoine immobilier des hôpitaux.

[523] Les référentiels surfaciques et d'organisation spatiale ne sont pas toujours présents dans la gamme d'outils utilisés au niveau national, les pays fédéraux ou régionalisés laissant davantage de place à des réflexions régionales adaptées aux caractéristiques locales. Ils sont plus développés au Royaume Uni depuis le plan hospitalier de 1962. Le NHS produit et actualise des référentiels à trois niveaux qui font référence auprès des maîtres d'ouvrage, notamment lors de la passation des marchés globaux de construction.

Les 3 niveaux de référentiels au NHS

- les principes de conception, appelés « Healthcare Building Notes (HBN) ». Ces HBN sont organisés par domaine fonctionnel de l'hôpital (consultations, centre de premier recours, unité d'hébergement, bloc opératoire, ...) et comportent à la fois des orientations en termes de répartition spatiale et mobilière, des tableaux de surfaces, ainsi que des recommandations de choix organisationnels.
- les prescriptions techniques applicables, intitulées « Healthcare Technical Memoranda ». Il s'agit là d'abord des choix plus précis portant par exemple sur la gestion du risque infectieux, de la sécurité incendie, de la ventilation dans les différents espaces.
- des orientations en termes de financement sont adossées aux deux premiers référentiels, en déterminant quels choix fonctionnels sont couverts par les subventions d'investissement, dans les « Healthcare Premises Cost Guides (HPCG) ». Des coûts au m2 variables selon la destination des locaux sont prévus, ainsi que des ratios additionnels pour les locaux techniques et circulations. Les HPCG prévoient également des coefficients d'ajustement des prix selon les territoires, reconnaissant des spécificités locales.

Source : rapport HCAAM

[524] L'actualisation périodique des référentiels est assurée par des spécialistes externes recrutés par le NHS tous les 5 à 10 ans.

1.2 Le difficile équilibre entre financement de l'exploitation et financement de l'investissement : expériences américaine et britannique

1.2.1 Principes théoriques

[525] Dans le cadre économique d'un marché de biens et services avec des opérateurs pouvant agencer la répartition et le niveau des ressources, le cycle d'exploitation doit être suffisant pour dégager une marge rémunérant les porteurs de capitaux et permettant de financer les infrastructures et la recherche-développement. Dans ce cadre, l'opérateur fixe ses tarifs au niveau où ils assurent la solvabilisation de son appareil de production tout en permettant d'obtenir un nombre d'acheteurs suffisant et régulier. Il peut maîtriser son cycle d'exploitation dès lors qu'il couvre ses coûts réels et atteint son point mort sur ses activités pour dégager une marge lui permettant d'articuler cycle annuel et cycle d'investissement pluriannuel.

[526] La transposition de ce raisonnement au secteur de la santé est le plus souvent adaptée au renouvellement courant des équipements s'amortissant en moins de 5 à 7 ans dans la mesure où les tarifs ou la dotation courante de fonctionnement peuvent l'intégrer et que les tarifs couvrent les coûts réels. En revanche, il est plus difficile à concevoir pour des opérations de construction complexes à durée de vie longue et devant consommer un niveau de capital pouvant aller jusqu'à représenter l'équivalent ou plus du chiffre d'affaires ou du budget annuel de l'établissement de santé.

[527] La plupart des pays étudiés mobilisent un mode d'allocation spécifique sous forme de subventions. Ce mode de financement est sujet à des variations importantes d'une période à une

autre induisant des phénomènes d'accélération ou de ralentissement en fonction des arbitrages budgétaires nationaux ou régionaux. Les pays ayant des cycles réguliers d'investissement tendent à sanctuariser des enveloppes sur une base de priorités planifiées. Le pays le plus planifié et le plus centralisé (le Royaume Uni) a été dans la période récente particulièrement contraint dans l'évolution de ses dépenses en capital pour l'investissement immobilier malgré un plan annoncé détaillant ses opérations.

[528] Quel que soit le modèle choisi, la multiplicité des ordonnateurs de dépenses dans un établissement de santé conduit à une attention prioritairement portée sur des actions de court terme concernant les effectifs, les produits de santé et fournitures. Cette micro-économie de la santé concentre les décisions sur les ressources d'exploitation concernant la prise en charge des patients et les conditions d'exercice quotidien des professionnels. Il n'y a pas de claire conscience de la notion de marge pour entretenir et reconstituer le capital. Dans les organisations privées à but lucratif ou non lucratif, la prise en compte de cette nécessité semble plus appréhendable dès lors que la taille de l'organisation et la gouvernance permettent de favoriser l'appropriation d'une stratégie conditionnant leur pérennité.

1.2.2 Des mécanismes de planification s'accommodant des principes de marché en Californie

[529] Certains pays ayant opté pour des mécanismes de marché plus développés avec une logique d'« assureurs acheteurs » ont essayé de se rapprocher du modèle économique classique. Les références américaines sont les plus proches de cette vision.

[530] Ainsi, aux Etats-Unis, les établissements doivent émettre leurs factures à une multiplicité d'assureurs mais chaque établissement développe sa propre tarification, en interaction avec les sociétés d'assurance présentes sur son territoire, avec une capacité de négociation variant en fonction de son appartenance à des réseaux ou des groupes hospitaliers.

[531] Dans ce paysage complexe, Medicare fournit un socle de financement qui s'impose à l'ensemble du pays, et le mode de rémunération des activités hospitalières sous forme de « diagnostic related group » (DRG) de Medicare intègre un volet spécifique à l'investissement⁵⁰.

[532] Si en France le montant de chaque tarif GHS est révisé annuellement, Medicare procède en 2 étapes. Chaque DRG est associé à un indice de lourdeur qui est actualisé annuellement. Pour obtenir le tarif final, il est multiplié par une valorisation financière du point d'indice qui est également actualisée annuellement. Le DRG comporte deux calculs : le premier pour couvrir les coûts d'exploitation, le second pour couvrir les coûts d'investissement et cela depuis 1991.

[533] Les deux points d'indice évoluant de manière différente, l'indice portant sur l'investissement a progressé moins rapidement, conduisant de facto à diminuer la proportion de financement qui lui est allouée par rapport aux dépenses d'exploitation. On retrouve ici cette tension entre exploitation et investissement, les arbitrages de court terme étant privilégiés pour intégrer les préférences des acteurs (innovation thérapeutique onéreuse, frais de gestion et de

⁵⁰ Le système de facturation à l'activité s'effectue au travers des Diagnosis-related Groups (DRGs) lesquels ont inspiré les Groupes homogènes de séjours (GHS) expérimentés puis déployés dans le champ Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) depuis 2004 en France (après un prototypage et des expérimentations entre 1986 et 2000)

systèmes d'information plus coûteux qu'ailleurs). Ce calcul intègre des modulateurs permettant de majorer la rémunération en fonction d'enjeux territoriaux ou d'accueil de publics précaires, ou de la minorer lorsque l'établissement ne répond pas à certaines exigences. Les établissements de santé chargés d'une mission d'enseignement et de formation médicale perçoivent une majoration de leur DRG, de même que les établissements situés en zone isolée (à 55 km ou 45 minutes d'un autre établissement de santé).⁵¹

[534] L'articulation entre décision d'implantation hospitalière et mode de financement de l'investissement varie d'un état américain à l'autre. Par exemple en Californie, il existe un « Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD) » assurant la planification hospitalière et l'encadrement des implantations. Il exerce une mission de contrôle des installations. Tous les projets immobiliers (construction neuve comme réhabilitation) doivent être soumis à l'OSHPD quel que soit le statut du promoteur. L'OSHPD ne verse pas de subventions mais il peut accorder la garantie d'emprunt de l'Etat de Californie, permettant aux promoteurs – s'ils sont à but non lucratif - de bénéficier de taux d'intérêts moindres. Par ailleurs, le « California State Treasury » dispose de services consacrés au financement des structures de santé. L'Etat de Californie sépare donc les activités de régulation et de financement des investissements en santé.

[535] L'Etat dispose en outre de ses propres opérateurs en santé avec notamment les « Department of State Hospitals », qui assurent essentiellement des soins psychiatriques et l'Université de Californie (UC), qui assure des activités de soins aux côtés de ses missions d'enseignement supérieur et de recherche. Chaque site hospitalier dispose d'une instance de concertation formalisée avec les collectivités locales et les représentants d'usagers, à rythme de rencontre quasi-mensuel, portant sur les sujets d'urbanisme et de développement territorial. **Il se doit de tenir un « Long Range Plan » qui décrit la stratégie immobilière sur 15 à 20 ans et s'inscrit en concordance tant avec la stratégie générale de l'université qu'avec les documents de planification territoriale ; ce Long Range Plan est actualisé tous les 10 à 20 ans.**

[536] Ainsi, l'état technique du patrimoine est recensé ainsi que les besoins d'investissement qui en découlent, en les priorisant selon leur état de criticité et selon l'ancienneté du bâti. Les instances dirigeantes disposent ainsi d'une évaluation des opérations de maintenance à réaliser.

[537] En termes de technique budgétaire, les ressources en capital ne sont pas globalisées à l'échelle de l'entité juridique mais fléchées par opération. Chaque hôpital est responsable de sa dette et l'un des arbitrages stratégiques du budget porte sur le choix d'affecter les réserves internes à tel ou tel projet.

[538] Un « Capital Plan annuel » de l'état californien identifie les opérations à couvrir et leurs conditions de financement, sur les 5 années à venir.

⁵¹ Pour plus de précisions, rapport HCAAM précité.

1.2.3 Au Royaume Uni, le déséquilibre entre cycle d'exploitation et cycle d'investissement en défaveur de ce dernier

[539] Au Royaume Uni (RU), le budget annuel adopté par le Parlement précise un plafond de dépenses annuel pour le Département ministériel de la santé distinguant des plafonds séparés pour l'investissement et le fonctionnement courant. L'essentiel de ces budgets de fonctionnement et d'investissement est délégué aux instances centrales du NHS par le Département ministériel de la Santé. Les instances du NHS, en concertation avec ceux du Département ministériel, vont répartir ce budget annuel entre territoires et opérateurs. Le budget d'investissement fait l'objet d'un dialogue avec chaque « trust » du NHS (hospitalier comme de premier recours)⁵². L'échelon central conserve une enveloppe pour l'investissement majeur et délègue les autres crédits pour couvrir les plans d'investissement courant. Les opérations majeures d'investissement font donc l'objet d'une procédure distincte.

[540] Les « NHS Foundation Trusts » disposent, du fait de leur autonomie, de la possibilité de capitaliser sur leurs résultats et/ou sur leur patrimoine pour financer et déclencher leurs propres investissements. Cela suppose qu'ils dégagent des excédents financiers. Cela les distingue des Trusts ayant conservé le fonctionnement historique par allocations budgétaires, qui sont révisées annuellement sans possibilité d'effectuer de tels reports ou réserves⁵³.

[541] Le rapport du National Audit Office (NAO) de 2020 met en évidence **des virements budgétaires depuis 2012 à l'échelle nationale pour transférer des crédits vers le fonctionnement courant au détriment de l'investissement**. Le NHS a réduit annuellement ses capacités d'investissement, à hauteur de 4,3 milliards de livres cumulés sur 5 ans (soit une moyenne de 1 Mds€/an, pour un total de 4 Mds€ annuels) pour couvrir ses dépenses de fonctionnement. Le NAO constate par ailleurs une sous-consommation des budgets d'investissement⁵⁴. Le rapport fait état d'une insatisfaction importante des acteurs au sujet des procédures d'investissement découlant, en partie, de son inscription dans un cycle budgétaire annuel. Le même rapport met en exergue le **contraste croissant entre le niveau d'investissement net et le retard de maintenance sur le patrimoine du NHS**⁵⁵.

[542] Des mesures de contrôle interne et de gestion ont été prises historiquement au sein du NHS afin de s'assurer que l'échelon national dispose d'une vue d'ensemble sur l'état du patrimoine immobilier. L'ensemble des sites du NHS rend compte annuellement de son inventaire au travers d'un système d'information unique.

⁵² Chaque Trust tient un schéma directeur immobilier, obligation en vigueur depuis 2005.

⁵³ Les Trusts du NHS ne disposent pas d'un accès direct à l'endettement. L'emprunt bancaire est soumis à autorisation par le Trésor britannique.

⁵⁴ Le NAO l'explique par le fait que le dialogue budgétaire complexe entraîne un manque de visibilité pour les trusts sur les fonds qu'ils peuvent mobiliser et, in fine, des reports d'opération.

⁵⁵ Les trusts renseignent annuellement un état de leur patrimoine et estiment les coûts nécessaires de réhabilitation, en classant les éléments d'actif selon une échelle de risque (ces méthodes sont développées ultérieurement).

L'inventaire du patrimoine au RU : les principes

La documentation comptable est la « brique » élémentaire.

Le NHS fournit un cadre formel sur la manière de segmenter le patrimoine immobilier et l'analyse de sa fonctionnalité. Des grilles préétablies sont fournies qui décomposent ce patrimoine en lots techniques (structures, menuiseries, traitement d'air, éclairage, ...) et en destinations (urgences, hébergement, ...).

Les trusts actualisent annuellement ces grilles en précisant pour chaque item leur état de fonctionnalité, et le niveau de risque associé, ainsi qu'une estimation du coût de remise à niveau.

Chaque site dispose d'une priorisation des travaux à effectuer et d'une base de dialogue avec sa tutelle.

La plateforme « Estates Returns Information Collection » (ERIC) recense l'ensemble des sites de la NHS et permet d'apprécier leur surface, leur activité et leur niveau d'occupation, leur état de vétusté, ainsi que leurs caractéristiques sur le plan énergétique et logistique.

[543] En 2020, le gouvernement a fait voter une loi fixant un seuil (et non seulement un plafond) pluriannuel de dépenses d'investissement à l'attention du NHS. Cette loi s'inscrit dans le cadre d'un plan de long terme (NHS Long term plan) adopté en 2019. Ce plan comporte sa traduction en matière d'investissements, le Health Infrastructure Plan (HIP), qui détermine sur une base quinquennale les opérations majeures d'investissement qui seront lancées, et priorise les opérations à étudier pour la séquence quinquennale suivante selon des règles de priorisation. Ainsi, 6 reconstructions d'hôpitaux sont inscrites en HIP 2020-2025 et 21 schémas sont à l'étude dans la perspective d'HIP2025- 2030.

1.3 Typologie des pays en termes de processus de décision d'investissement immobilier

[544] Le panorama des responsabilités de pilotage selon les pays est le reflet des organisations politiques et territoriales. Le tableau 5 permet de visualiser les catégories d'appartenance. Les pays sont classés selon que le « chef de file » soit le niveau national (noté N), le niveau régional (noté R), un système mixte (noté M). Le principal enseignement est que le fait régional est majoritaire (11 pays sur 20). Deuxième indice de catégorisation, l'existence d'une procédure nationale de validation des grands projets, à laquelle 9 pays recourent. Pour le pilotage de l'offre publique hospitalière, les niveaux de décision dans ces pays se partagent entre niveau national (7), niveau régional (7) et niveau mixte ou infrarégional⁵⁶ (6).

[545] Par ailleurs, le recours à des mesures d'allocations spécifiques et individualisées est variable d'un pays à l'autre : budget national spécifique santé (BNS), Budget national d'investissement non spécifique santé, budget régional sans budget national (BR), budget sur investissement majeur (IM), budget sur investissement majeur et courant (IM + C), pas de budget spécifique à l'investissement (NI pour non individualisé). Le tableau fait ressortir une nette prédominance du recours à la budgétisation d'investissements majeurs (16 pays), que le pilotage en soit régional ou national. Cette donnée permet d'illustrer la spécificité de l'investissement immobilier hospitalier requérant une très forte consommation de capital dans une période courte (3 à 5 ans après

⁵⁶ Le niveau infrarégional est noté « C » dans le tableau ci-après

validation) et reposant sur un montage financier de long terme qui déforme la structure du bilan des établissements de santé.

[546] C'est cet effet de « déformation » qui est en jeu dans la manière dont un pays ou une région priorise ses investissements et pilote l'équilibre entre subvention et niveau d'endettement de l'établissement à l'échelle de l'hôpital pour accéder marché bancaire.

Répartition des responsabilités de pilotage de la planification et de l'investissement hospitalier dans 20 pays de l'OCDE

Pays	Popul. 2018 en M hab	« Chef de file » dans la planification et l'investissement hospitalier	Procédure d'approbation/ évaluation nationale des grands projets	Pilotage de l'offre publique hospitalière	Budgétisation des dépenses d'investissement à l'échelle nationale/régionale	Système assurantiel chargé de financer l'activité de soins
Japon	127	R		R	NI	X
Allemagne	83	R		C	BR IM + C	X
Royaume Uni	66	N	X	N	BNS IM	
France	67	N via ARS*	X	N	NI	X
Italie	60	R	X	M	BR IM + C	
Corée du Sud	51	N		M	NI	X
Espagne	47	R		N	BR IM + C	
Pologne	38	M	X	M	BNS IM	
Canada	37	R		R	BR IM	
Australie	25	R		R	BR IM	
Pays-Bas	17	M		C	NI	
Belgique	11	R		C	BNS IM + C	X
Grèce	11	N		N	BNS IM	X
Portugal	10	N		N	BNS IM	
Suède	10	R		R	BR IM + C	
Israël	9	N	X	N	NI	X

Autriche	9	R		R	BR IM + C	X
Finlande	6	R	X	R	BR IM + C	
Danemark	6	R	X	R	BR IM + C	
Nelle Zélande	5	R	X	R	BNS IM	
Norvège	5	N	X	N	BNS IM	

Source : HCAAM, retraité mission, N= National ; R=infra-national ou régional M=mixte ; C= infra-régional

Note: * dans le rapport du HCAAM, les ARS sont intégrées à l'Etat comme chefs de file de la planification hospitalière en tant qu'autorité déconcentré même si elles s'inscrivent à l'échelon régional.

