

# 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 1 RAPPORT

Thomas  
**Le Ludec**

Stéphane  
**Mulliez**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

# SYNTHESE

[1] **Le plan d'investissement immobilier Ségur**, lancé en mars 2021, vise à accélérer la transformation de l'offre de soins dans les territoires. **Il mobilise 7,5 Mds€ de crédits, principalement déconcentrés au niveau des Agences régionales de santé (ARS)**, en partie refinancés par l'Union européenne dans le cadre du plan France Relance.

[2] Plus de trois ans après son lancement, il était demandé à la mission **d'analyser le rôle des acteurs de la gouvernance nationale**, notamment l'articulation du Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) créé en 2021, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) et **d'apprécier les modalités de déconcentration des processus d'investissements au niveau des ARS ainsi que la prise en compte de la transition écologique** dans ces opérations d'investissement.

[3] L'objectif de la mission était de **proposer des simplifications** pour accélérer la concrétisation des projets immobiliers actés dans le cadre du Ségur, **tout en sécurisant le dispositif** pour qu'il ne se traduise pas par une dégradation durable de la situation budgétaire des établissements concernés.

**Au terme de ses travaux, la mission fait le constat que, si le Ségur constitue un plan d'investissement massif et volontariste, sa mise en œuvre est décalée compte tenu de la trajectoire financière des projets et de leur niveau de maturité initiale.**

[4] Les conditions de lancement du Ségur ont été marquées par un fort volontarisme politique, se traduisant par la brièveté de la période initiale d'identification des projets et de définition des stratégies régionales, formalisées dès octobre 2021. Reposant sur l'identification d'environ **800 projets**, **le Ségur constitue un plan d'investissement potentiellement massif par son effet de levier, avec plus de 31 milliards d'euros d'opérations recensées à mai 2024**. Il a permis un début de reprise des investissements hospitaliers depuis 2021, encore insuffisante toutefois pour enrayer l'augmentation de la vétusté du patrimoine hospitalier.

[5] Les projets accusent toutefois des retards. **Seulement 37 % des projets de plus de 20 millions d'euros présentaient un programme technique détaillé validé à mai 2024**, alors que les durées indicatives d'instruction pour parvenir à cette étape, définies par le CSIS, étaient comprises entre un an et demi et deux et demi. Au regard de ce déroulé type, **ce sont donc l'ensemble des projets identifiés fin 2021 qui auraient dû être validés mi 2024**.

[6] **Les principaux facteurs de report sont la dégradation de la situation financière des établissements, le renchérissement du coût des projets mais également la maturité initiale des projets très hétérogènes**. Ce constat vaut pour les projets instruits nationalement (d'un montant supérieur à 150 M€ et ne représentant que 5 % des projets) et, dans une moindre mesure, pour les projets régionaux (inférieurs à 150 M€ et représentant 95 % des projets), qui sont plus avancés.

[7] **Les procédures d’instruction fortement renouvelées en 2021**, conçues en rupture par rapport à la période précédente du Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l’offre de soins hospitaliers (COPERMO), **ne sont donc pas la cause du déploiement encore partiel du plan Ségur**.

[8] **Ces nouvelles procédures ont en effet répondu dans l’ensemble aux attentes** en structurant une analyse progressive des projets en trois étapes, en favorisant un examen d’alternatives dans les schémas directeurs et les projets médicaux et en apportant plus de garanties de soutenabilité financière des projets.

[9] Au niveau national, **le travail réalisé par le CSIS et par le comité de pilotage investissement en santé permet une meilleure appropriation des projets**, quitte à en revoir le périmètre, et d’éviter de les bloquer sans perspectives, comme ce pouvait être le cas antérieurement. Le vivier pluridisciplinaire des experts du CSIS favorise cette dynamique, en associant plus avant les soignants. Pour autant, il faut remarquer que **l’ANAP n’a pas été associée à cette expertise**, contrairement au volet médico-social du Ségur, alors qu’elle dispose de ressources sur les questions immobilières et la gestion hospitalière dans son ensemble.

[10] **L’instruction des projets au niveau local a également répondu à la recherche d’une plus forte territorialisation des projets**, même si les groupements hospitaliers de territoire (GHT) n’ont pas été associés à leur sélection. Pour les plus petits projets, les ARS ont par ailleurs su mettre en œuvre des simplifications de procédures qui sont à encourager lorsque les projets ne présentent pas de difficulté majeure.

[11] En complément des constats opérés ci-dessus, la mission a examiné la capacité des établissements de santé à mener à bien ces opérations immobilières d’envergure. Elle identifie **la faiblesse des maîtrises d’ouvrage comme un élément majeur de difficulté**, préoccupation largement partagée par les interlocuteurs de la mission (ARS, CSIS, Conférences hospitalières, professionnels du bâtiment,...).

[12] Dernier constat, **le Ségur de l’investissement ne comprenait pas à son origine d’objectif environnemental et reste encore insuffisamment outillé aujourd’hui sur cette question de la transition écologique**, malgré une réelle volonté de l’ensemble des acteurs d’agir dans cette direction.