[547] Le rapport du HCAAM a étudié sous forme de monographies trois pays : un pays de culture centralisatrice (Royaume Uni), un pays fédéral (Allemagne), un pays décentralisé (Italie). Nous ne reprenons pas ces monographies consultables sur le site du HCAAM.

[548] A titre de complément monographique, nous indiquons ci-après l'intérêt du plan danois s'inscrivant dans une réforme importante de son système de soins avec une gradation de l'offre qui associe une recomposition hospitalière et une politique d'investissement massif dans l'immobilier des hôpitaux.

2 Le plan danois d'organisation des soins et de modernisation de l'offre hospitalière, reflet d'une complémentarité des compétences entre niveau national et collectivités territoriales

[549] En 2003, un rapport gouvernemental mettait en exergue la nécessité de réformer le système de santé⁵⁷ danois sur le fondement des constats suivants : difficulté d'accès aux soins, manque de lisibilité des responsabilités aux différents niveaux administratifs, longueur des délais d'attente aux urgences, vétusté des hôpitaux, devenus inadaptés et stagnation de l'espérance de vie des Danois.

[550] Face à cette situation, les pouvoirs publics ont adopté une double réforme de l'organisation territoriale du pays, entrée en vigueur le 1er janvier 2007 et du système de santé, avec l'objectif

⁵⁷ Le principe d'assurance sociale a été supprimé en 1973 au profit d'une couverture santé généralisée à l'ensemble de la population danoise. Le système repose sur un principe d'universalité, d'égalité et de gratuité des soins, financé par l'impôt.

de rendre le système de santé plus démocratique et d'améliorer sa capacité à prendre en compte les réalités locales⁵⁸.

[551] Le plan de réorganisation et d'investissements dans des hôpitaux neufs doit être compris comme l'un des volets d'une réforme systémique, les pouvoirs publics ayant accru la place des prises en charge extrahospitalières de prévention ou de dépistage précoce

[552] Pour les Danois, la bonne maille pour déployer une offre de santé autonome, c'est-à-dire qui réponde à l'intégralité des besoins de santé de la population, est estimée à un million d'habitants, ce qui correspond en moyenne à la taille de leurs régions.

2.1 Des collectivités territoriales danoises réorganisées et responsabilisées dans la structuration de l'organisation sanitaire.

[553] Ces réformes s'inscrivent dans un mouvement de réorganisation des collectivités territoriales avec une réduction de leur nombre : suppression des 14 départements existants, réduction du nombre de régions à 5 et des municipalités de 987 à 271.

[554] Parallèlement, certaines compétences de l'État étaient transférées aux Régions et aux Municipalités. Chaque niveau territorial a un périmètre défini en fonction de sa proximité et de sa capacité à exercer une expertise pour son territoire, sous le contrôle de l'État. Ce dernier assume ne pas pouvoir tout faire mais assure prioritairement l'équité devant l'accès au système de santé de chaque citoyen danois. Il ne dispose donc pas de pouvoirs organisationnels et son action porte sur des thèmes essentiels : la définition des orientations stratégiques majeures en santé, la planification financière, la législation budgétaire de la santé, la gestion du personnel, des hôpitaux, des médicaments, des pharmacies, des aliments, des vaccinations, des droits des patients.

[555] La réforme danoise vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs dotés d'une mission de service public afin d'optimiser le maillage territorial pour répondre aux besoins des populations souvent caractérisés par des spécificités géographiques et sociales.

[556] **Les régions**, gouvernées par des Conseils régionaux, **sont responsables des soins hospitaliers et de la médecine générale libérale**. Elles administrent donc les hôpitaux et en sont propriétaires. Leur gestion relève de la compétence de représentants élus. Les régions, bien que n'ayant pas compétence pour prélever l'impôt, sont responsables face à leurs électeurs et les dépenses de santé sont principalement financées par une subvention forfaitaire allouée par le gouvernement correspondant approximativement à 75 % du budget de la région. 5 % du budget sont financés dans le cadre d'une tarification à l'activité et 20 % sont versés par les municipalités qui elles aussi collectent une partie de l'impôt. La dotation de l'État est attribuée selon différents critères, propres aux besoins de chaque région notamment en termes de démographie, afin de garantir un même niveau de services de santé.

⁵⁸ La réforme danoise du système de santé n'a été adoptée qu'à une faible majorité parlementaire. Une grande continuité politique a permis de la déployer sur longue durée, le parti vainqueur des élections législatives ne pouvant, gouverner seul car former une coalition avec d'autres partis pour constituer un gouvernement et disposer d'une majorité à l'Assemblée représentative est un impératif constitutionnel.

[557] **Les régions perçoivent également une subvention du niveau national fondée sur l'activité des municipalités, en fonction du nombre d'hospitalisations et de traitements ambulatoires dans les hôpitaux et de la quantité de services fournis par les médecins généralistes.** De ce fait, les municipalités sont incitées à mettre en œuvre une démarche de réduction du nombre d'hospitalisations par des mesures de prévention tant pour optimiser l'utilisation des services que pour contenir les dépenses générées par leur utilisation. Par ailleurs, les régions déterminent le taux de subvention des activités : si deux tiers des municipalités de la région s'opposent à une proposition d'augmentation de la subvention, elles peuvent opposer leur droit de veto. Cette démarche permet aux régions et aux municipalités rechercher un consensus et d'œuvrer ensemble à la performance et à l'efficacité du système de soins.

[558] **Les municipalités** quant à elles sont des organes administratifs locaux régis par des conseils municipaux. **Couvrant en moyenne un bassin de 50 000 habitants, la gestion d'un certain nombre de services de soins de santé primaires et de services de soins aux personnes âgées leur incombe tant en termes d'organisation que de financement.** Les municipalités doivent également assurer des missions de santé publique, de prévention et de réadaptation et sont propriétaires des EHPAD. Au niveau local, les municipalités collectent les taxes et bénéficient d'une dotation de l'État, répartie entre elles proportionnellement à leur base d'imposition. Les municipalités s'appuient sur les médecins généralistes acteurs de la régulation des soins afin de promouvoir une orientation la plus pertinente possible vers l'hôpital et prévenir les recours inappropriés. La liberté d'installation est encadrée afin de prémunir la population contre les risques de désertification médicale.

[559] **L'accent a été mis sur le management et la collaboration entre médecins, hôpitaux et municipalités afin de favoriser des décisions prises en commun.** Cette réforme ambitieuse consacre ce lien entre médecine de proximité libérale et hôpital concentré sur le traitement de pathologies plus spécifiques et de facto trop souvent plus invasives.

2.2 Un plan de structuration hospitalière et d'investissements massifs

[560] Le gouvernement a lancé en 2012 une politique d'investissement permettant la **modernisation et la construction de 16 hôpitaux d'ici à 2025 avec retour sur investissement contractué**. L'État danois a demandé que la construction de ces hôpitaux aboutisse à des économies de coûts en exploitation de 8 %.

[561] **Ce programme dispose d'un budget de 6,6 milliards d'euros** afin que les régions puissent construire de nouveaux hôpitaux, 1 milliard d'euros devant être affecté exclusivement au développement de la technologie et aux équipements.

[562] La réforme avait pour ambition d'assurer une gestion des soins hospitaliers plus performante et d'apporter une réponse à la dispersion des établissements très majoritairement publics⁵⁹, considérée comme préjudiciable à la qualité des soins et de simplifier le service public tout en le rendant plus efficace. L'accréditation et l'évaluation hospitalière ont conduit à la détermination de seuils d'activité impliquant la fermeture des petites unités et la mise en place

⁵⁹ L'offre de soins privée est numériquement très faible (1 % des lits hospitaliers)

d'une politique de réseau d'autant plus incitative que le malade peut se faire soigner dans une autre région, s'il n'a pas une prise en charge locale... aux frais de sa région d'origine⁶⁰.

[563] **En 1981, le Danemark disposait de 128 hôpitaux. En 2018, ce chiffre avait été réduit à 61 ; il devrait être de 53 en 2025.** En amont, une importante concentration des spécialités médicales dans le domaine des urgences a été effectuée puisque **le nombre d'hôpitaux accueillant ces services d'urgences passera de 40 en 2008 à 21 en 2025.** Le gouvernement ne libère les financements qu'à la condition contractuelle de fermeture des hôpitaux vétustes.

[564] Ce programme architectural accompagne le plan de regroupement des spécialités et de planification de l'activité hospitalière ainsi que le virage ambulatoire et la délégation à la ville des soins primaires. L'hôpital devient un lieu réservé aux traitements des pathologies aiguës et aux soins invasifs, nécessitant des plateaux techniques et de courtes hospitalisations, à la suite desquelles le patient réintègre le plus rapidement possible un circuit de proximité dans lequel il est pris en charge dans les centres de santé ou de réhabilitation, ou directement par les médecins libéraux. Ainsi, l'hôpital n'est plus au cœur du parcours de santé : il en devient un simple acteur, autour d'un plateau technique auquel le patient a ponctuellement recours dans le cadre d'un parcours piloté par son médecin généraliste.

[565] Les directions hospitalières ont pour mission de mettre en place les organisations pour développer une offre de soins dont la stratégie et les objectifs sont décidés aux niveaux régional et national. Le nombre de décideurs est limité et la gouvernance hospitalière simplifiée, ce qui accélère la prise de décision.

[566] Une évolution plus récente se dessine avec 21 « clusters » de santé, chacun étant organisé autour d'un service d'urgences. Ces nouveaux pôles de santé doivent inclure un niveau professionnel et politique avec des représentants de la région, des municipalités et de la médecine générale, et viseront à mieux coordonner la prise en charge et à arbitrer les rôles.

[567] Parallèlement, des investissements lourds sont ciblés sur l'offre de transport sanitaire, ou plus exactement comme les Danois la nomment, l'offre pré-hôpital, à savoir un système de véhicules équipés de matériel et de personnel permettant une prise en charge précoce. Cette offre est une réponse à l'accroissement moyen de la distance pour les patients pour rallier un hôpital, conséquence de la rationalisation. Cet effort d'investissement a une contrepartie de performance avec des engagements contractuels de l'hôpital.

[568] L'impact de la réforme danoise mériterait également un complément d'études afin de prendre connaissance d'une part de ses indicateurs d'impact en termes d'accès aux soins, de modernisation des établissements de santé, et d'autre part en termes de satisfaction globale des usagers et des collectivités territoriales.

⁶⁰ Depuis 2007, une fois le diagnostic établi, la garantie d'accès aux soins prévoit qu'un patient ne doit pas attendre plus de 30 jours avant de subir une intervention. Passé ce délai, il peut choisir un autre établissement aux frais de la région.

3 Renforcer la maîtrise d'ouvrage : un exemple de maîtrise déléguée au Québec

3.1 La maîtrise d'ouvrage déléguée au Québec : la société québécoise des infrastructures (SQI), une entité à vocation multiple

[569] Créée par le gouvernement du Québec en 2013, la Société québécoise des infrastructures (SQI) a pour mission, d'une part, de soutenir les organismes publics dans la gestion de leurs projets d'infrastructure publique et, d'autre part, de développer, de maintenir et de gérer un parc immobilier qui répond à leurs besoins, principalement en mettant à leur disposition des immeubles et en leur fournissant des services de construction, d'exploitation et de gestion immobilière.

[570] La SQI met en avant dans ses documents stratégiques sa capacité à piloter des activités de gestion de projets et de gestion immobilière complexes en offrant l'ensemble des services liés à la gestion de projets et à la gestion immobilière. **En tant que maître d'ouvrage délégué, elle participe à toutes les phases de développement des projets d'infrastructure qui lui sont confiés, des études de faisabilité à la livraison des installations, en passant par la préparation des dossiers et la gestion des mécanismes de contrôle de la qualité.** Elle peut également assurer la gestion patrimoniale de manière directe en étant propriétaire d'immeubles.

[571] La SQI assure l'exploitation et la pérennité d'un parc immobilier à vocations variées réparti sur l'ensemble du territoire. Elle intervient aussi dans les projets d'acquisition et de disposition d'immeubles et de terrains, réalise des projets d'aménagements et assure une gestion d'espaces locatifs pour répondre aux besoins des ministères et des organismes du gouvernement du Québec.

3.2 Une société en position de pivot sous contrôle gouvernemental renforcé

[572] Son rôle l'amène également à conseiller le gouvernement sur toute question relative aux projets d'infrastructure publique, en plus de fournir des services de nature stratégique. Consécutivement à des audits externes⁶¹ soulignant une mauvaise gestion de certaines transactions ou des dérapages de construction notamment dans le secteur hospitalier⁶², le niveau de contrôle gouvernemental de la SQI s'est accru. Dorénavant, les transactions de plus de 10 millions nécessiteront le feu vert du ministre du Conseil du trésor. Celles qui dépassent 50 millions devront obtenir l'aval du conseil des ministres. L'autorité politique exprime et assume la

⁶¹ Dans un audit 2021-2022, le Vérificateur général du Québec (VG) concluait que « les pratiques de la SQI ne sont pas toujours cohérentes ». Le VG reprochait à la société de modifier la durée planifiée de l'étape de la réalisation d'un projet en cours de route, sans approbation, alors que l'échéancier était inscrit dans le dossier d'affaires approuvé par le Conseil des ministres. Des manœuvres du même type étaient observées sur le plan financier, ce qui « ne permet pas de connaître l'écart entre le coût réel d'un projet et le budget autorisé au départ ».

⁶² Comme celui de l'hôpital de Fleurimont dont les dépenses de construction sont passées de 197 à 344 M\$, alors que pourtant seulement 9 % de la hausse était dû à un changement de portée du projet.

position que plus les projets sont importants, plus les projets sont soumis à des vérifications nombreuses.

[573] Le gouvernement québécois pilote son plan d'investissement sur la base d'un inventaire et d'une valorisation du « déficit en maintien d'actifs » (DMA). Le DMA représente en effet la valeur des travaux requis immédiatement pour remettre dans un état acceptable les infrastructures publiques. Le DMA est une mesure dynamique : les travaux effectués dans une année pour le résorber le réduisent, mais l'usure du temps et les détériorations identifiées par les nouvelles inspections l'augmentent. Malgré les importantes augmentations du budget alloué au PQI dans les dernières années, le DMA a doublé, passant de 17,6 Mds\$ en 2017 à près de 35 Mds\$ en 2023.

Évaluation de l'indice d'état des infrastructures du parc de la SQI^{1,2}

VOCATION	ÂGE MOYEN (ANNÉES)	INDICE D'ÉTAT ³ (%)			DÉFICIT DE MAINTIEN D'ACTIFS (M \$)
		ABC	D	E	
IMMEUBLES					
Immeubles de bureaux	37	46 %	38 %	16 %	200,7
Centres de transport	37	53 %	32 %	15 %	60,6
Palais de justice	42	57 %	38 %	5 %	116,2
Établissements de détention	26	76 %	0 %	24 %	133,6
Postes de la Sûreté du Québec	28	60 %	40 %	0 %	68,0
Autres immeubles spécialisés	35	80 %	19 %	1 %	18,2
Immeubles non locatifs et excédentaires	67	2 %	82 %	16 %	14,2
OUVRAGES DE GÉNIE CIVIL					
Stationnements et tunnels	25	34 %	8 %	58 %	53,5
TOTAL		59 %	30 %	11 %	665,0

1. Données au 17 octobre 2022.
2. L'inventaire exclut les baux emphytéotiques (maintien d'actifs sous la responsabilité du locateur, les immeubles en construction et les immeubles loués en vertu de contrats de location-acquisition, notamment l'édifice situé au 3800, rue de Marly, à Québec.
3. Les pourcentages sont pondérés en fonction des valeurs de remplacement des infrastructures.
Indice d'état gouvernemental (IEG) : A = très bon, B = Bon, C = Satisfaisant, D = Mauvais et E = Très mauvais.

[574] Le portefeuille de projets de la SQI au 31 mars 2024 fait apparaître 195 projets, d'une valeur de 40,4 Mds\$ dont pour la santé : 83 projets sous gestion, d'une valeur de 27,75 Mds\$. Elle emploie 1 484 salariés⁶³ et la superficie du parc immobilier (en propriété et en location) est de 3,2 millions de m². Les compétences intégrées sont celles des architectes, des ingénieurs, des chargés de projets, des évaluateurs agréés, des « technologues » en bâtiment, des analystes financiers, des conseillers immobiliers et autres professionnels experts en planification et en mise en œuvre de l'ensemble des projets touchant les édifices publics du gouvernement du Québec. Pour les deux exercices 2022-2023, c'est plus de 70 milliards de dollars en projets d'infrastructures en gestion ou en collaboration que ces professionnels ont eu à gérer.

⁶³ Ces salariés connaissent des mobilités professionnelles importantes depuis plusieurs années, les personnes qui travaillent à la SQI quittent leur emploi pour trouver des rémunérations plus attrayantes dans le secteur privé ou dans le secteur municipal ou d'autres sociétés d'État, comme Hydro-Québec où les salaires ont été majorés en fonction du marché de l'emploi et de l'inflation.

3.3 Un opérateur en prise directe avec les maîtres d'ouvrage et en lien permanent avec les acteurs de la construction publique

[575] La SQI recourt à plusieurs modalités pour réaliser ses constructions : utilisation de la modélisation des données du bâtiment (BIM) et du processus de conception intégrée (PCI), recours accru à la préfabrication, partenariats avec des institutions de recherche et des universités (lutte contre les changements climatiques, bois, préfabrication...).

[576] Elle intègre la conception et la construction en un seul contrat afin de permettre d'augmenter l'efficacité, concept proche de la conception-réalisation en France.

[577] La SQI intervient dans le secteur hospitalier public en réalisant la construction d'établissements sanitaires et médico-sociaux sur la base du plan québécois des infrastructures (PQI) décennal (2023-2033). Ce plan est piloté en fonction de l'indice d'état des infrastructures.

[578] Le projet stratégique de la SQI, que l'on pourrait assimiler à un contrat d'objectifs et de performance, lui assigne des cibles de performance. A titre d'exemple, la cible de « taux de réalisation des projets en maintien d'actifs » est fixe pour les exercices : 2023-2024 à 85 % ; 2024-2025 à 85 % ; 2025-2026 à 90 % ; 2026-2027 à 90 %. Une autre cible intéressante est la proportion des infrastructures dans un état satisfaisant (indice A, B, ou C)⁶⁴, avec les valeurs suivantes pour les mêmes exercices : 2023-2024 : 60 % ; 2024-2025 : 60 % ; 2025-2026 : 61 % et 2026-2027 : 61 %.

[579] Ce projet stratégique lui demande également d'être « *proactif en immobilier public durable* » avec des objectifs de réduction de l'empreinte environnementale du parc immobilier, en soutien à la lutte contre les changements climatiques. Les cibles qu'elle adopte correspondent à celles du gouvernement du Québec pour respecter ses engagements.

Indicateur de performance		Cible
8. Pourcentage de réduction des émissions de gaz à effet de serre (GES) par rapport au niveau de 2012-2013	2023-2024	29 %
	2024-2025	32 %
	2025-2026	36 %
	2026-2027	40 %

[580] Dès lors, le gouvernement se sert de cet opérateur pour améliorer la prise en compte du risque climatique dans la gestion de l'actif immobilier de l'administration gouvernementale en prenant en considération la vulnérabilité aux changements climatiques et la criticité variable d'un bâtiment à l'autre : « *Les composants d'un bâtiment, comme l'enveloppe, vont être sollicités différemment par les aléas climatiques (vagues de chaleur, vents violents, inondations, etc.). Leur analyse, grâce à une méthode rigoureuse développée par la SQI, permet d'identifier les risques auxquels ils sont exposés. Des mesures d'adaptation permettant de réduire leur vulnérabilité aux changements climatiques pourront alors être priorisées dans le cadre de la planification des travaux de maintien d'actifs* ». L'indicateur de performance ci-après montre l'ambition projetée en termes d'évaluation de la vulnérabilité bâtementaire.

⁶⁴ * Indice d'état gouvernemental : A = Très bon, B = Bon, C = Satisfaisant, D = Mauvais et E = Très mauvais

Indicateur de performance		Cible
9. Pourcentage de bâtiments en propriété évalués en vue de la priorisation des interventions visant la réduction de leur vulnérabilité aux changements climatiques	2023-2024	20 %
	2024-2025	40 %
	2025-2026	60 %
	2026-2027	80 %

3.4 Un opérateur confronté à l'inflation de la construction publique, à la soutenabilité des plans nationaux d'infrastructures nouvelles et de maintien d'actifs et à la difficile maîtrise des opérations hospitalières les plus complexes

[581] La mise à jour du plan québécois des infrastructures (PQI) montre ces dernières années une augmentation du déficit de maintien d'actifs (DMA) des infrastructures. Plusieurs causes sont à l'origine de cette situation. En premier lieu, les sommes allouées au maintien des actifs existants étaient insuffisantes en 2017, et ce depuis plusieurs années. De plus, de 2017 à 2022, **les choix budgétaires du gouvernement ont priorisé la construction de nouvelles infrastructures plutôt que la remise à niveau des infrastructures existantes.**

[582] Cette relance a participé au phénomène inflationniste. L'association des économistes du Québec estime que la demande pour les travaux a atteint et même dépassé la capacité de l'industrie » du BTP. Cette association considère que problème ne peut pas être résolu par des augmentations de budget qui ne feraient qu'amplifier l'inflation qui a aussi un impact direct sur le DMA en augmentant le coût des travaux nécessaires à la remise en état des infrastructures existantes.

[583] Le gouvernement a changé d'orientation et alloué au maintien d'actifs la plus grande partie des nouveaux investissements au PQI 2023-2033. L'association des économistes du Québec estime que « ce pas dans la bonne direction sera insuffisant pour arrêter la croissance du DMA et plaide pour retarder en urgence les projets pour de nouvelles infrastructures et « réallouer les sommes économisées à la remise en état des actifs existants ». Elle insiste également pour que tous les projets pour de nouvelles infrastructures soient soumis à des « analyses coût-bénéfice rigoureuses pour identifier si le besoin justifie la solution proposée, et pour identifier les alternatives les moins coûteuses ».

[584] Par ailleurs, la SQI a été critiquée pour sa gestion de la construction du nouvel hôpital Fleurimont avec une augmentation des coûts de 74 %. Le vérificateur général du Québec met en exergue les points suivants : « Le projet a été autorisé en 2017 en mode clés en main. En novembre 2018, la seule soumission conforme obtenue présentait un écart défavorable de près de 63 millions de dollars par rapport au budget autorisé du projet, qui était de 197,7 millions de dollars. En mars 2019, le projet a été relancé en mode gérance de construction. Au total, un retard de plus de 31 mois est prévu pour mener à bien le projet, dont un retard de 16 mois attribuable à la reprise de la conception et de l'élaboration des plans et devis en raison du changement de mode de réalisation. À la suite de deux révisions budgétaires, le coût total du projet est passé de 197,7 à 344,3 millions de dollars, soit une augmentation de 146,6 millions. Seulement 9 % de cette hausse

résulte d'une modification de la portée du projet (augmentation de la superficie de l'infrastructure). Le reste de la hausse, soit 91 % de celle-ci, résulte plutôt de : l'effet du changement de mode de réalisation sur le coût des travaux et les honoraires des ressources externes (25 %) ; l'augmentation de la réserve pour risques pour tenir compte des conditions du marché et de certains risques additionnels, notamment ceux assumés par l'entrepreneur en mode clés en main (22 %) ; la sous-évaluation du coût de la solution choisie pour répondre aux besoins et aux exigences exprimés dans le programme de construction (17 %) ; l'effet du nouvel échancier sur le coût du projet (13 %) ; l'augmentation du montant des contingences de conception et de construction (9 %) ; la hausse du financement temporaire due à l'augmentation des coûts et aux délais additionnels (5 %) ».

[585] S'agissant de la SQI, ses interventions dans le domaine hospitalier pourraient faire l'objet d'une analyse approfondie par le pôle immobilier de l'ANAP en lien avec les référents Ségur des ARS et les représentants hospitaliers du domaine (commission ingénierie architecture, CIA, de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU ou encore l'association Ingénieurs Hospitaliers de France, IHF).

4 La planification de long terme de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF)

[586] L'université de Californie à San-Francisco occupe une place importante dans l'organisation du système de formation des professionnels de santé⁶⁵ et dans la prise en charge des patients, notamment pour ceux dont l'état requiert des soins spécialisés dans le cadre d'un réseau d'hôpitaux affiliés à UCSF. Elle est également prégnante dans la structuration urbaine de la 40^{ème} aire urbaine mondiale (7 millions d'habitants) et de la ville elle-même (800 000 habitants). Elle est le deuxième employeur de la ville de San Francisco (plus de 5000 personnels universitaires, plus de 22 000 personnels non universitaires) et quatrième de la « Bay Area ».

[587] L'UCSF est une entreprise à but non lucratif. Environ 63 % de ses revenus – 5,9 milliards de dollars – proviennent des services cliniques via UCSF Health. Un cinquième provient de subventions et de contrats, l'UCSF remportant parmi les montants les plus importants financements de recherche biomédicale de toutes les universités publiques provenant des National Institutes of Health. Son impact économique est estimé à près de 9 milliards de dollars et engendrerait près de 43000 emplois (en 2016).

[588] Cette référence internationale est intéressante en ce que cette organisation œuvrant dans le cadre d'une politique publique et d'une économie de marché a choisi d'intégrer le « temps long » pour préparer, concevoir, planifier et accompagner des transformations à partir d'un processus de concertation des parties prenantes internes et externes. UCSF a adopté plusieurs plans de développement à long terme (PDLT) depuis les années 90. Le plan en cours porte sur la période 2014-2035 et s'est appuyé sur une évaluation du précédent qui couvrait la période 1996-2015.

⁶⁵ L'UCSF a été la première école de médecine à ouvrir ses portes au sein de l'Université de Californie.

[589] La planification à long terme, sous son terme anglais « Long-range planning », est un exercice d'entreprise qui vise à examiner l'organisation et son environnement au-delà du court et moyen terme habituel afin d'identifier les opportunités et les menaces, les domaines de croissance et d'expansion, la manière dont les obstacles peuvent évoluer et se préparer à d'éventuelles perturbations.

[590] **Le plan de développement à long terme (PDLT) de l'UCSF guide le développement foncier et immobilier physique de l'Université pour soutenir sa mission principale de progrès et d'innovation de la santé dans le cadre d'une visibilité internationale pour les patients, les étudiants et les chercheurs.** Il est orienté dans une logique de croissance de l'Université jusqu'en 2035, son modèle économique étant pour partie fondé sur les recettes des prestations réalisées y compris les formats d'enseignement.

[591] Le PDLT 2014-2035 peut s'assimiler à un schéma directeur immobilier et technique territorial. Il est en effet un plan complet d'utilisation foncière et des immeubles destiné à guider la production des supports physiques des stratégies spécifiques pour réaliser les missions académiques, cliniques et de recherche de l'Université.

[592] Le PDLT de l'UCSF est guidé par cinq objectifs :

- Répondre au contexte de la Ville et de la communauté ;
- S'adapter à la croissance de l'UCSF jusqu'en 2035 ;
- S'assurer que les installations de l'UCSF sont sûres sur le plan sismique ;
- Promouvoir la durabilité environnementale ;
- Minimisez les coûts d'installation.

[593] Le PDLT estime la croissance globale de la superficie et de la population (effectifs salariés et usagers) de l'UCSF jusqu'en 2035 et fournit des orientations pour l'emplacement de projets à l'avenir.

[594] Le PDLT de 2014, s'il est entièrement mis en œuvre au cours du cycle 2014-2035, se traduirait par un investissement supplémentaire conséquent de 2,39 millions de pieds carrés bruts⁶⁶ dans les bâtiments détenus et loués, pour un total de 11,56 millions de pieds carrés⁶⁷ sur l'ensemble des sites de l'UCSF.

[595] Le PDLT s'inscrit également dans les orientations des autorités académiques et de l'État pour respecter certains plafonds constructifs : pour le site du campus de Parnassus Heights, le plafond d'espace de 3,55 millions de pieds carrés est imposé pour limiter la croissance, ainsi que le respect des lois sismiques de l'État pour les établissements d'hospitalisation. Cette contrainte est prise en compte dans la répartition des ensembles hospitaliers avec le déclassement de l'hôpital « Moffitt » en tant qu'établissement d'hospitalisation et la construction d'un agrandissement à l'hôpital « Long » d'ici 2030.

⁶⁶ Soit environ 220 000 m²

⁶⁷ Soit environ 1 073 959 m²

[596] **À l'horizon 2035, l'UCSF envisage également de réduire le nombre de ses sites globaux, loués et possédés**, dans le but d'améliorer l'efficacité opérationnelle, la collaboration et la flexibilité programmatique, et de réduire le coût du réinvestissement.

4.1 Une méthode de concertation approfondie et d'analyse de scénarii différenciés avec une prise en compte de l'impact environnemental

[597] **Une étude d'évaluation de l'impact environnemental du PDLT a été préparée selon les règles définies par la loi californienne** (California Environmental Quality Act ou CEQA) et publiée en août 2014. Elle fournit une analyse du programme du PDLT proposé ainsi qu'une analyse de chaque projet pour lesquelles des éléments plus détaillés étaient disponibles. **À la suite d'une période d'examen public de 60 jours sur cette étude**, du 15 août 2014 au 14 octobre 2014, qui comprenait une audience publique tenue le 22 septembre 2014, l'UCSF a préparé un rapport d'impact environnemental finalisé. Le Conseil des régents de l'Université de Californie a certifié ce rapport

[598] **Le PDLT 2014 reflète l'aboutissement de cinq années de planification, y compris de vastes consultations au sein de l'UCSF et avec les « voisins » de l'UCSF.** Le PDLT 2014 a été préparé sous la direction du comité de surveillance du LRDP de l'UCSF, convoqué par le chancelier pour fournir des recommandations concernant le développement physique de l'UCSF. De plus, l'UCSF a travaillé en collaboration avec la communauté par l'intermédiaire de son groupe consultatif communautaire (CAG) représentant les usagers, qui a été fondé en 1992 pour fournir des conseils sur le LRDP de 1996 et continue de servir d'épine dorsale du processus communautaire.

[599] Lors de la préparation du LRDP, l'UCSF a exploré en détail une variété de projets potentiels pour chaque site de campus, qui ont été discutés lors de sept ateliers communautaires organisés dans les quartiers de Parnassus Heights, Mission Bay, Mount Zion et Mission Center à partir de l'automne 2012. Les commentaires reçus lors de ces ateliers sont pris en compte dans le PLDT. L'UCSF a publié une ébauche du LRDP en mai 2014 et l'a présentée lors de deux réunions communautaires publiques à Mission Bay et Parnassus Heights en juin 2014.

[600] **Le processus a donc pris le temps de poser la méthode et de prendre en compte les avis et les options étudiées.** Ce type de processus existe en France mais demeure encore peu développé. S'il allonge en apparence les démarches, il permet de mieux faire accepter certaines transformations en interne ou en externe à l'organisation.

4.2 L'UCSF dispose également d'une division de pilotage et de gestion de son patrimoine.

[601] « UCSF Real Estate » assure l'acquisition, la planification, la conception et la construction des réalisations foncières et immobilières qui soutiennent la mission de l'UCSF de faire progresser la santé et façonnent la croissance planifiée de l'Université sur un campus multisites et multi-villes. Les valeurs exprimées par cette division sont exprimées dans sa raison d'être : « Nous créons des espaces accueillants, faciles à utiliser et construits de manière durable pour nos chercheurs, nos apprenants, nos éducateurs, nos soignants, notre personnel, nos patients et nos familles, en collaboration avec la communauté plus large de l'UCSF et nos voisins. »

[602] Ce centrage sur la valeur d'usage des lieux est aligné sur la culture organisationnelle d'USF qui s'exprime dans une charte dénommée PRIDE de UCSF (respect, intégrité, diversité et excellence ». **L'ensemble des bilans de surfaces par campus et hôpital ainsi que les plans masses et de patrimoines immobiliers sont accessibles au public sur le site de cette division.**

[603] Par ailleurs, des outils viennent préciser le PDLT sur des périodes plus courtes. **Le plan stratégique de l'UCSF** définit les investissements que l'Université doit faire – dans les personnes, les infrastructures, les installations, les partenariats et l'environnement de travail – pour atteindre ses objectifs. Il s'accompagne d'un « **cadre de conception physique** », document d'accompagnement du LRDP qui fournit des principes de planification et de conception clairs et cohérents pour guider le développement d'installations physiques sur tous les sites de l'UCSF. Le cadre de conception physique est mis à jour au besoin pour être cohérent avec le prochain PDLT de l'UCSF. **Le plan financier d'investissement est un plan sur 10 ans** qui décrit les investissements en capital prévus par l'UCSF au cours de la prochaine décennie. Le Plan financier d'immobilisations est mis à jour annuellement.

[604] Les principaux enseignements de cette référence californienne sont :

- une démarche continue de planification de long terme depuis au moins 3 décennies
- des méthodes de concertation large incluant toutes les composantes internes et externes
- une intégration des impacts environnementaux, d'urbanisme et économiques, y compris pour les transports, le logement et l'emploi
- une programmation sur la base d'un pilotage par des outils d'inventaire de patrimoine et par mesures de surfaces
- une recherche de co-financements facilitée par la notoriété du réseau universitaire et sanitaire de l'UCSF et son environnement économique propice à l'innovation.

Monographie synthétique du programme Hôpital Helen Diller de l'UCSF

Cet hôpital doit ouvrir ses portes avant 2030 pour une dépense en capital de 4,3 Mds de dollars et de 82000 m².

L'UC San Francisco a reçu un engagement de 500 millions de dollars de la Fondation Helen Diller (pour un total de dons qui atteignaient 1,1 Md en 2018) pour soutenir la planification, la conception et la construction.