[13] **Au regard de l’ensemble de ces éléments de diagnostic, les recommandations de la mission s’articulent en trois axes.**

**Le premier axe vise à simplifier les procédures d’instruction, tout en les sécurisant.**

[14] Au terme de ses analyses, la mission considère que la déconcentration des investissements opérée par le Ségur constitue un point d’équilibre satisfaisant en ne réservant à l’échelon national que les projets les plus importants. Pour autant, le seuil financier de 150 M€ ne paraît plus totalement pertinent. Certains projets supérieurs à 150 M€ ne posent pas de difficulté majeure. D’autres projets inférieurs à ce montant mériteraient en revanche une expertise nationale. **La mission recommande donc de concentrer le processus d’instruction nationale sur les projets les plus critiques**, en mesurant cette criticité à partir d’outils développés par le CSIS et l’ANAP. Les seuils d’examen pourraient être réaménagés dans ce cadre. Ainsi, tous les projets supérieurs à

100 M€ feraient l'objet d'une analyse de risques partagée entre l'ARS et le COPIL national et seuls les projets supérieurs à 200 M€ seraient systématiquement soumis à l'instruction nationale.

[15] **Le rôle du SGPI pourrait être repositionné en conséquence**, en concentrant la contre-expertise indépendante (CEI) sur les impacts socio-économiques des projets pour ne plus doubler avec les avis du CSIS et en anticipant ses travaux sans attendre la fin de l'instruction **pour éviter un allongement des délais en bout de processus de 4 à 6 mois.**

[16] **Tout en saluant le travail fait par le CSIS depuis 2021**, qui a su fédérer une expertise de terrain pluriprofessionnelle, produire les guides et référentiels inscrits dans sa feuille de route et produire des avis apportant une réelle plus-value aux projets instruits nationalement, **la mission fait en parallèle le constat de certaines fragilités** tenant notamment à un fonctionnement fondé sur des ressources non permanentes et une capacité d'appui aux établissements pour des projets inférieurs à 150 M€ par ailleurs limitée.

[17] **La mission recommande la constitution d'un pôle national d'expertise fort et stable, dédié aux investissements immobiliers en intégrant les fonctions du CSIS au sein de l'ANAP.** Cette agence dispose en effet également d'outils pour accompagner les stratégies immobilières des établissements qu'elle peut associer à ses autres champs d'intervention. **La convergence de cette expertise pour la rendre plus pérenne, en capitalisant sur les acquis du CSIS et ceux de l'ANAP, est atteignable rapidement, sans discontinuité et à coût constant. Un accompagnement par la DGOS sera nécessaire pour accompagner cette transition.**

[18] Au regard des montants d'opérations considérés, il convient de **renforcer le cadre déontologique de la fonction d'expertise** en le formalisant davantage pour garantir la prévention des conflits d'intérêt de chaque expert.

[19] Avec une grande majorité de dossiers restant à instruire au niveau régional, **la mission considère enfin que les renforts en personnels positionnés en 2022 auprès des ARS doivent être maintenus jusqu'en 2028** pour maîtriser le processus d'instruction et le suivi des projets. Une réduction dès 2025 de ces effectifs fragiliserait les recrutements et l'expérience acquise et serait un facteur de risque pour la poursuite du déploiement du Ségur. Une partie de ces emplois pourrait être gagée par la diminution de prestations intellectuelles auxquelles les agences ont recours.

### **Le deuxième axe repose sur le pilotage stratégique du plan et sa contribution à la transition écologique.**

[20] Le conseil national investissement santé (CNIS) créé dans le cadre du Ségur n'a plus été réuni depuis juillet 2021 et n'a pas assuré sa mission de pilotage stratégique du Ségur Investissement.

[21] **Or, un tel pilotage est nécessaire pour cadencer le déploiement des opérations, préciser les priorités stratégiques du plan**, définies de manière assez générale en 2021 et suivre leur mise en œuvre et s'appuyant sur des indicateurs qui restent encore à définir. Les CPOM Etat-ARS en cours de renouvellement et les objectifs annuels fixés aux directeurs généraux d'ARS peuvent contribuer à la diffusion d'objectifs auprès des agences.

[22] Au vu de la dégradation de la situation financière et de l'augmentation du coût des projets, **le CNIS pourrait arbitrer la question d'une nouvelle priorisation de certains projets et en définir les modalités pratiques** : abandon de projets, reconfiguration des projets en fonction des enveloppes disponibles, phasage des projets avec tranches optionnelles, réorientation du projet médical territorial.

[23] **Dans le même temps, cette instance aurait pu contribuer à mobiliser certaines ressources complémentaires**, comme le réemploi des crédits issus des plans hôpital 2007 et 2012 et la recherche de financements complémentaires auprès des collectivités territoriales, qui ont en définitive peu contribué au financement du Ségur, ou dans le cadre de la transition écologique.

[24] **Cette question de la transition écologique ne constituait pas un objectif prioritaire au lancement du Ségur**, ciblant les enjeux de transformation de l'offre et de gradation des soins, et n'a pas été clairement repriorisée depuis au plan stratégique. Si le CSIS a élaboré un **guide relatif au développement durable dès 2022**, il conviendrait désormais de **le rendre opposable et d'y associer des objectifs en matière d'économies d'énergie et de réduction des émissions de gaz à effet de serre**.