Parmi ses fonctionnalités figureront des blocs opératoires innovants avec accès à des IRM, des scanners et d'autres équipements d'imagerie, permettant aux équipes chirurgicales de proposer des interventions chirurgicales plus précises et personnalisées pour les cas les plus complexes, tels que les tumeurs cérébrales et les transplantations.

Les chambres des patients sont également conçues pour répondre aux besoins d'équipement plus importants d'un hôpital moderne, réduisant ainsi les perturbations pour les patients et leurs familles pendant leurs soins.

Pour répondre au besoin croissant de soins spécialisés, l'hôpital augmentera la capacité actuelle de l'UCSF Health de 37 % pour la porter à 682 lits, tout en ajoutant 22 nouvelles salles d'opération, pour un total de 40 au total, et 31 nouveaux lits de soins d'urgence, augmentant ainsi la capacité de 71 % à 70 lits. Cette croissance permettra à des milliers de patients supplémentaires d'accéder aux soins complexes de l'UCSF Health afin de répondre à la demande de soins actuelle et future.

Dans le cadre d'une collaboration communautaire qui a recueilli la contribution de plus de 1 000 voisins, l'UCSF investit 20 millions de dollars dans l'amélioration des transports en commun près de Parnassus Heights, en partenariat avec l'opérateur municipal de transports urbains (San Francisco Municipal Transportation Authority). L'UCSF vise également un objectif d'embauche locale de 30 % pour les travailleurs de la construction pour le projet Parnassus et s'est engagée à créer 1 000 emplois, à établir de nouveaux programmes de formation professionnelle et à étendre les programmes existants.

ANNEXE 8 : Questionnaire ARS

SOMMAIRE

1	Méthodologie.....	152
2	Résultats.....	153
2.1	Projet régionaux.....	153
2.1.1	Projets régionaux n’ayant pas encore atteint la première étape d’instruction...	153
2.1.2	Echantillon des projets instruits régionalement validés (étape 3).....	155
2.2	Projets instruits nationalement.....	157
2.2.1	Processus de validation.....	157
2.2.2	Modalités d’intervention du CSIS, du SGPI et de l’ANAP.....	159
2.3	Modalités d’élaboration des stratégies régionales des investissements en 2021	161
2.4	Appréciation des ARS sur le processus d’instruction fixé par la circulaire du 20 mars 2021.....	162
2.4.1	Appréciation pour les projets instruits en régions.....	163
2.4.2	Pour les projets faisant l'objet d'une instruction nationale (supérieurs à 150 M€)..	164
2.4.3	Autres axes d’améliorations suggérés pour accélérer les délais d’instruction et/ou sécuriser la validation des projets.....	165
2.4.4	Appréciation du niveau de déconcentration des projets d’investissements auprès des ARS (150 M€).....	166
2.5	Référentiels.....	167
2.5.1	Référentiels mobilisés couramment.....	167
2.5.2	Référentiels potentiellement manquant.....	168
2.6	Mobilisation des crédits.....	169
2.6.1	Crédits issus des collectivités territoriales (Région, EPCI,...).....	169
2.6.2	Barémisation des aides.....	169
2.7	Compétences nécessaires en ARS pour instruire les projets des établissements.....	170
2.8	Suivi des projets validés en régions.....	171
2.8.1	Principales difficultés identifiées pour mettre en œuvre les projets d’investissements Ségur dans les régions.....	172
2.8.2	Suggestions et bonnes pratiques à partager pour améliorer le pilotage national et régional des projets d’investissement Ségur.....	173

1 Méthodologie

[605] La mission a adressé en juillet 2024 une enquête auprès de l'ensemble des ARS pour mesurer auprès d'elles les modalités de déploiement des projets Ségur et identifier les axes d'évolution et de simplification du dispositif actuel qui pourraient être recommandés à leurs yeux.

[606] Pour cette enquête, la mission avait sélectionné pour chaque ARS un échantillon de deux à trois projets d'investissements permettant d'analyser les calendriers d'instruction, les modalités de gouvernance associées et les éventuelles causes de décalage dans leur avancement (cf. liste des projets en fin de la présente annexe).

[607] Deux à trois projets par région ont été sélectionnés par la mission de manière à partir du reporting des projets Ségur de la DGOS de mai 2024 en fonction des critères suivants :

- Deux projets instruits régionalement, le premier n'ayant pas encore atteint la première étape de validation telle que définie par la circulaire du 10 mars 2021 ou à défaut ayant seulement franchi cette étape (et donc faisant a priori l'objet de difficultés dans l'instruction), le second projet régional ayant fait l'objet d'une validation finale ou à défaut ayant franchi le stade intermédiaire d'instruction (cf. encadré ci-dessous) ;
- Le troisième projet faisant l'objet d'une instruction nationale permettant de procéder à une évaluation de cette instruction nationale et des calendriers associés (toutes les régions n'ont pas de projets instruits nationalement).

[608] La mission n'a pas procédé à l'analyse de ces projets d'investissements en eux-mêmes mais a demandé aux ARS dans le cadre du questionnaire de préciser leurs calendriers et modalités d'instruction et d'adresser à l'IGAS un descriptif de ces projets et des éventuelles raisons ayant occasionné un report de l'instruction.

[609] Cette enquête était complétée de questions sur les modalités de déploiement du plan Ségur en régions.

[610] Toutes les régions sauf Mayotte ont répondu au questionnaire (17 ARS répondantes sur 18).

Etapes de validation des projets (Circulaire du 20 mars 2021)

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.

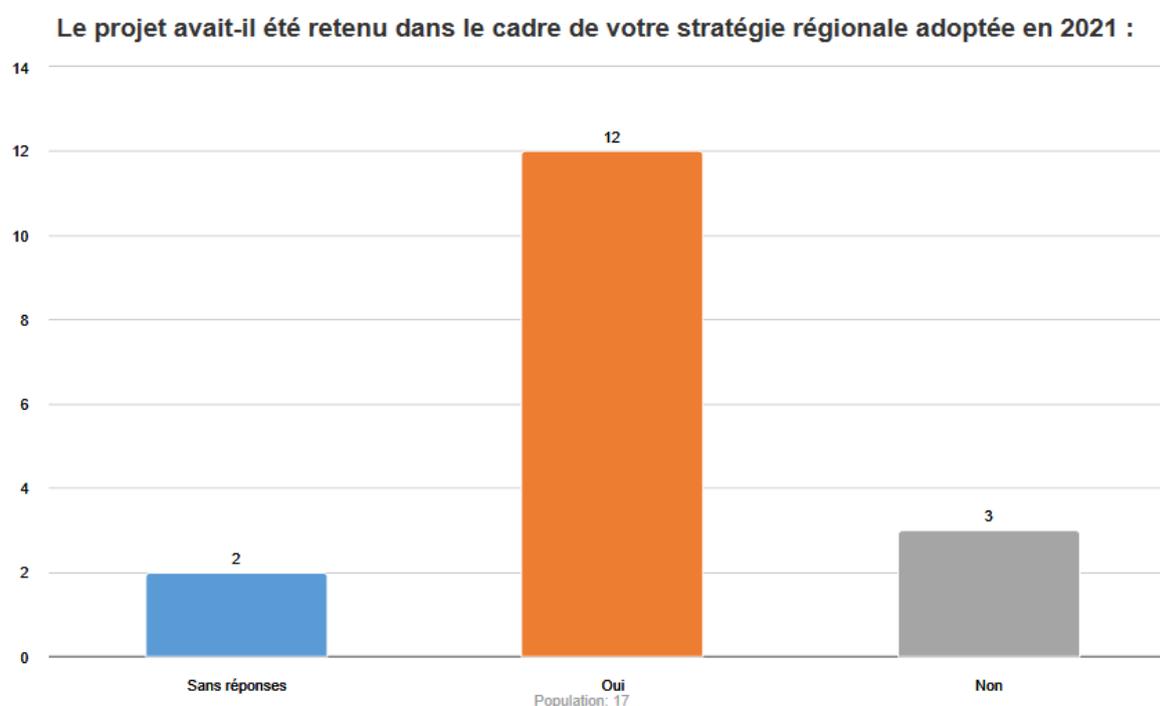
2 Résultats

2.1 Projet régionaux

2.1.1 Projets régionaux n'ayant pas encore atteint la première étape d'instruction

[611] Parmi les projets instruits régionalement n'ayant pas encore franchi l'étape 1, 3 sur 12 n'avaient pas été inscrits dans la stratégie régionale adoptée en 2021 par l'ARS (et ont été rajoutés par les ARS Bretagne, Ile de France et Haut de France en 2022 et 2023). Cette sélection tardive constitue donc une cause de retard dans l'instruction des dossiers mais elle n'est pas majoritaire au sein de l'échantillon retenu par la mission.

Graphique 6 :

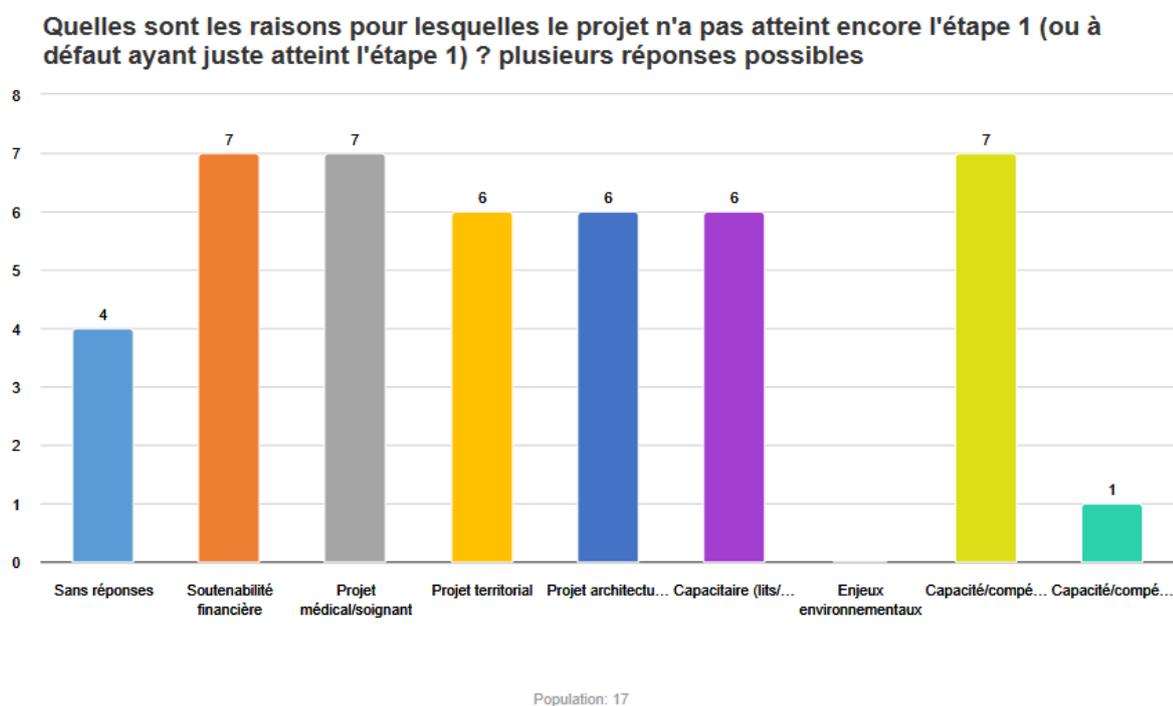


[612] Les ARS prévoient généralement une validation en étape 1 de ces projets dès 2024 et une instruction qui devrait permettre une validation de ces projets à relative brève échéance en étape 3, généralement en 2025 ou en 2026.

[613] En conséquence, pour ces projets régionaux à faible maturité, le calendrier prévisionnel de validation de début des travaux est généralement fixé à 2027 voire 2026 même si certains projets devraient être lancés plus tardivement (2028 et 2030 par exemple pour le projet de Martinique ou de PACA). Sur cet échantillon, la durée prévisionnelle de mise en service des futurs locaux s'échelonne entre 2026 et 2030.

[614] Le questionnaire permet de mettre en exergue les raisons pour lesquelles le projet instruit régionalement n'a pas encore franchi l'étape 1 (ou à défaut ayant juste atteint l'étape 1).

Graphique 7 :



[615] Parmi les différentes causes proposées par la mission justifiant un retard dans l’instruction pour les projets n’ayant pas encore franchi l’étape 1, aucune ne se détache nettement : la soutenabilité financière du projet pose clairement difficulté (7 réponses) mais tout autant que la définition du projet sous l’angle médical, territorial et architectural (7 ou 6 réponses). La définition du capacitaire demeure également problématique (6 réponses). La capacité de l’établissement pour élaborer et instruire le projet est souvent pointée (7 réponses). A noter que les enjeux environnementaux ne constituent jamais en eux-mêmes une cause de retard du projet ce qui n’est pas aisé à interpréter (enjeux ne posant pas de difficulté pour l’instruction ou facteur non pris en compte (cf. annexe 6 relative à la transition écologique).

Tableau 5 : Raisons pour lesquelles le projet régional n’a pas encore atteint l’étape 1 ou vient de la franchir

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Soutenabilité financière	7	41,2 %
Projet médical/soignant	7	41,2 %
Projet territorial	6	35,3 %
Projet architectural/bâtimentaire	6	35,3 %
Capacitaire (lits/places/plateaux techniques)	6	35,3 %
Enjeux environnementaux	0	0 %
Capacité/compétences de l'établissement pour élaborer et conduire le projet	7	41,2 %

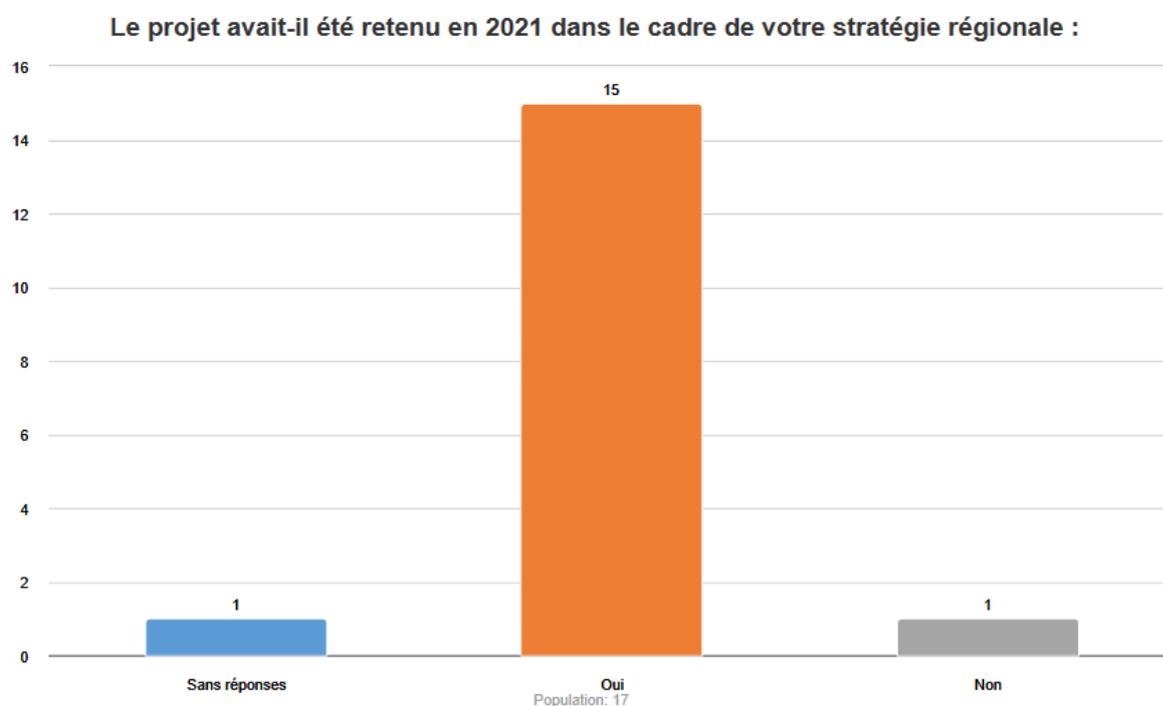
Capacité/compétences de l'ARS à instruire et valider le projet	1	5,9 %
Sans réponses	4	23,5 %

[616] Au-delà de ces données quantitatives, les facteurs de retard par ailleurs évoqués par les agences sur cet échantillon d'établissements sont :

- Des changements de chef d'établissement ou d'équipes de direction ou plus généralement la difficulté pour l'établissement à produire les différents livrables attendus (ARS ARA, BFC, PDL et Ile de France) ;
- La difficulté à définir le projet territorial associant l'ensemble de ses établissements nécessitant des instructions complémentaires voire de missionner une intervention du CSIS ou une expertise extérieure (ARS Bretagne, Grand Est, Corse, Haut de France).

2.1.2 Echantillon des projets instruits régionalement validés (étape 3)

[617] Parmi cet échantillon de projets régionaux dont l'instruction est validée par l'ARS, tous les projets avaient été inscrits dans les stratégies régionales de 2021, ce qui laisse assez logiquement supposer une « prime » à l'antériorité du projet.



[618] A noter que l'ARS indiquant que tel n'était pas le cas (Nouvelle-Aquitaine) précise par ailleurs que le projet avait été initialement sélectionné dès 2015 et donc présentait une antériorité encore plus forte. Par ailleurs, 6 ARS indiquent que leur projet a été validé en étape 1 dès 2021 voire précédemment en 2020 ce qui laisse supposer que ces projets étaient clairement identifiés

et travaillés par les établissements et les agences avant le lancement du plan Ségur et qu'ils ont d'autant pu prospérer qu'ils bénéficiaient de cette antériorité.

[619] Cet échantillon de projets régionaux validés permet aussi de mesurer les délais permettant aux projets de franchir l'étape 2 puis l'étape 3.

[620] Il faut en moyenne un an (12,33 mois) entre l'étape 1 et l'étape 2, avec une forte disparité entre régions, le minimum étant de 4 mois et le maximum de 24 mois entre ces étapes (pour les 5 régions ayant renseignés cette durée).

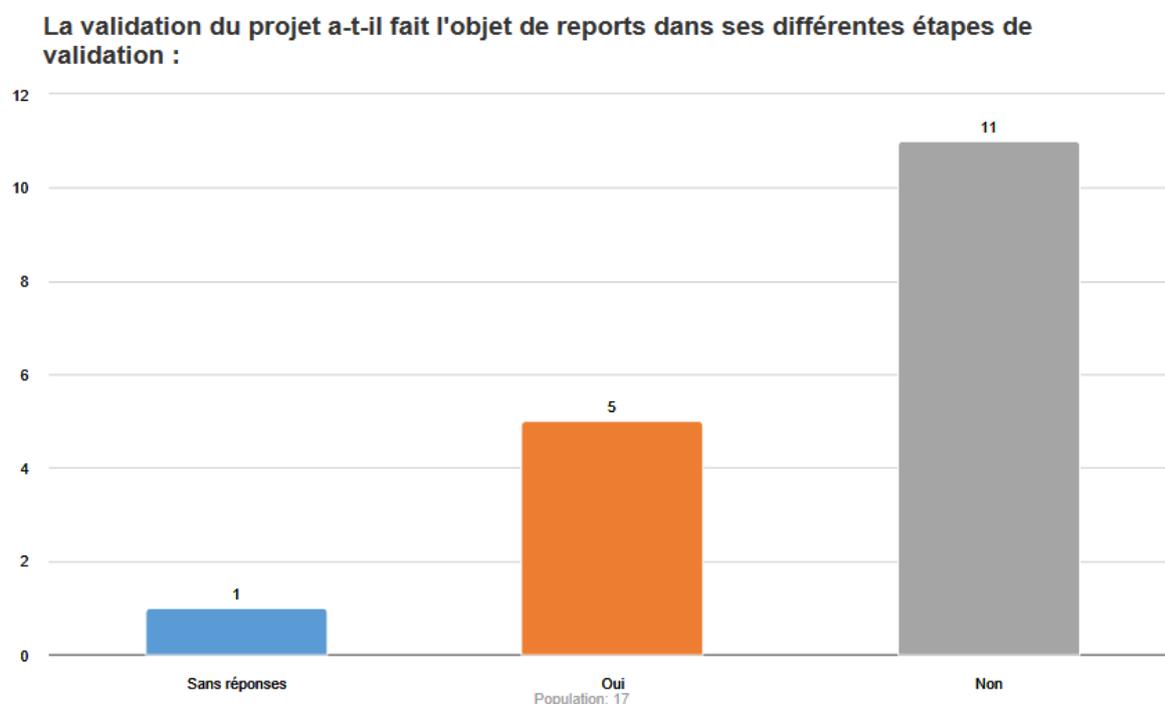
[621] Entre l'étape 2 et 3, la durée est plus courte car elle est en moyenne de 8 mois avec un maximum de 12 mois et un minimum de 2 mois.

[622] De l'étape 1 à l'étape 3, pour cet échantillon, la durée moyenne d'instruction est donc de 20 mois pour valider les programmes techniques détaillés (PTD) une fois ceux-ci validés en étape 1.

[623] Le début des travaux doit intervenir environ un an et demi après ces validations et les mises en services prévisionnelles nécessitent en moyenne trois années supplémentaires.

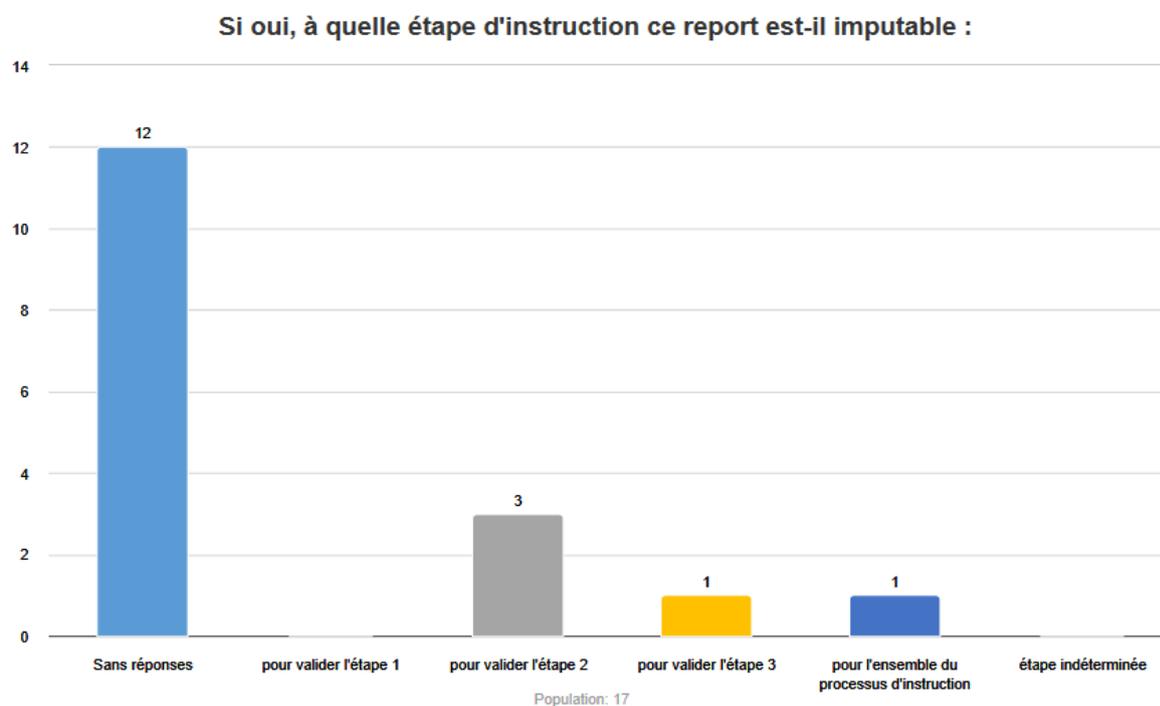
[624] En majorité ces délais n'intègrent pas de report dans l'instruction. C'est cependant le cas pour 5 projets parmi les 16 ARS ayant renseigné cette question.

Graphique 8 :



[625] Pour ces 5 projets ayant fait l'objet d'un report, celui-ci est estimé entre 6 et 18 mois (moyenne de 10,4 mois) et les réponses aux questionnaires ne permettent pas d'identifier une étape qui pose plus particulièrement des difficultés. Les causes des retards sont diverses d'une ARS à l'autre (adéquation besoins du territoire/ressources humaines en santé, augmentation sensible du coût des travaux, contraintes du site pour effectuer l'opération, trajectoire financière dégradée,...).

Graphique 9 :



[626] S'agissant de projets régionaux, le CSIS n'est pas intervenu pour cet échantillon de 17 projets validés dans l'instruction du projet. Les projets étant par ailleurs inférieurs à 100 M€, ils n'ont pas été non plus soumis à la contre-expertise indépendante (CEI) du SGPI. Seule une ARS de ce panel de projets a sollicité l'expertise de l'ANAP dans l'instruction du projet, sur des questions architecturales et bâtementaire. Il s'agit d'un accompagnement de la Mission nationale d'appui à l'investissement médico-social (MNAI) dans le cadre du projet de reconstruction/restructuration de l'EHPAD d'un CH.

[627] Les ARS indiquent en revanche qu'ils ont fait l'objet d'autres appuis externes dans 7 cas sur 17 (au sein du GHT, prestations externes,...). Cet appui s'inscrit en général dans le cadre des GHT (appui technique, juridique et de gestion de projet de la part de l'établissement support) ou relève d'assistances à maîtrise d'ouvrage (AMO) et de prestations intellectuelles. A noter qu'une ARS déclare aussi avoir sollicité la Missions d'Expertise économique et financière (MEEF) de la DGFiP sur la soutenabilité financière du projet de restructuration d'un centre hospitalier dans le cadre d'une coopération publique-privée.

2.2 Projets instruits nationalement

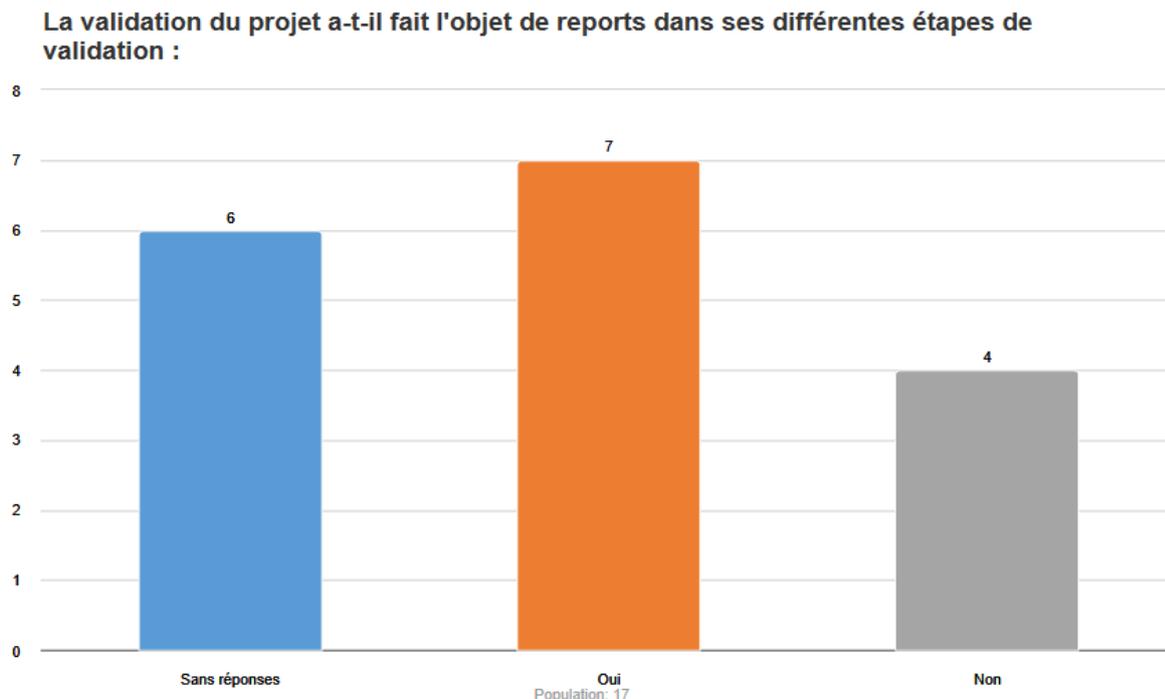
2.2.1 Processus de validation

[628] Parmi les 17 projets instruits nationalement figurant dans l'échantillon retenu par la mission, deux seulement étaient validés à juillet 2024. Il n'est donc pas possible d'en tirer des enseignements en termes de délais de validation, ceux indiqués par les ARS étant dans l'ensemble encore prospectifs.

[629] Les délais prévisionnels de début de travaux et de mise en service des constructions interviennent en moyenne un an et trois ans après les validations, ce qui semble assez volontariste.

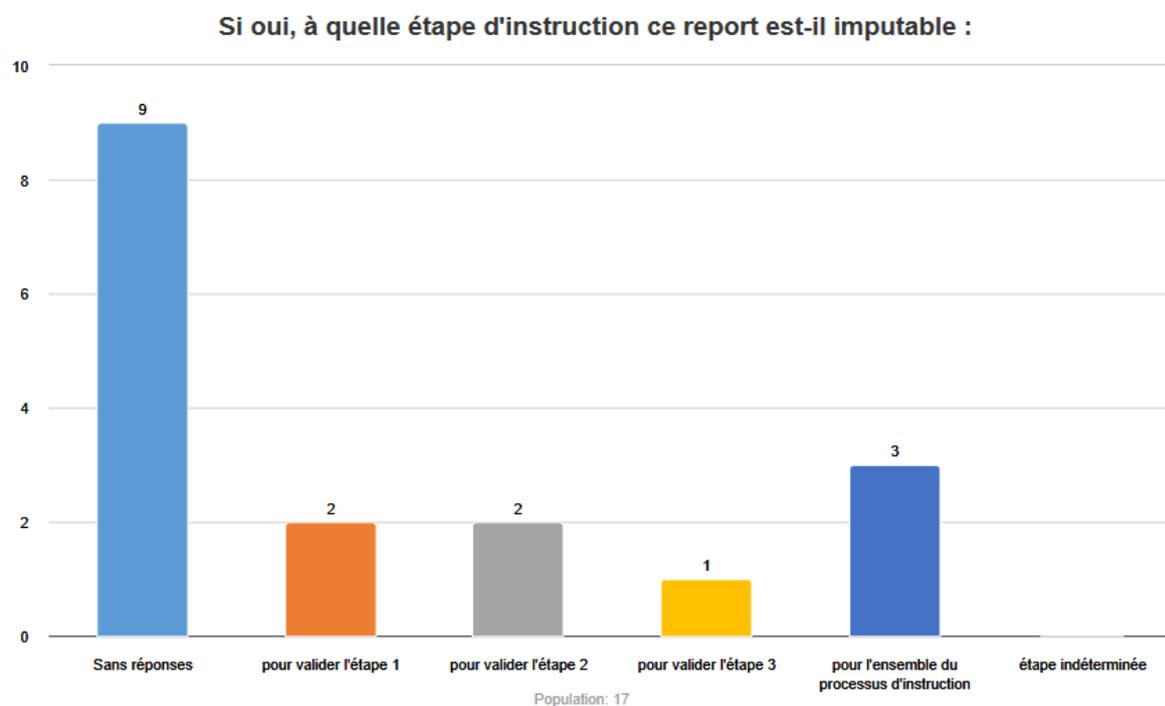
[630] A l’inverse, les agences font état de reports dans les étapes de validation pour une majorité de projets de 10 mois en moyenne.

Graphique 10 :

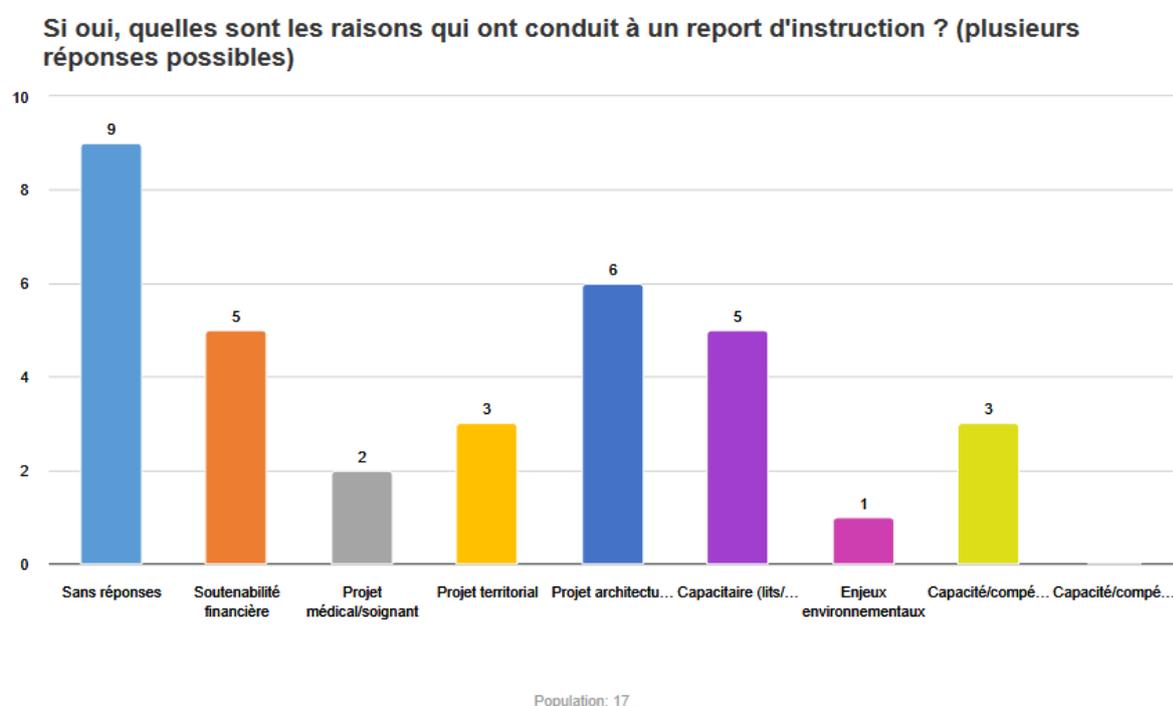


[631] Ces retards ne sont pas imputables à une étape de validation en particulier mais concernent l’ensemble du processus. Les raisons qui expliquent ces retards, comme pour les projets régionaux, sont diverses, majoritairement liées à la trajectoire financière mais relèvent également du projet en lui-même dans ses dimensions médicales, territoriales, architecturales et capacitaires. La capacité de gestion du projet par l’établissement est citée dans trois cas. La question environnementale est évoquée une fois