### **Le troisième et dernier axe concerne la gestion du patrimoine hospitalier et le renfort de la maîtrise d'ouvrage des établissements hospitaliers.**

[25] La mission recommande que des travaux soient relancés pour **dresser un recensement du patrimoine hospitalier** en veillant à son interfaçage avec les bases de données existantes, permettant de prioriser les investissements au-delà du seul plan Ségur (vétusté, potentiel d'évolutivité, empreinte carbone,..), à l'image de l'expérience québécoise.

[26] **Pour renforcer les maîtrises d'ouvrage hospitalière, il est proposé de procéder à une modification législative pour confier aux établissements support des GHT cette compétence**. Une proportion importante des établissements support de GHT disposent a priori d'équipes techniques plus solides du fait de leur taille, contrairement aux établissements « parties » des groupements. Cette modification à fort impact opérationnel aurait également une dimension stratégique en renforçant le caractère territorial des investissements travaillés à l'échelle des groupements, en lien avec leurs projets médico-soignants partagés. Il se traduirait par des schémas directeurs territoriaux, techniques et immobiliers.

[27] **De manière subsidiaire et expérimentale/complémentaire (cf. échange avec les DGARS, à arbitrer après le copairs)**, là où les équipes de GHT ne seraient pas suffisamment solides, **un maître d'ouvrage délégué national** pourrait proposer aux ARS et aux établissements de prendre en charge certaines opérations et d'en assurer la maîtrise d'ouvrage, comme cela est développé dans d'autres secteurs ministériels (justice, universités,...). Cette **maîtrise d'ouvrage déléguée pourrait aussi être proposée à l'échelle régionale**. Elle nécessiterait une modification législative pour sécuriser la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage relevant aujourd'hui du chef d'établissement.

[28] Enfin, il convient de **renforcer la formation à la conduite d'opérations** pour les chefs d'établissement et les présidents de Commission médicale d'établissement (CME) engagés dans un projet immobilier d'ampleur et, face à la difficulté de recrutements d'ingénieurs, de **développer la filière d'ingénierie hospitalière**, en initiant un partenariat entre le secteur de la santé et des grandes écoles du bâtiment.

Les propositions du rapport visent à **renforcer de manière pérenne la maîtrise du pilotage et de la mise en œuvre des investissements immobiliers des établissements hospitaliers**. Il s'agit d'en garantir la pertinence quelle que soit l'évolution du mode de financement de ces investissements, objet du **deuxième volet à venir de la mission sur les stratégies de programmation pluriannuelle de ces investissements**.

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>Simplifier et sécuriser les procédures d'instruction des projets Ségur</b>				
1	Encourager les simplifications de procédures régionales pour les projets non critiques	2	DGOS SGMAS ARS	2024
2	Réserver l'instruction nationale des projets pour les dossiers les plus critiques et réviser les seuils d'instruction en ce sens	1	DGOS	A partir de 2025
3	Repositionner le contenu de la contre-expertise indépendante du SGPI sur le volet socio-économique et la réserver aux projets les plus critiques	2	SGPI	2025
4	Constituer un pôle national d'expertise immobilière fort et stable en intégrant les fonctions du Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) au sein de l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP)	1	DGOS ANAP	Fin 2024/ Début 2025
5	Renforcer le cadre déontologique par l'adoption et l'application d'une charte de l'expertise prévoyant les règles de déports, leur traçabilité, la responsabilité de chaque expert dans la prévention des situations de conflits d'intérêts	1	DGOS ANAP	Fin 2024/ Début 2025
6	Prolonger les postes Ségur dédiés aux investissements immobiliers au sein des ARS jusqu'en 2028 en gageant pour partie cette dépense par une diminution des prestations externes	1	SGMAS DGOS	2024
<b>Renforcer le pilotage stratégique du plan Ségur et sa contribution à la transition écologique</b>				
7	Définir les indicateurs d'impact du Ségur sur l'offre de soins, les enjeux territoriaux, le développement durable et normaliser les livrables attendus pour l'instruction nationale des dossiers	1	DGOS ANAP	Fin 2024/ Début 2025
8	Réunir le conseil national investissement santé (CNIS) pour renforcer le pilotage stratégique et intégrer des objectifs relatifs au Ségur dans les futurs CPOM Etat-ARS et dans les lettres de mission annuelle adressées aux directeurs généraux des ARS	1	DGOS SGMAS	Fin 2024/ Début 2025
9	Développer un référentiel opposable d'analyse des enjeux environnementaux des dossiers Ségur afin de mettre en place des objectifs de performance environnementale, incluant notamment le gain énergétique et la baisse des émissions de gaz à effet de serre attendus	2	DGOS ANAP	Fin 2024/ Début 2025

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Proposer au ministère chargé de l'énergie un programme national «certificat d'économie d'énergie» pour financer le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et encourager les établissements à mobiliser des sources de financement par des tiers	2	DGOS ANAP ARS	2025
<b>Renforcer la gestion du patrimoine hospitalier et les maîtrises d'ouvrage</b>				
11	Confier à l'ANAP le recensement du patrimoine hospitalier à partir des bases de données existantes	2	DGOS ANAP	2025
12	Confier à l'ANAP l'élaboration d'une stratégie patrimoniale hospitalière	3	DGOS ANAP	2025
13	Proposer une disposition législative pour confier la maîtrise d'ouvrage des opérations d'investissements immobilier aux établissements supports des Groupements hospitaliers de territoire et développer un schéma directeur territorial technique et immobilier validé en comité stratégique	1	DGOS	2025
14	Expérimenter, dans le cadre de l'évolution législative proposée pour les GHT, des dispositifs de maîtrise d'ouvrage déléguée à l'échelon national et/ou régional	2	DGOS	2025
15	Renforcer le niveau de compétences des maîtres d'ouvrage en développant les formations à la conduite d'opérations pour les chefs d'établissement et les présidents de CME engagés dans un projet immobilier d'ampleur, d'une part, et d'autre part, renforcer la filière d'ingénierie hospitalière, en initiant un partenariat avec des grandes écoles du bâtiment dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt	2	DGOS	2025