Graphique 11 :



Graphique 12 :

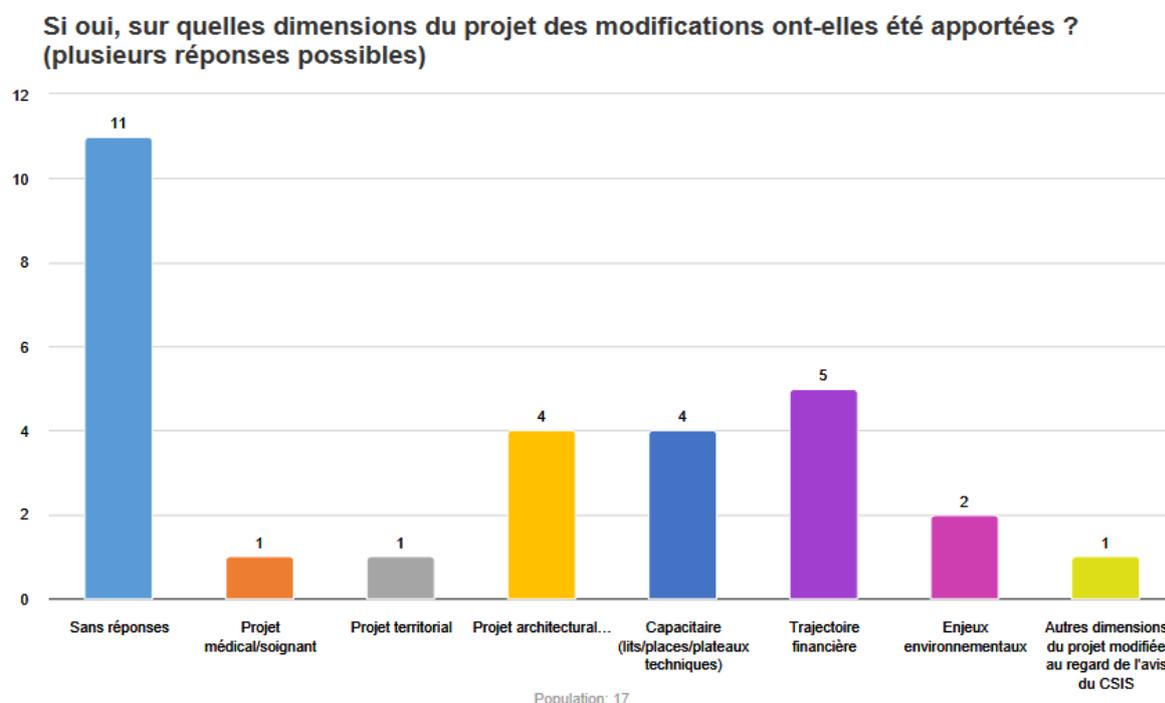


2.2.2 Modalités d'intervention du CSIS, du SGPI et de l'ANAP

[632] Pour cet échantillon de projets, le CSIS est d'ores et déjà intervenu dans la majorité des cas conformément à la procédure qui prévoit l'intervention du Conseil scientifique pour les projets nationaux. Dans ce cas, les ARS estiment que cette expertise a conduit à modifier le projet dans

deux cas sur trois, en ce qui concerne le plus souvent la trajectoire financière mais également sur d'autres aspects du projet (projet architectural, capacitaire, enjeux environnementaux,...).

Graphique 13 :



[633] Les ARS précisent dans leur réponse les diverses thématiques sur lesquels le CSIS est effectivement intervenu :

- Trajectoire financière (HDF, Ile de France)
- Approche architecturale favorisant un nouveau projet utilisant le nouveau bâtiment construit fait plus cohérent (CVL)
- Capacitaire (ARA, HDF)
- Mode de dévolution des marchés (Bretagne)
- Ensemble du périmètre du projet (ARA, Nouvelle Aquitaine).

[634] Pour une ARS n'ayant pas identifié de modification suite à l'intervention du CSIS (PDL), il est toutefois signalé que « les experts du CSIS ont pu cependant identifier des points de vigilance dans la conduite du projet dans le temps ».

[635] Parmi l'échantillon retenu, seuls trois projets ont fait l'objet d'une contre-expertise indépendante du SGPI en raison de leur stade d'avancement. Pour ces trois projets, la durée moyenne est de cinq mois et demi. Pour les ARS concernées, la contre-expertise indépendante n'a pas conduit à modifier le projet mais a pu souligner des points de vigilance (estimation des travaux jugée sous-évaluée et questionnement sur la logistique et le RSI du projet).

[636] L'ANAP n'est intervenue que dans deux projets de cet échantillon, sur des thématiques diverses (projet territorial, architecture et bâtiment, capacitaire, trajectoire financière, enjeux environnementaux).

2.3 Modalités d'élaboration des stratégies régionales des investissements en 2021

[637] **Nombreuses sont les ARS à souligner les délais très resserrés** pour élaborer les stratégies régionales (instruction du 11 mars pour une finalisation concertée pour le 15 octobre 2021) avec la volonté de flécher tout ou partie des aides dévolues au titre du Ségur dès son lancement malgré des niveaux d'instruction des projets variables et dans le contexte par ailleurs singulier que constituait la période de crise sanitaire (BFC, Bretagne, CVL, Grand, Est, Occitanie, PDL,...). Le temps était donc contraint pour recenser les projets, les instruire, échanger avec les établissements et transmettre la stratégie régionale au ministère. Ce point explique que des ajustements ont dû être faits par la suite sur les opérations elles-mêmes (périmètre, phasage) et sur leur programmation, certaines agences soulignant la très grande difficulté de procéder à ces réajustements après que les annonces ont été faites (CVL, Occitanie par exemple). Tout ou partie des aides ayant été annoncées dans le cadre des dossiers de presse, les marges de manœuvre pour la suite sur la stratégie ont été très réduites signalent-elles.

[638] Malgré la période très contrainte, **nombreuses sont les ARS (ARA, CVL, Haut de France, PACA) à mettre en avant la déconcentration des investissements immobiliers qu'a opérée le Ségur**. Pour ces agences, la construction de la stratégie régionale des investissements s'est ainsi basée sur la connaissance des territoires et des établissements et s'est appuyée sur la concertation menée dans les régions dans le cadre des Conseils territoriaux de santé (CTS) et des Comité régionaux investissement en santé (CRIS) constitués à l'occasion du Ségur. Cette concertation pour essayer de définir, avec l'ensemble des acteurs locaux, les priorités d'investissement en santé dans les territoires a favorisé la cohérence territoriale de ces stratégies. Pour certaines des ARS, ces échanges ont permis de fédérer les acteurs locaux autour d'une démarche transversale et décloisonnée entre les différents secteurs et intervenants (Ville, hôpital, médicosocial). Dès avril 2021, l'ARS Normandie a engagé une concertation large, associant les acteurs des territoires et les collectivités. Elle avait lancé un appel à manifestation d'intérêt (AMI) le 2 avril 2021 à destination de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux normands, pour identifier l'ensemble des besoins d'investissement des dix prochaines années.

[639] **Certaines agences rappellent que le Ségur Investissement est venu à point nommé** pour accompagner de grosses opérations (CHU de la Guadeloupe par exemple), indispensables à la population du territoire (Haut de France) et qu'il a constitué plus globalement une **véritable opportunité pour faire évoluer l'offre de santé sur le territoire** (Nouvelle Aquitaine) **après une période de recul des investissements** (Occitanie). Les ARS considèrent que la stratégie régionale d'investissement déployée en 2021 a ainsi représenté une véritable opportunité pour améliorer le système de santé de la région.

[640] **Les ARS soulignent enfin que le Ségur a nécessité de fortes adaptations en interne** : mise en place d'équipes dédiées et renforcement des compétences internes de l'ARS, s'agissant notamment des référents du pôle "performance et investissement", qui pilotent l'instruction des projets immobiliers (ARA par exemple). Les processus d'instruction ont été améliorés au fil de

l'eau en capitalisant sur les instructions précédentes et avec les outils développées par le CSIS indiquent-elles (Ile de France, Grand Est,...).

[641] Si les stratégies régionales transversales présentent **l'ambition de coordonner les différents volets du Ségur investissement** (sanitaires, médicosociaux et numériques, investissements du quotidien, investissement courant, restauration des marges de financement), cette **synergie ne s'est pas traduite dans la mise en œuvre opérationnelle** regrettent-elles. En particulier, les diverses modalités d'instruction et de validation des projets sanitaires et médico-sociaux ou encore de temporalité de crédits (10 ans sanitaires VS 4 ans médico-social sans visibilité ultérieure) ont été des points de difficulté importants.

[642] Enfin, certaines ARS indiquent qu'il aurait été intéressant **d'initier dès le départ une réflexion sur les modalités d'évaluation de l'impact de chaque stratégie** (allant au-delà de la collecte de quelques indicateurs quantitatifs) avec un appui méthodologique spécifique du national (Occitanie par exemple).

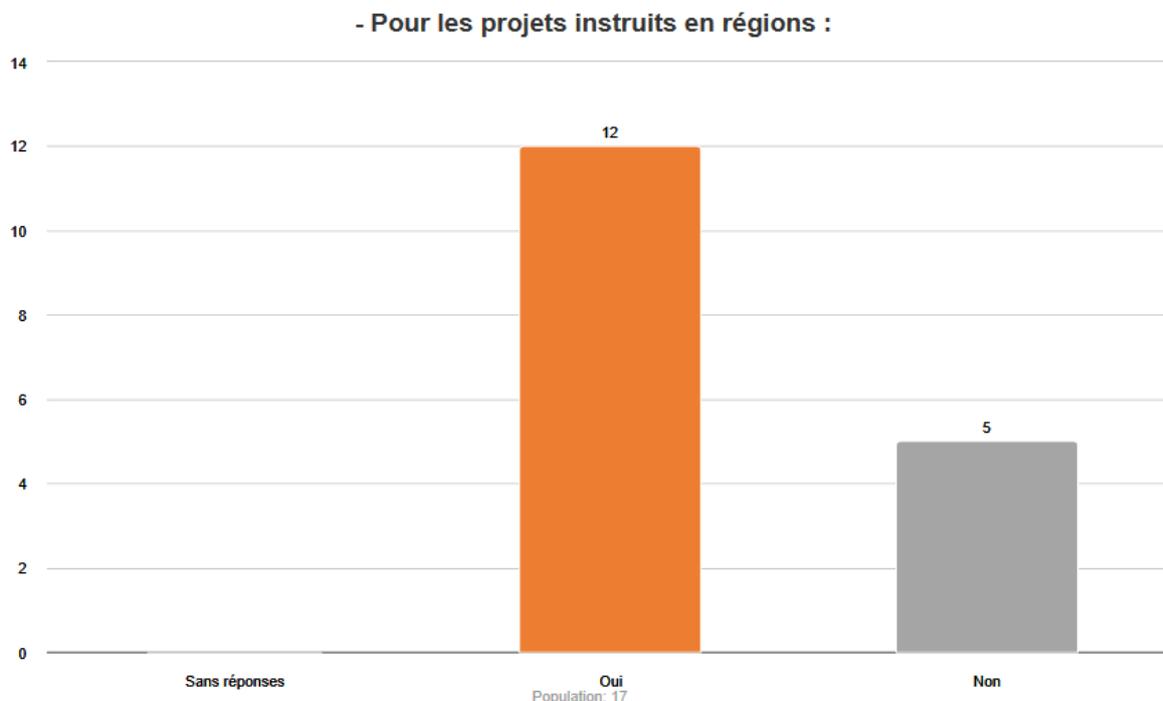
2.4 Appréciation des ARS sur le processus d'instruction fixé par la circulaire du 20 mars 2021

[643] Pour mémoire, **la circulaire de 2021 fixait un processus d'instruction des dossiers en trois étapes pour permettre in fine une validation du programme technique détaillé (PTD) la plus rapide possible tout en ménageant une première étape d'instruction permettant de valider le projet médical et territorial lié à l'opération d'investissement (cf. encadré supra)**. En effet, il était précédemment reproché au COPERMO une première validation tardive des projets sans questionner au préalable de manière approfondie ce volet médical et territorial du projet (ou en le questionnant trop tardivement, cf. notamment annexe 3).

2.4.1 Appréciation pour les projets instruits en régions

[644] 70 % des ARS considèrent que le processus d’instruction organisé en trois étapes est pertinent et opérationnel pour les projets instruits à leur niveau.

Graphique 14 :



[645] Elles identifient néanmoins les axes d’amélioration dans le processus.

[646] Certaines d’entre elles proposent un **processus d’instruction accéléré** tout en rappelant en parallèle l’importance du suivi des projets après leur validation :

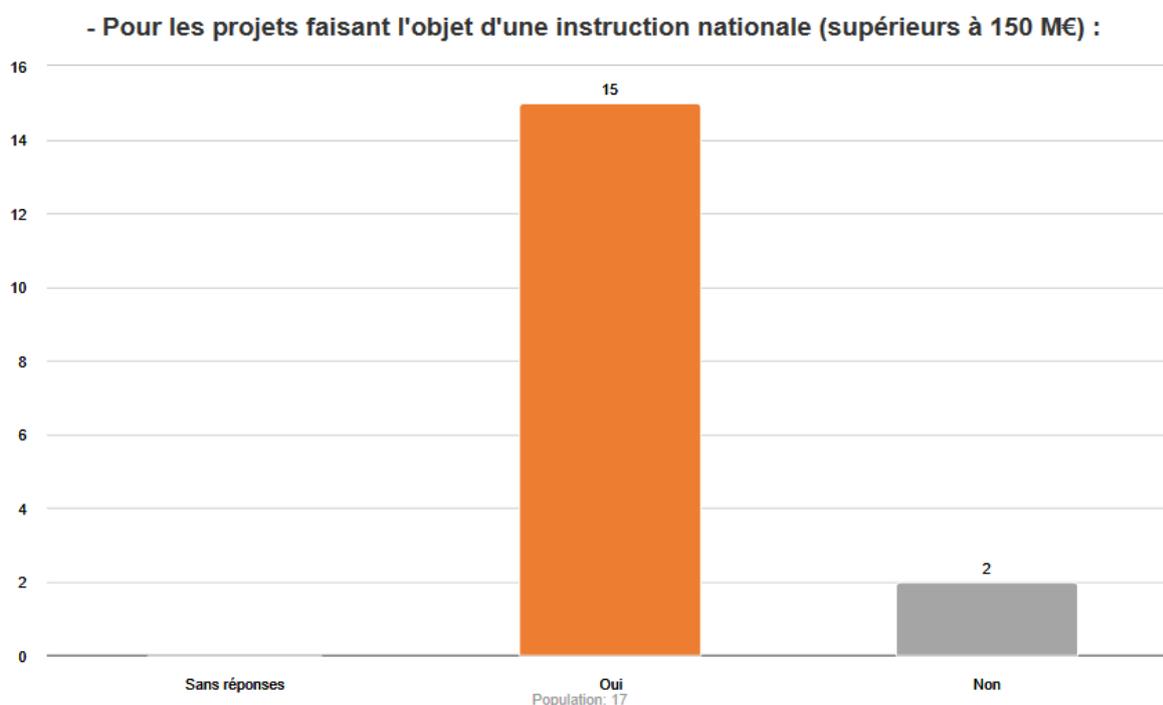
- en deux étapes **en Bretagne** pour les projets inférieurs à 20 M€ dans le cadre d’une instruction dite "simplifiée". L’établissement doit fournir une note descriptive indiquant les objectifs de l’opération et les besoins qu’elle doit satisfaire en matière d’offre et d’organisation des soins sur le territoire ; puis le préprogramme et la soutenabilité financière.
- **Dans les Hauts-de-France (HDF)**, les étapes 1 et 2 apparaissent être les plus structurantes dans la vie d’un projet : l’étape 1 vérifie le besoin, l’étape 2 vérifie le dimensionnement et la soutenabilité financière – l’étape 3 n’est normalement qu’une déclinaison de l’étape 2 et pourrait être allégée voire supprimée, tout en soulignant l’importance du suivi des projets après validation pour s’assurer de la cohérence continue entre le budget de l’opération et la trajectoire financière.
- **En Occitanie**, il a été décidé de revoir le processus d’instruction et de validation des projets en une étape unique au stade de faisabilité (entre l’étape 1 et l’étape 2). Cette simplification permet de déléguer plus rapidement les crédits et donc de permettre aux établissements de financer la réalisation de leur préprogramme et PTD (et autres études préalables). Dans cette nouvelle configuration, le schéma directeur immobilier et le projet médico-soignant

de territoire restent des éléments incontournables. Les étapes ultérieures du projet sont accompagnées par l'ARS à travers des réunions techniques régulières en fonction de la complexité du projet et des besoins de l'établissement, le projet est suivi annuellement à travers les revues de projet d'investissement régionale (RPI) et un point d'étape spécifique au niveau du PTD (validation ARS requise pour débloquer les crédits sur la phase étude) puis de l'APD (validation ARS requise pour débloquer les crédits sur la phase travaux) est organisé.

2.4.2 Pour les projets faisant l'objet d'une instruction nationale (supérieurs à 150 M€)

[647] Pour l'instruction des projets nationaux, **le processus en trois étapes paraît bien adapté pour la grande majorité des ARS** : 88 % des ARS répondantes l'estiment pertinent.

Graphique 15 :



[648] **Certaines ARS suggèrent néanmoins que le degré de complexité du projet puisse davantage être pris en compte pour adapter les modalités d'instruction des projets.**

[649] **L'ARS Occitanie** suggère ainsi que des projets jugés matures et sans risque particulier identifiés en étape 1 pourraient par exemple se voir exemptés de passage en COPIL sanitaire en étape 2 (suivi et validation au niveau ARS) et déposer directement le projet au niveau de l'étape 3 au stade du PTD pour validation finale.

[650] Comme pour les projets régionaux, **l'ARS HDF** considère que l'étape 3 n'est pas toujours nécessaire avec une étape 2 qui pourrait constituer une étape de validation pour basculer ensuite en suivi de projets. Là aussi, le degré de complexité des projets est à considérer pour éventuellement procéder à cette adaptation de processus.

[651] L'absence d'harmonisation du seuil de la contre-expertise indépendante (100M€) et d'instruction nationale (150M€) crée par ailleurs une complexité dans le processus d'instruction évoquée par les agences.

2.4.3 Autres axes d'améliorations suggérés pour accélérer les délais d'instruction et/ou sécuriser la validation des projets

[652] De nombreuses ARS reviennent dans l'enquête sur **les modalités de pilotage et les procédures relatives à l'instruction des projets**.

[653] Certaines agences ont ainsi choisi de **fixer des délais aux établissements pour cadencer le déploiement du plan**. L'ARS HDF a récemment informé les porteurs de projets des échéances à tenir en termes de validation (validation de l'étape 1 obligatoire en 2024 et validation finale obligatoire en 2025), les subventions pouvant être redistribuées soit à des projets en cours d'instruction souffrant d'une soutenabilité financière peu certaine, soit à des nouveaux projets prêts à être lancés (phase PTD).

[654] Pour les procédures nationales, les ARS expriment l'attente d'une clarification des attendus du national pour permettre de mieux anticiper la confection des dossiers (ceux de l'étape 3 pour l'ARS CVL), sachant que les administrations centrales déplorent quant à elles l'hétérogénéité des dossiers transmis. Un travail précisant ces attendus semble donc pertinent. Cette demande de clarification porte par exemple ce qui est attendu par le Copil sanitaire par rapport au SGPI. **Une uniformisation des livrables à transmettre** avec un cadrage plus strict des études à produire à **chaque étape** est donc demandé réciproquement entre agences et administrations centrales

[655] **En régions, les procédures sont parfois optimisées pour accélérer les calendriers**. En Haut de France, l'ARS autorise les ES à lancer leur appel à candidatures en temps masqué de l'instruction de l'étape 3, voire leur concours si le coût du projet semble cohérent et si le PTD n'apporte pas de remarques substantielles, même si l'ARS impose aux ES de ne pas signer de marché avec la maîtrise d'œuvre avant d'avoir obtenu la notification de la validation finale du projet.

[656] Comme indiqué précédemment **certaines ARS suggèrent une simplification du processus en fonction du degré de complexité des projets**. Pour l'ARS PACA, les deux premières étapes pourraient être regroupées en une seule phase pour les projets dont les enjeux sont limités et/ou lorsque les équipes sont suffisamment matures pour avoir appréhendé correctement la phase 1 afin d'accélérer les délais d'instruction. Pour la Normandie, le séquençage en trois étapes est pertinent pour les projets de grande envergure mais pourrait de même être questionné pour les plus petits projets. En effet, pour un projet régional de moindre montant, lorsque le projet est de petite envergure, l'étude de faisabilité et le préprogramme peut se juxtaposer. Certains projets passeront ainsi directement d'une étude de faisabilité au programme technique détaillé, sans nécessité de passage par les trois étapes.

[657] **Nombreuses sont les agences à souhaiter des appuis extérieurs pour mener à bien les opérations auprès des établissements**.

[658] En ARA, l'ARS a structuré l'accompagnement des établissements de plusieurs manières : des équipes territoriales immobilières ont ainsi été financées pour 6 GHT de la région avec pour

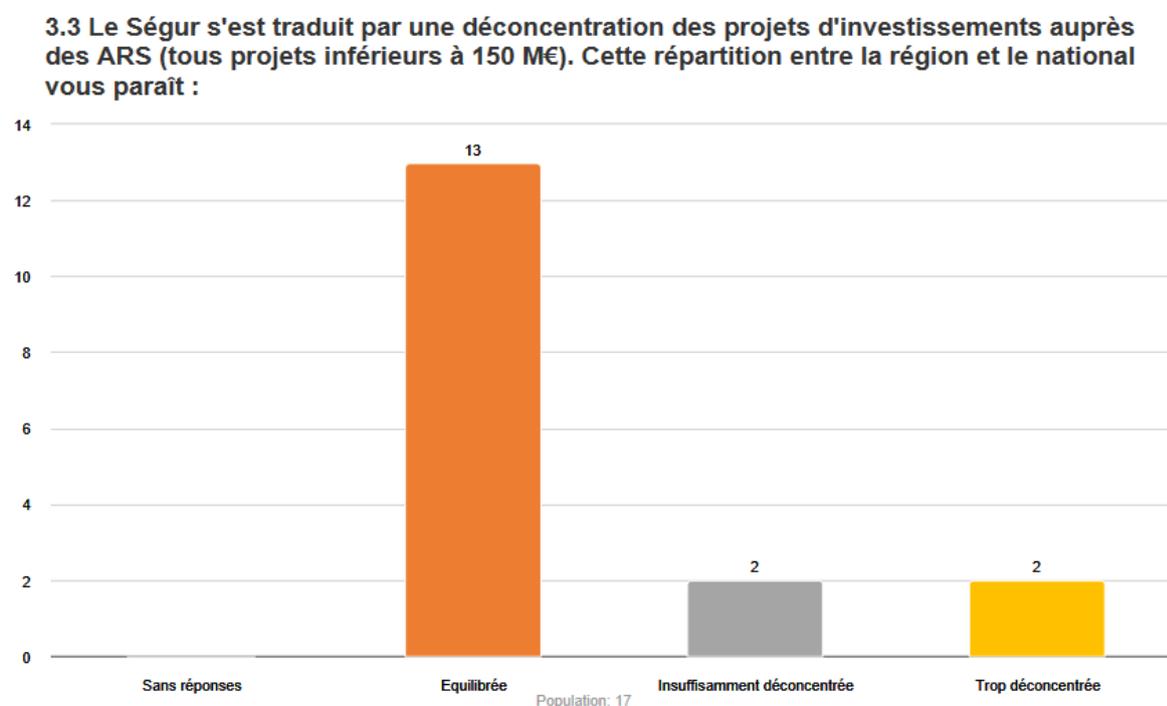
objectif d'accompagner, notamment par le financement de poste d'ingénieurs hospitaliers, la structuration et le déploiement des projets du territoire concerné, en intégrant la dynamique du GHT. Des missions d'accompagnement spécifiques ont également été mises en œuvre pour certains projets, pilotées par un binôme médecin / directeur d'hôpital, afin d'apporter une expertise sur l'analyse des organisations médicales graduées sur le territoire avec une traduction capacitaire et organisationnelle partagée. De même, en Bretagne, pour les établissements « périphériques » avec des fragilités dans le pilotage de grands travaux, le GHT pourrait se voir confier la compétence d'assurer la maîtrise d'ouvrage, ce qui sécuriserait la validation du projet. La région PACA développe également un appui à l'expertise mutualisé au niveau du GHT pour venir en soutien des établissements disposant de peu de ressources en interne.

[659] Enfin, les régions plaident pour prolonger les emplois Ségur au sein des ARS ou, pour les ARS qui ne disposent pas des ressources en interne, comme La Réunion, pour la possibilité de faire appel à des experts immobiliers nationaux. Dans ce cadre, la capacité du CSIS à accompagner certains projets régionaux est appréciée ou celle de l'ANAP avec ses "appui 360". Les agences demandent leur maintien voire le développement de ces accompagnements.

2.4.4 Appréciation du niveau de déconcentration des projets d'investissements auprès des ARS (150 M€)

[660] La grande majorité des ARS (13 sur 17 répondantes) considèrent que la déconcentration des projets d'investissement opérée par le Ségur constitue un point d'équilibre.

Graphique 16 :



[661] Pour autant, comme indiqué précédemment, certaines ARS considèrent qu'au-delà du seuil de 150 M€, c'est la criticité globale du projet (niveau de maturité, robustesse de l'équipe projet, situation financière...) qui doit permettre d'adapter les attendus et les différentes étapes

d'instruction (ARS Bretagne, PACA, Normandie, Occitanie). Ainsi, en Occitanie, certains projets relevaient initialement d'une instruction nationale mais ont été réattribués au niveau régional car considérés comme une succession d'opérations. La robustesse de la gouvernance du projet (compétences internes, ressources suffisantes, expérience antérieure, accompagnement extérieur, etc.), le contexte local (politique, adhésion-opposition des acteurs, etc.), la situation de l'établissement (situation financière, contexte social, etc.), la nature du projet (travaux en site occupés en phase successives VS construction nouvelle) sont des facteurs qui peuvent influencer directement le besoin d'une expertise nationale et d'un regard extérieur permettant de donner des préconisations claires sur les orientations à prendre par le projet.

2.5 Référentiels

2.5.1 Référentiels mobilisés couramment

[662] Les référentiels les plus couramment cités par les ARS sont ceux du CSIS et de l'ANAP :

- **Process d'instruction des dossiers d'investissement et référentiel de présentation du projet médico-soignant** du CSIS. Certaines ARS l'ont décliné régionalement (HDF par exemple).
- **Référentiel de "dimensionnement surfacique et préconisations architecturales" (CNIS) / référentiel et "repères dimensionnelles des établissements sanitaires surfacique et élaboration du coût global" (ANAP)**. Certaines ARS indiquent que les cellules investissements ont connaissance des référentiels CSIS et ANAP et adaptent leur analyse en fonction du type de projet (construction vs réhabilitation, contraintes bâtementaires et patrimoniales,). Les établissements sont également incités à utiliser ces outils dans l'élaboration de projets. Ces référentiels étant provisoires, une version définitive est attendue. Pour les agences ainsi que les hospitaliers, cette concomitance de référentiels sur des sujets proches appellent une convergence de ces outils.
- **« Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé » (classeur OSCIMES)**. Certaines ARS indiquent l'utiliser systématiquement dans l'instruction des dossiers (Normandie). D'autres mentionnent néanmoins le fait que les prix ne sont pas suffisamment actualisés (Bretagne) et appellent à une vigilance quant au caractère inflationniste du référentiel qui a tendance à fixer des fourchettes de coûts pour les entreprises (Occitanie).
- **Guide méthodologique RSE** élaboré par le CSIS mais le plus souvent en l'adaptant en régions (cf. annexe 6 relative à la transition écologique).
- **Le référentiel sur la plausibilité des risques "Plaushyris"** développé plus récemment par le CSIS semble davantage mobilisés par les agences les plus importantes, nécessitant il est vrai une expertise multi-dimensionnelle sur les projets (cf. encadré annexe 3). Certaines agences envisagent de le simplifier pour pouvoir l'utiliser pour des projets moins importants (Haut de France).

[663] De manière générale, certaines ARS déplorent que de nombreux référentiels et guides ont été publiés trop tardivement par rapport à l'avancement de l'instruction des projets (sans parler

de la sélection des projets intervenus de manière très accéléré comme évoqué supra) et n'ont pas pu de fait être utilisés lors de l'analyse des projets (Occitanie par exemple).

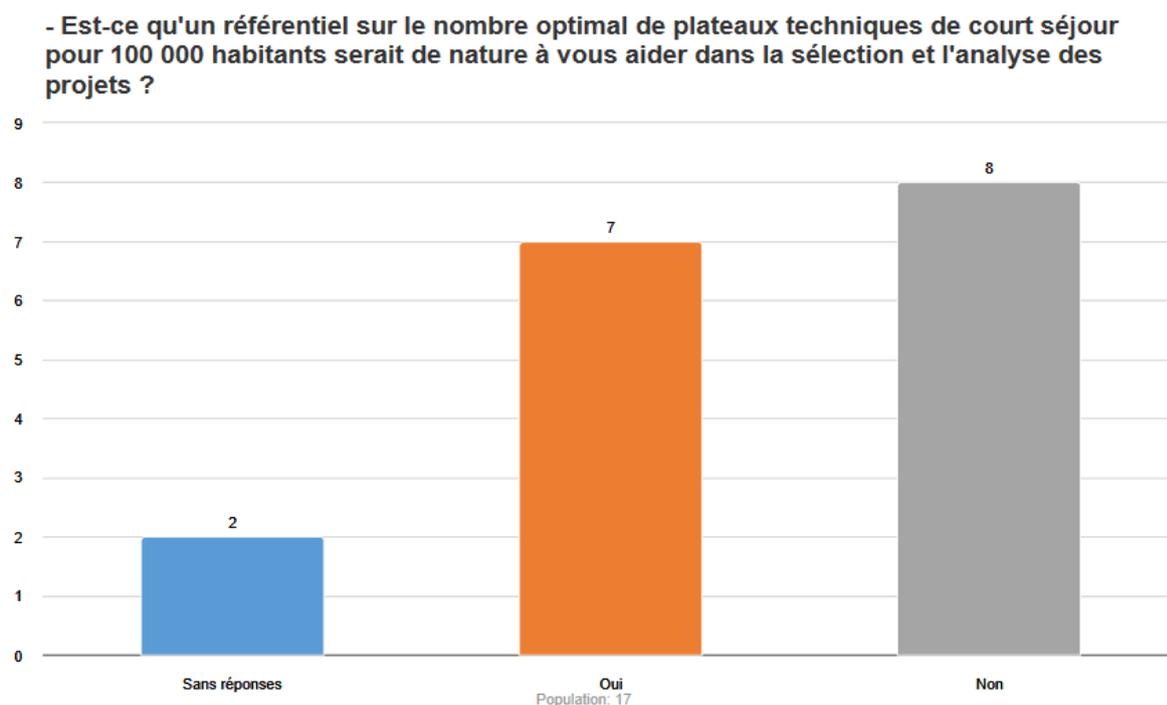
2.5.2 Référentiels potentiellement manquant

[664] Parmi les **référentiels manquants** sont plus particulièrement évoqués :

- un outil de suivi de projet et un référentiel sur les types de **marchés publics mobilisables** en fonction du type de projet immobilier (demande notamment formulée par la Corse et la Bretagne).
- Un référentiel sur la **taille critique des unités de soins** selon le service (néonatalité, psychiatrie, pédiatrique...) (Ile de France également).

[665] Répondant à la question sur l'opportunité d'un **référentiel sur le nombre optimal de plateaux techniques de court séjour** pour 100 000 habitants pour aider dans la sélection et l'analyse des projets, **les ARS se montrent partagées**.

Graphique 17 :



[666] Les ARS mettent en avant la spécificité de certains territoires (urbains, ruraux, montagne,...), la problématique des transports et les contraintes liées à la démographie médicale rendant difficile la définition d'un seuil unique ou supposant le cas échéant un outil adaptable et non prescriptif.

2.6 Mobilisation des crédits

2.6.1 Crédits issus des collectivités territoriales (Région, EPCI,...)

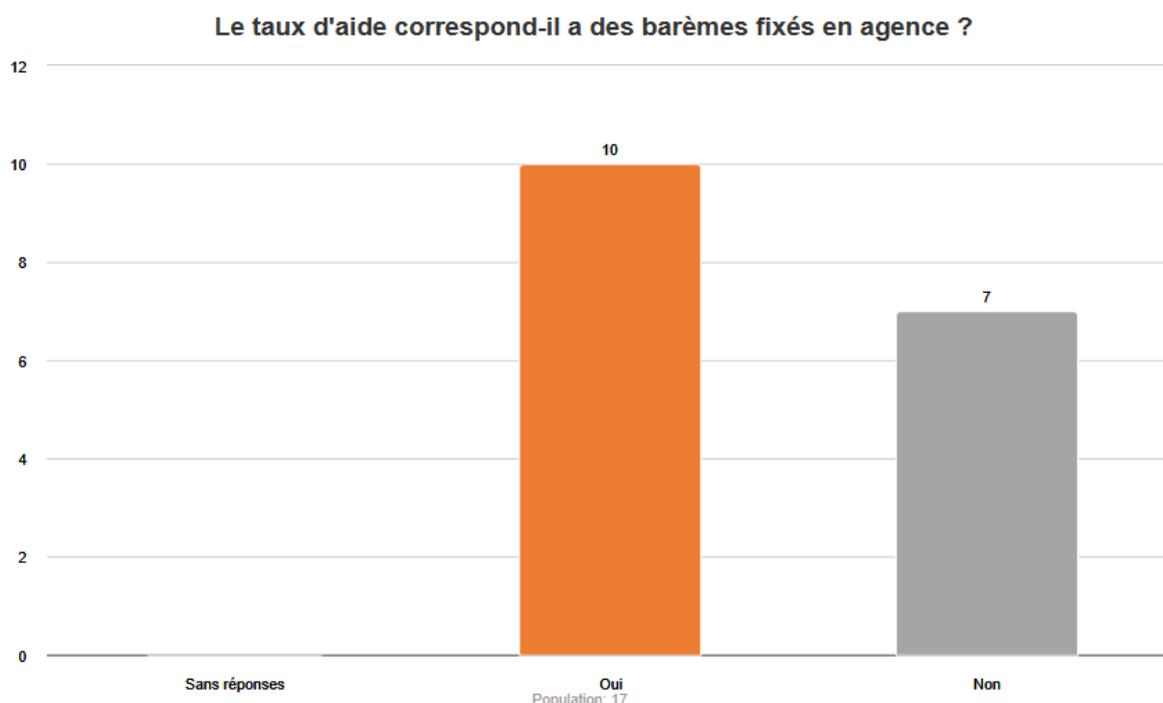
[667] Cinq régions indiquent mobiliser des crédits issus des collectivités territoriales (Région, EPCI,...) : Occitanie, PACA, Normandie, Martinique, et plus marginalement la Bretagne.