# SOMMAIRE

Synthèse.....	2
Recommandations de la mission.....	7
Sommaire.....	9
Rapport .....	11
1 Le plan Ségur constitue une réelle avancée mais sa mise en œuvre est partielle .....	13
1.1 LE PLAN SEGUR VISE UNE RELANCE DES INVESTISSEMENTS, AVEC UNE GOUVERNANCE RENOUVELEE....	13
1.1.1 7,5 Mds€ ont été mobilisés pour financer les projets immobiliers des établissements sanitaires (valeur 2021) .....	13
1.1.2 Le plan Ségur s’est traduit par une forte déconcentration des aides à l’investissement et une gouvernance renouvelée nationalement .....	14
1.1.3 Le Ségur constitue a recherché à exercer un effet de levier avec plus de 31 milliards d’euros d’opérations (valeur 2024) .....	15
1.2 LE PLAN SEGUR AMBITIONNAIT UN CALENDRIER RESSERRE MAIS SA MISE EN ŒUVRE SE DECALE DANS LE TEMPS .....	16
1.2.1 Les opérations éligibles ont été identifiées dès 2021 mais seulement 37 % des projets de plus de 20 millions étaient validés à mai 2024 .....	16
1.2.2 Les décalages sont avant tout imputables à la trajectoire financière des projets et à leur maturité initiale .....	18
1.3 LE PLAN SEGUR SE TRADUIT PAR UNE AUGMENTATION DE L’EFFORT D’INVESTISSEMENT DES HOPITAUX MAIS CE QUI N’INVERSE PAS A CE STADE LA DEGRADATION DU PATRIMOINE HOSPITALIER .....	21
1.3.1 L’effort d’investissement des hôpitaux publics reprend en 2021 .....	21
1.3.2 La vétusté du patrimoine hospitalier continue à se dégrader.....	22
2 La mission préconise de maintenir l’économie générale du plan Ségur tout en aménageant fortement les modalités d’expertise des projets .....	23
2.1 LES PROCESSUS D’INSTRUCTION EN GRANDE PARTIE DECONCENTRES CONSTITUENT UN POINT D’EQUILIBRE A LA CONDITION DE MODIFICATIONS IMPORTANTES .....	24
2.1.1 Le processus d’instruction est logique et pédagogique .....	25
2.1.2 L’instruction nationale pourrait être concentrée sur les dossiers les plus critiques avec un aménagement des seuils.....	26
2.1.3 Le rôle du SGPI dans l’instruction des dossiers nationaux est à repositionner dans ce cadre .....	27
2.2 L’INTEGRATION DES MISSIONS DU CSIS AU SEIN DE L’ANAP EST PRECONISEE .....	28
2.2.1 L’apport du CSIS est structurant dans l’instruction des dossiers nationaux .....	28
2.2.2 L’ANAP n’est pas partie prenante sur le Ségur Investissement alors qu’elle a une expérience et des ressources sur l’expertise immobilière .....	30
2.2.3 Les modes d’interventions de l’ANAP peuvent contribuer à l’appréciation des stratégies immobilières des établissements.....	31

2.2.4	La mission préconise une intégration du CSIS au sein de l'ANAP .....	31
2.2.5	Les modalités de convergence et de réorganisation de l'expertise sont atteignables rapidement à la condition d'un accompagnement rapproché par la DGOS.....	33
2.3	LA MISE EN PLACE DU PLAN SEGUR S'EST ACCOMPAGNE DE RENFORTS AUPRES DES AGENCES REGIONALES DE SANTE QU'IL CONVIENT DE CONFORTER EN APPLICATION DU PRINCIPE DE DECONCENTRATION .....	35
3	Ce scénario suppose de renforcer le pilotage stratégique du plan Ségur et de mettre en place une vision patrimoniale de long terme .....	36
3.1	LE PILOTAGE STRATEGIQUE DOIT ETRE CONFORTE .....	36
3.1.1	Le comité de pilotage de l'investissement en santé anime le dialogue de gestion avec les ARS mais ne consolide pas de données permettant de mesurer l'impact structurel du Ségur .....	36
3.1.2	Le pilotage national mériterait d'être renforcé au niveau du CNIS .....	37
3.1.3	Un pilotage renforcé serait de nature à accentuer la dimension écologique du Ségur et mobiliser des sources de financement complémentaires .....	39
3.2	IL EST PROPOSE DE CONSTITUER NATIONALEMENT UN INVENTAIRE PATRIMONIAL ET UNE DOCTRINE IMMOBILIERE INTEGRANT LA PROBLEMATIQUE DES MARCHES PUBLICS.....	42
3.3	LA REUSSITE DES OPERATIONS IMMOBILIERES NECESSITE UNE MAITRISE D'OUVRAGE RENFORCEE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS.....	45
3.3.1	Pour renforcer les maîtrises d'ouvrage, les GHT constituent une voie à encourager . .....	45
3.3.2	A l'image d'autres secteurs ministériels, la maîtrise d'ouvrage pourrait de manière subsidiaire et expérimentale être déléguée à un opérateur national ou régional .....	47
3.3.3	Le renfort des maîtrises d'ouvrage nécessite de conforter l'ingénierie hospitalière.. .....	48
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>50</b>
	<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>56</b>
	<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>58</b>