[668] Dans les trois premières, ce sont les Conseils régionaux qui ont abondé le plan Ségur, avec des montants assez divers.

2.6.2 Barémisation des aides

[669] Les ARS se répartissent sur la question de la barémisation des aides Ségur, une petite majorité d'entre elles ayant adopté des règles pour en fixer le taux tout en faisant preuve de flexibilité dans l'instruction des projets.

Graphique 18 :



[670] Les barèmes fixés tiennent compte de la situation financière des établissements (BFC). Les fourchettes fixées sont en général larges (10 à 63 % par exemple pour les établissements publics dans une région). Les barèmes peuvent également intégrer les priorités de santé publique fixées régionalement. Certaines régions ont fixé un taux d'aide socle (autour de 30 % par exemple) mais la dégradation de la situation financière l'a fait évoluer à la hausse pour certains dossiers.

[671] Les ARS n'ayant pas fixé de barème mettent en avant l'accompagnement au besoin de l'établissement et la catégorisation du risque du projet. La situation financière de l'établissement et l'analyse de PGFP conduisent à fixer le taux d'accompagnement.

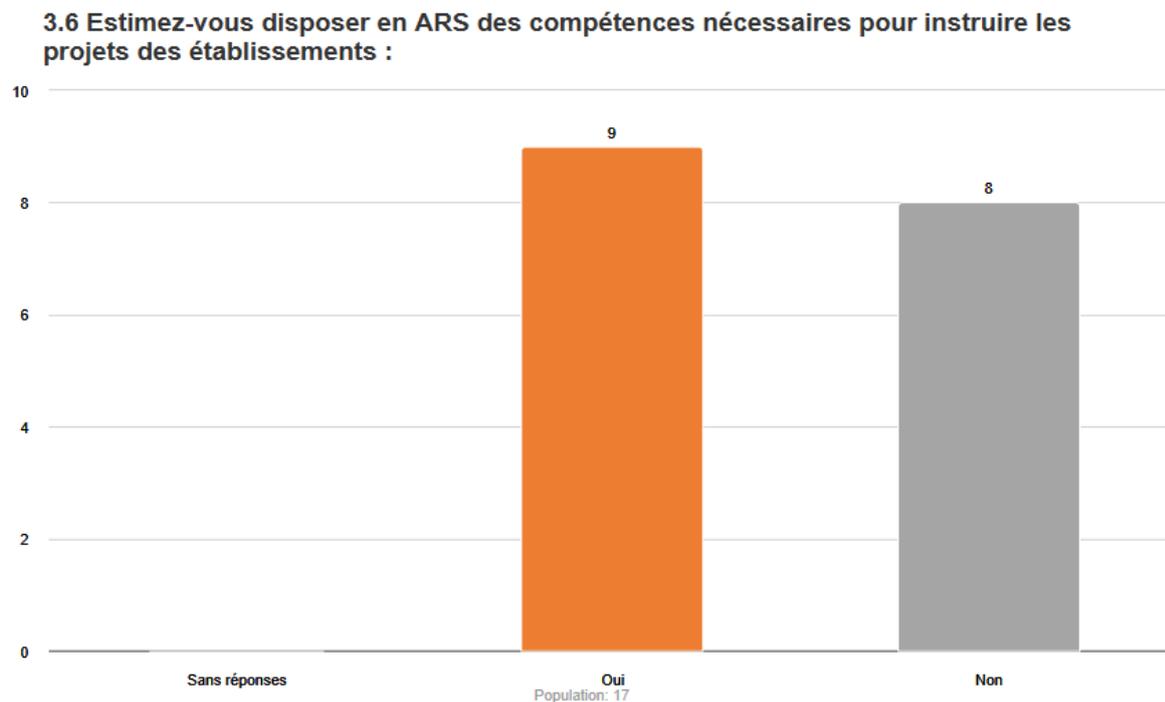
[672] **Au global, partant d'un barème ou n'ayant au contraire pas de doctrine ex ante, les agences soulignent toutes la nécessaire adaptation de l'enveloppe à la situation financière de l'établissement.**

[673] Enfin, sur les crédits, les agences mentionnent de manière assez convergente une difficulté pour contractualiser les crédits FMIS à fin 2025 nécessitant pour les établissements de disposer d'un niveau de trésorerie suffisant pour financer l'investissement dans l'attente du remboursement par la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Les crédits issus de l'article 50 ne semblent pas poser les mêmes difficultés avec une délégation soit en 2025 et 2028 et un formalisme moins important pour les mobiliser.

2.7 Compétences nécessaires en ARS pour instruire les projets des établissements

[674] Les agences se répartissent à parts égales sur les compétences nécessaires dont elles disposent pour instruire les projets des établissements : une moitié d'entre elles estime en disposer, l'autre non.

Graphique 19 :



[675] Les compétences manquantes qu'elles identifient concernent le plus fréquemment celles d'architectes ou d'ingénieurs pour instruire et suivre plus techniquement les projets. Le recrutement de ce type de profil est compliqué.

[676] Elles soulignent souvent la difficulté à constituer ces équipes dans le cadre du Ségur et appellent donc de leurs vœux un maintien des renforts Ségur alloués dans ce cadre pour les stabiliser (cf. annexe 3).

[677] De manière plus ponctuelle, elles signalent des compétences qui pourraient être complétées sur le volet développement durable (HDF par exemple).

[678] En l'absence de compétence interne, certaines agences indiquent recourir à des expertises externes (CSIS par exemple pour la Bretagne y compris sur des projets inférieurs à 150 M€).

2.8 Suivi des projets validés en régions

[679] L'ensemble des ARS organisent des **revues de projets d'investissement** (RPI) avec l'ensemble des établissements concernés, a minima tous les ans.

[680] Les régions continuent par ailleurs à mobiliser leur **Comité Régional pour l'Investissement en Santé (CRIS)**, avec parfois des réunions plus espacées qu'au lancement du Ségur, **pour organiser un suivi du déploiement des projets Ségur dans leur ensemble**. L'ARS Ile de France précise par exemple réunir cette instance co-présidée par le directeur général de l'ARS et le préfet d'Ile-de-France pour présenter la répartition des enveloppes Ségur (critères et modalités), mais aussi certaines initiatives particulières (logement des soignants par exemple) ou des points de suivi sur les projets significatifs.

[681] **Des points en cours d'année avec les établissements** peuvent également être organisés dans le cadre de comités de pilotage plus ou moins élargis (gouvernance hospitalière, élus locaux, autres services de l'Etat potentiellement impliqués,...) et/ou à l'occasion des instruction des EPRD/PGFP. En Occitanie par exemple, les projets jugés à risques font l'objet de réunions techniques de suivi plus resserrées infra-annuelles. Le suivi de chaque projet est assuré par un référent en direction départementale (de proximité) et un référent au sein de l'équipe Ségur au siège qui assure la coordination avec les différents experts. En Normandie, en phase travaux, le plan d'accompagnement des projets est semestriel.

[682] **En interne, les agences assurent un suivi opérationnel et stratégique**, plus étoffés dans les grandes régions :

- En ARA, l'instruction et le suivi des projets validés sont pilotés par les référents du pôle "performance et investissement", qui constituent des équipes projets avec l'ensemble des compétences internes de l'ARS : ingénieurs hospitaliers, médecins, référents de l'offre de soins hospitalière territoriale, référent financiers, direction de l'autonomie etc.
- En Ile de France, le suivi des projets validés est organisé, d'un point de vue opérationnel, avec une réunion organisée toutes les deux semaines avec l'ensemble des équipes participant à l'instruction des projets (contractualisés ou non) et une revue trimestrielle des investissements est planifiée dans le but de faire une photographie arrêtée de la situation de chacun des projets d'investissement. Ces instances recueillent les données nécessaires au bon suivi des projets et deux comités stratégiques par an présidé par la direction générale ont pour but d'identifier les projets à risque et de définir le suivi adapté de ces projets.
- En Nouvelle Aquitaine, le suivi s'appuie en interne sur la mise en place d'une cellule d'investissement regroupant les compétences internes au service de la stratégie d'investissement : ingénieurs, analystes financiers, chefs de projets, chargés de missions dédiés, responsables internes de l'offre. Le pilotage stratégique est assuré par les Directeurs métiers de l'offre et le pilotage opérationnel est réalisé par une direction déléguée.

- En PACA, à l'issue des RPI, le dossier est présenté en Comité Régional d'Investissement (CRI) interne à l'ARS PACA et présidé par le DG.

[683] Certaines agences font état d'un **système de documentation partagée**, par exemple :

- En Bourgogne Franche-Comté (BFC), les données sont concentrées sur un outil de suivi au niveau régional, partagé avec tous les agents concernés notamment au niveau territorial.
- En Nouvelle-Aquitaine, celui-ci s'appuie sur une fiche de suivi qui est renseignée et actualisée tous les ans par l'établissement. Cette fiche intègre les paramètres principaux du projet (surfaces, cout, calendrier) et les indicateurs financiers de l'établissement. Des indicateurs spécifiques sont intégrés dès lors que l'instruction a mis en avant des enjeux de suivis particuliers : trajectoire d'activité, plan de performance - RSI, enjeu environnemental...

2.8.1 Principales difficultés identifiées pour mettre en œuvre les projets d'investissements Ségur dans les régions

[684] Les deux principales difficultés évoquées sont les financements, d'une part, et la capacité des établissements à piloter de grands projets d'investissements d'autres part.

[685] **Toutes les ARS évoquent la difficulté à financer les projets d'investissements qui ont été sélectionnés et annoncés en 2021 au regard de la dégradation des situations financières des établissements croisée à la hausse des coûts.** L'évolution induite des réformes de financement hospitalières qui visent à réduire la part activité comme source de recettes placent certains projets en forte incertitude.

[686] Les facteurs évoqués sont multiples avec une sous-estimation initiale et un redimensionnement des projets, un contexte inflationniste marqué par une hausse des coûts de la construction, des taux d'intérêt élevés et une dégradation prévisionnelle quasi globale de la situation financière des établissements.

[687] Pour certaines régions, cette difficulté est plus forte encore pour les projets des hôpitaux de proximité. Le contexte insulaire dans l'outre-mer limite la concurrence et majore encore les coûts de construction signalent les ARS ultra-marines.

[688] **Pour nombre de projets, les agences indiquent nécessaire de revoir l'ambition de certains projets et/ou de travailler sur une première phase soutenable** et pouvant avoir un effet de levier pour la suite. Pour les établissements contraints de revoir les périmètres des projets, cela requiert un accompagnement d'autant plus important des équipes de direction afin de maintenir les dynamiques en place et gagner l'adhésion des communautés.

[689] Pour les ARS, le maintien en région des crédits Hôpital 2007-Hôpital 2012 apparaît comme un levier complémentaire de sécurisation des financements de projets validés, parfois déjà fortement engagés.

[690] **Les agences pointent également en grande majorité la capacité des établissements à concevoir et piloter de tels projets d'investissements.**

[691] Certaines d'entre elles déplorent la maturité de réflexion des projets par les établissements de santé avec une approche souvent trop technique ou de reproduction de l'existant au détriment d'une réelle analyse des besoins du territoire et de l'écosystème présent.

[692] Elles questionnent également la capacité des établissements à piloter des projets d'investissement par nature complexes. Il est constaté une gestion de projet perfectible au niveau d'établissements qui sont souvent en difficulté pour structurer et animer une équipe projet, suivre les principaux paramètres du projet et mettre en place des outils de suivi.

[693] Face à ces faiblesses, le recours à des AMO est quasi systématique avec une faible analyse critique sur les rendus de la part des établissements. Dans certaines régions comme l'Occitanie, il a pu être constaté une omniprésence de 2-3 cabinets, par conséquent peu disponibles pour véritablement accompagner les établissements et répondre aux différentes sollicitations et peu novateurs dans leurs approches. La mission a pu recueillir le même constat dans le cadre de ses entretiens avec les professionnels du BTP : avec les plans massifs d'investissements, des goulets d'étranglement se constituent également pour ce secteur.

2.8.2 Suggestions et bonnes pratiques à partager pour améliorer le pilotage national et régional des projets d'investissement Ségur

[694] **Les ARS mettent en œuvre des dispositifs pour renforcer les maîtrises d'ouvrage.** Comme évoqué supra, l'ARS ARA accompagne des équipes d'ingénierie de GHT pour assurer la mise en œuvre des projets immobiliers tout comme la région CVL. C'est le cas également en Normandie à l'appui d'un appel à manifestation d'intérêt.

[695] Concernant les difficultés liées aux AMO, certaines agences suggèrent une forme de labellisation qui pourrait avoir un intérêt alors que les établissements sur-sollicitent les acteurs référencés auprès des centrales d'achats qui n'ont pas toujours réellement les ressources nécessaires et compétentes à déployer.

[696] Pour l'Occitanie, des alternatives au recours systématique à des cabinets externes mériteraient d'être réfléchies avec la constitution d'une équipe d'experts mutualisée (mission de conseil internalisée) chargée par exemple d'accompagner le démarrage des projets, de proposer des méthodologies de travail pour la rédaction des documents constitutifs des dossiers voire de participer directement à la rédaction de certains documents (et pas uniquement de donner un avis).

[697] **Les ARS sollicitent par ailleurs quelques évolutions du pilotage national.**

[698] Pour les projets soumis au passage en COPIL, **une clarification des jalons d'instruction et de leurs attendus**, des durées de phase ainsi que des rôles des nombreux acteurs (établissement, ARS, CSIS, DGOS, SGPI) semble nécessaire pour permettre une meilleure lisibilité des processus et une sollicitation à bon escient des ressources.

[699] Elles préconisent **un outillage informatique** pour suivre et sécuriser l'évolution des projets. Un système d'information national aurait l'intérêt d'améliorer également le reporting à l'échelle nationale. Celui-ci pourrait être rendu plus interactif sous un format de tableau de bord numérique permettant une actualisation et une remontée des données plus actualisées. Une

interface type baromètre de l'action publique pourrait également faciliter la communication auprès du grand public de l'avancée de la stratégie et du déploiement du plan.

[700] Certaines d'entre elles suggèrent de guider les ARS sur la notion de transformation de l'offre de santé sur le territoire avec **un outil permettant de réaliser des projections d'offre compatible avec les besoins infra-territoriaux et en lien avec les évolutions démographiques et de santé de la population.**

[701] Enfin, **une réflexion nationale autour des procédures de marchés publics** applicables serait intéressante pour les agences afin de documenter et de trouver des leviers d'actions permettant de limiter les impacts sur les coûts et les délais des opérations des établissements publics (demande formulée par les ARS Occitanie et PDL par exemple).

Tableau 6 : Etablissements sélectionnés par la mission

ARS	Projet régional avant étape 1 (ou étape 1 à défaut)	Projet régional ayant franchi l'étape 3 - projet validé (ou étape 2 à défaut)	Projet national
ARA	CH de MEXIMIEUX	CH de MOULINS YZEURE	CHU de GRENOBLE
BFC	CH HCO	Hospices civils de BEAUNE	-
BRE	CH de SAINT-BRIEUC	CH de MORLAIX	GHBA (Vannes)
COR	CH de BASTIA	CLINISUD	-
CVL	CH de CHATEAUROUX-LEBLANC	KORIAN PARC DE GASVILLE	CH de BLOIS
GE	CLINIPSY TROYES	CHI NORD ARDENNES	CHU de NANCY
GUA	-	CH de la BASSE-TERRE	-
HDF	CH BAILLEUL	CH CHATEAU THIERRY	CHU de LILLE
IDF	CH PROVINS	CH Sud 77	GPNE
MAR	CHNC	CH SAINT ESPRIT	CHU de MARTINIQUE
MAY	-	-	CH de MAYOTTE
NA	Centre de réadaptation du MOULIN VERT	CH d'OLORON-SAINTE-MARIE	CHU de BORDEAUX
OCC	CH VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	CH d'AUCH	CHU de TOULOUSE
PACA	CHI des ALPES DU SUD	CH d'ARLES	-
REU	CHU de la REUNION	Clinique des FLAMBOYANTS	-
PDL	EPSM de VENDEE CH GEORGES MAZURELLE	Centre de réadaptation de l'ESTUAIRE/Centre de SSR du CONFLUENT	CHU d'ANGERS
NOR	CHU de ROUEN	CH de la RISLE-PONT AUDEMER	-