# RAPPORT

## Introduction

[29] Par lettre de mission du 25 avril 2024, la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention a mandaté l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour réaliser une mission relative à l'évolution du pilotage des investissements sanitaires du Ségur.

[30] Le plan Ségur de l'investissement, lancé en 2021, vise à accélérer la transformation de l'offre de soins, notamment par le financement de projets immobiliers des établissements de santé.

[31] La lettre de commande invitait la mission à tirer les premiers enseignements du fonctionnement de la gouvernance mise en place dans le cadre du Ségur et à identifier les axes d'évolution notamment de simplification des processus actuels dans l'objectif de « *permettre une concrétisation plus efficace du plan au regard des besoins des territoires tout en tenant compte de financements contraints* ».

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

- D'analyser le rôle de chacun des acteurs dans la gouvernance nationale, notamment l'articulation du CSIS et de l'ANAP et le rôle spécifique du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) pour l'instruction des projets ;
- D'apprécier les modalités de déconcentration de l'instruction des processus d'investissements au niveau des agences régionales de santé (ARS) opérée par le Ségur ;
- D'intégrer la question de la prise en compte de la transition écologique dans le cadre des opérations d'investissement initiées pour une meilleure maîtrise de l'empreinte écologique du bâti hospitalier.

[33] Dans ses travaux, la mission s'est également intéressée à la question de la sécurisation des procédures d'investissements d'ores et déjà lancées, à la fois du point de vue de la trajectoire financière des projets et de leur impact sur la situation budgétaire des établissements, mais également au regard de la question de la maîtrise d'ouvrage hospitalière, essentielle pour mener à bien les nombreuses opérations de travaux initiées dans le cadre de ce plan.

[34] En accord avec les commanditaires, la mission a traité le volet des investissements immobiliers des établissements de santé. Elle n'a pas abordé les autres dispositifs d'aides à l'investissement du Ségur que sont les investissements dit « du quotidien » et ceux relevant du numérique en santé. Elle a concentré ses investigations sur le champ hospitalier et n'a pas inclus les établissements médico-sociaux, conformément à la lettre de mission. 97 % des opérations sélectionnées dans le cadre du Ségur concernent l'hospitalisation publique. La mission a donc concentré ses investigations sur les procédures concernant ce secteur.

[35] Cette lettre indique que « *dans un second temps, votre mission pourra se prolonger afin d'instruire les schémas d'évolution possibles des stratégies de programmation des investissements* ».

*hospitaliers* ». Le présent document ne traite pas ce second volet qui fera l'objet d'un rapport complémentaire de l'Inspection générale.

[36] Pour mener à bien ses travaux, la mission a rencontré plus de 150 personnes.

[37] Elle a notamment échangé avec le cabinet du ministre en charge de la santé, les administrations centrales intéressées (SGPI, secrétariat général des ministères sociaux (SGMCAS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction du budget (DB), direction générale des finances publiques (DGFIP)), les principaux opérateurs nationaux impliqués (Conseil scientifique de l'investissement en santé, (CSIS), Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Caisse nationale de l'assurance maladie).

[38] Pour apprécier les modalités de déconcentration du plan, elle a pris de nombreux contacts auprès des ARS, qui ont notamment été destinataires d'un questionnaire spécifique. A l'appui d'un déplacement en Normandie, elle a pu rencontrer, outre l'Agence, le Conseil régional et certains établissements impliqués dans des investissements immobiliers. Elle a pu échanger avec de nombreux établissements de santé, les différentes conférences des centres hospitaliers universitaires comme des centres hospitaliers et les fédérations d'établissements.

[39] La mission a souhaité élargir ses investigations par des échanges avec les professionnels du bâtiment, architectes, assistances à maîtrise d'ouvrage (AMO), grandes entreprises de constructions et en procédant à des comparaisons internationales.

[40] Elle a procédé à un parangonnage interministériel sur des programmes d'investissement plus centralisés. Elle a rencontré dans ce cadre l'Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) et l'Établissement Public d'Aménagement Universitaire de la Région Ile-de-France (EPAURIF).

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

- Le Ségur constitue une réelle opportunité de relance de l'investissement immobilier mais son avancement en 2024 n'est que partiel si bien que ses effets sur le patrimoine hospitalier ne sont pas encore perceptibles (partie 1) ;
- Pour accélérer et sécuriser les projets, la mission préconise un scénario central visant à maintenir le principe de déconcentration acté par le Ségur en clarifiant certains points ayant trait à l'expertise des projets au niveau national et en renforçant localement les ARS et la maîtrise d'ouvrage des établissements de santé (partie 2) ;
- Ce scénario central suppose de renforcer le pilotage stratégique du plan Ségur et de mettre en place une vision patrimoniale de long terme (partie 3).

[42] En synthèse, la mission formule 15 recommandations visant à accélérer mais également à sécuriser les opérations d'investissement Ségur pour l'avenir.

# 1 Le plan Ségur constitue une réelle avancée mais sa mise en œuvre est partielle

## 1.1 Le plan Ségur vise une relance des investissements, avec une gouvernance renouvelée

### 1.1.1 7,5 Mds€ ont été mobilisés pour financer les projets immobiliers des établissements sanitaires (valeur 2021)

[43] Le plan Ségur s'inscrit dans le contexte d'urgence sanitaire des années 2020-2021. Il visait une plus grande rapidité de mise en œuvre dans un cadre déconcentré pour permettre une reprise des investissements après la baisse constatée sur la période précédente. Les ARS constituaient donc un des éléments-clés de ce volontarisme. Le plan fait suite à d'autres plans d'investissement, Hôpital 2007 et 2012 en dernière date, dont la mission a retracé l'historique (annexe 2).

[44] **La circulaire du Premier Ministre du 10 mars 2021<sup>1</sup> fixe les objectifs de ce plan d'investissement** : accélérer la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement dans les territoires, améliorer les conditions de travail des professionnels et l'accueil des personnes.

[45] Parmi l'ensemble des financements articulés dans le cadre du Ségur, représentant 19 Mds€ au total, **7,5 Mds€ ont été inscrits pour financer des investissements structurants dans les établissements de santé** :

- 6,5 Mds€ sont financés par la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) avec des crédits devant être contractualisés par les ARS avec les établissements de santé au plus tard au 31 décembre 2028<sup>2</sup>.
- 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 au 31 décembre 2025. Ces crédits sont versés par l'intermédiaire du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et doivent être contractualisés au plus tard au 31 décembre 2025.

[46] 6,5 Mds€ ont par ailleurs été consacrés à la restauration des capacités financières des établissements de santé en procédant à leur désendettement. Ces aides ont été contractualisées avec les établissements dès 2021 voire 2022.

---

<sup>1</sup> Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

<sup>2</sup> Première tranche de 3,82 Mds€ au 31 décembre 2025 et seconde tranche au 31 décembre 2025 d'un montant de de 3,82 Mds€.

### 1.1.2 Le plan Ségur s’est traduit par une forte déconcentration des aides à l’investissement et une gouvernance renouvelée nationalement

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

[48] **La circulaire du 10 mars 2021 opère dans le cadre de cet objectif une déconcentration forte de la politique de soutien aux investissements** des établissements de santé **auprès des Agences régionales de santé (ARS)** avec une délégation massive des crédits d’investissements à leur niveau. 6,5 Mds€ (sur 7,5 Md€) ont ainsi été directement délégués aux ARS et le seuil d’instruction des projets à l’échelon national a été relevé de 50 à 150 M€ HT.

[49] Une enveloppe pour aléa d’un milliard d’euros sur les 7,5 Mds avait été réservée nationalement mais a été mobilisée dès la première année du plan sur trois opérations majeures du territoire national.

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

[51] **Cet objectif de déconcentration a été suivi d’effets.** 95 % des projets sont instruits en régions. A mai 2024, sur 796 projets recensés par la DGOS, 43 faisaient l’objet d’une instruction nationale au regard du seuil de 150 M€.

Tableau 1 : 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 %
<b>Total</b>	<b>796</b>	<b>100 %</b>

Source : Mission à partir des données DGOS

[52] Cette répartition est plus équilibrée si l’on regarde non pas le nombre mais le montant des projets : 48 % du montant total pour les projets nationaux contre 52 % pour les projets instruits en ARS.

[53] **Corollaire de cette déconcentration, les instances de pilotage nationales ont été adaptées** par rapport à la période précédente, qui faisait intervenir le Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l’offre de soins hospitaliers (COPERMO).

[54] Un Conseil national de l'investissement en santé (CNIS)<sup>3</sup> et un Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) ont été institués. Rassemblant une expertise pluridisciplinaire (directeurs, ingénieurs, soignants...) exerçant par ailleurs en établissements, le CSIS a été missionné pour proposer des référentiels d'évaluation des projets afin de guider les ARS dans leurs tâches de sélection et d'instruction des projets et de suivre les projets d'ampleur nationale (> 150 M€ HT).

[55] Un comité de pilotage a été institué pour le champ sanitaire, pour superviser l'instruction nationale des dossiers et rendre un avis auprès des ARS sur ces projets. Il est composé des directions d'administration concernées et associe notamment le CSIS et le SGPI. Les directeurs généraux des ARS ainsi que les directeurs et présidents de Commission médicale d'établissement (CME) des établissements concernés sont présents lors des séances d'examen des projets sanitaires d'ampleur nationale.

### 1.1.3 Le Ségur constitue a recherché à exercer un effet de levier avec plus de 31 milliards d'euros d'opérations (valeur 2024)

[56] Selon le recensement effectué par la DGOS, à mai 2024, les 796 projets identifiés représentent 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 Mds€ (31,3 Mds€-7,5 Mds€). 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 territoriale. **Le plan Ségur a ainsi permis d'engager un volume d'investissements quatre fois supérieur au montant d'aide Ségur.**

[57] L'ensemble des parties prenantes rencontrées par la mission (conférences hospitalières, ARS, instances nationales,...) soulignent que **le plan Ségur a constitué une réelle opportunité pour relancer l'investissement hospitalier dans les territoires** avec une déconcentration des crédits permettant de financer de plus petites opérations. Dans la période précédente, le COPERMO investissait financait des projets importants de dimension nationale, alors que les régions ne disposaient pas des ressources pour financer à leur niveau des projets de plus petite ou de moyenne envergures, notamment ceux des établissements membres de GHT avec des opérations d'environ 50 M€. Le plan Ségur a permis de doter les ARS de moyens permettant d'engager de plus petites opérations, comme l'atteste la répartition des projets par montant (tableau précédent n° 1).

---

<sup>3</sup> Présidé par le Ministre en charge de la Santé, sa composition est la suivante : directions d'administrations centrales des ministères en charge de la santé et de l'autonomie, direction du budget, CNAM, CNSA, deux ARS, représentants des collectivités territoriales et des usagers, fédérations sanitaires et médico-sociales et conférences des CHU et des CH.

## 1.2 Le plan Ségur ambitionnait un calendrier resserré mais sa mise en œuvre se décale dans le temps

### 1.2.1 Les opérations éligibles ont été identifiées dès 2021 mais seulement 37 % des projets de plus de 20 millions étaient validés à mai 2024

[58] 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 de définir la stratégie régionale de déploiement du plan Ségur ainsi que la liste des projets prioritaires dès octobre 2021.

[59] Ainsi, à l'automne 2021, chacune des agences avait installé sa gouvernance régionale relative aux investissements en santé et **arrêté une liste de projets éligibles au Ségur avec montants d'aides associés** comme en attestent les dossiers de presse diffusés alors dans chacune des régions.

[60] **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 permettant de valider le projet médical et territorial lié à l'opération d'investissement.** En effet, il était reproché au COPERMO un positionnement trop en aval dans le processus d'instruction, ne permettant pas de valider et sécuriser dès le début la cohérence du projet médical et territorial et pouvant aboutir à des remises en cause tardives.

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

Etape 1 - validation du schéma directeur immobilier présentant les grandes orientations du projet de territoire et de l'opération ;

Etape 2 - validation du préprogramme sur la base d'un dossier-type 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.

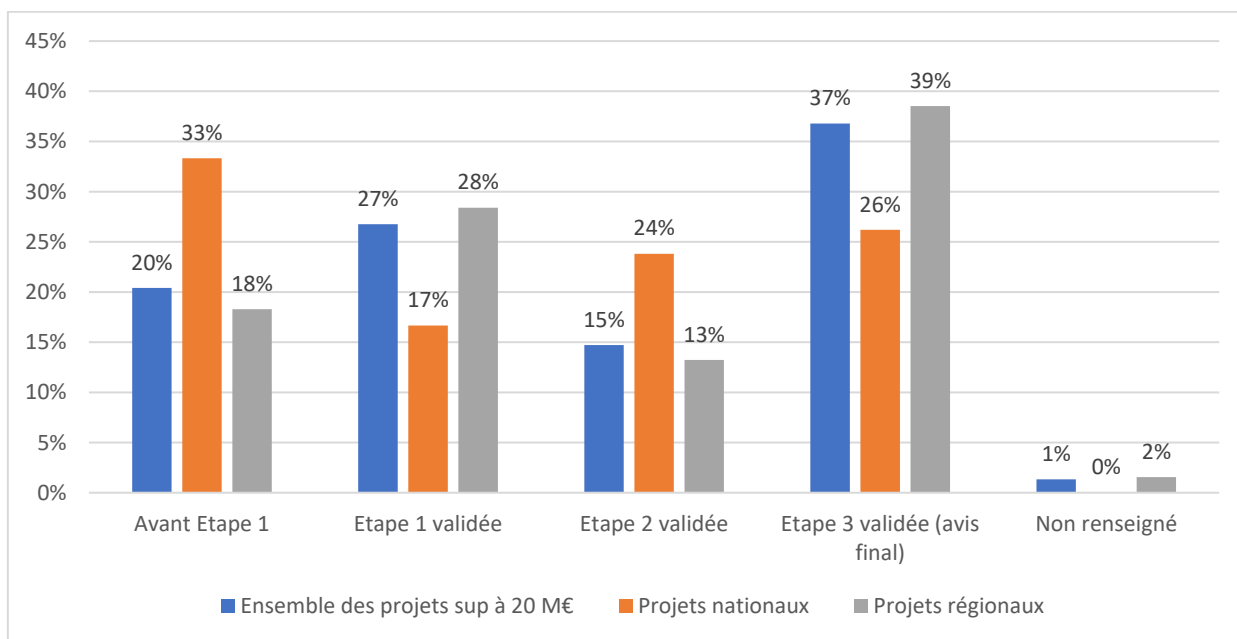
[61] **Cette circulaire ne fixait pas de jalons pour atteindre l'étape 3 de validation des projets et les instances nationales n'ont pas par la suite fixé de tels échéances.** Le guide élaboré en décembre 2021 par le CSIS précise pour un délai indicatif pour chacune de ces étapes. **Au global, au regard de ce guide, l'étape 3 de validation devait intervenir dans un délai compris entre un an et demi et deux et demi.** Avec des stratégies et des projets identifiés fin 2021, à mi 2024, l'ensemble des projets aurait dû être validé au regard de ce déroulé type.



[62] 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 millions d'euros (en deçà, cette donnée n'est pas renseignée dans le cadre du rapport annuel des ARS auprès de la DGOS).

[63] Sur ce périmètre de projets, **37 % seulement d'entre eux avaient franchi l'étape 3 et présentaient donc un programme technique détaillé (PTD) validé à mai 2024**. Le reste des projets n'est pas abandonné mais est toujours en cours d'instruction.

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



Source : Mission à partir des données DGOS

[64] **Le processus régional est plus avancé.** 39 % des projets régionaux bénéficient d'un avis final contre 26 % des projets soumis à l'instruction nationale. Le degré d'avancement des projets entre les régions présente néanmoins une grande diversité (cf. annexe 3). 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 en tout ou partie ces différences.

[65] **Les dialogues de gestion entre les ARS et la DGOS font état de décalages de calendrier.** Au regard des dernières prévisions, ce n'est qu'en 2025 que la majorité des projets devrait être validée (73 % des projets de plus de 20 M€).

[66] **Corolaire de l'état d'avancement des dossiers, la contractualisation des aides entre les ARS et les établissements ne couvre que 36 % des crédits Ségur à mai 2024** (crédits contractualisés ou notifiés aux établissements en cours de contractualisation, cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2 : 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

[67] Par ailleurs, les données ci-dessus font état d'aides positionnées sur les projets que l'on peut estimer à 92 %, si l'on somme les rubriques suivantes du tableau : aides contractualisées ou notifiées, aides finalisées mais non encore contractualisées, aides en cours de stabilisation et enfin aides faisant l'objet d'une première estimation. La difficulté d'équilibrer les trajectoires financières des projets nécessitent de mobiliser l'ensemble des enveloppes et même de mobiliser d'autres crédits au niveau régional.

### 1.2.2 Les décalages sont avant tout imputables à la trajectoire financière des projets et à leur maturité initiale

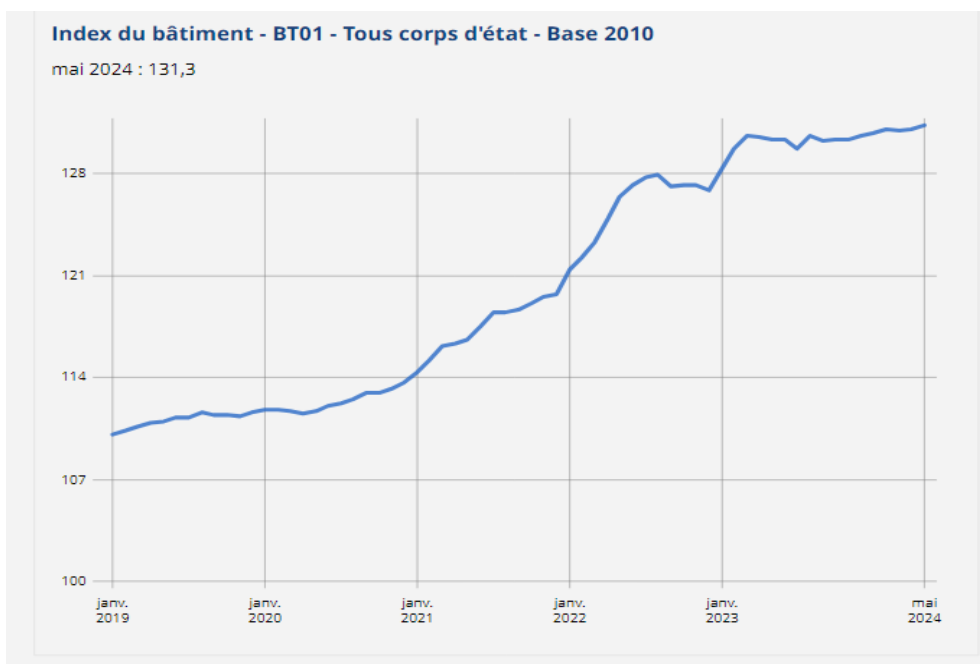
[68] L'ensemble des personnes rencontrées par la mission à l'échelon national comme en région convergent sur un point : les procédures en elles-mêmes, même si elles peuvent toujours être optimisées (cf. partie 2 ci-dessous), ne constituent pas la première cause des retards, ceux-ci relevant avant tout des projets en eux-mêmes.

[69] Le Comité de pilotage de l'investissement en santé indique ainsi dans son avis de janvier 2024 que les reports sont en premier lieu liés à la soutenabilité financière des projets, soulignant que le montant total de la programmation Ségur a augmenté de 18 % entre 2022 et 2023. Cette augmentation est liée au contexte inflationniste, à la sous-estimation initiale de certains projets et à leur redimensionnement.

[70] **Le renchérissement des coûts de travaux constatés depuis 2020** et la hausse des taux d'intérêt ont pesé sur les conditions d'instruction.

[71] Les index du bâtiment (BT), calculés par l’Insee, permettent de suivre l’évolution de l’ensemble des coûts dans le bâtiment<sup>4</sup>.

Graphique 2 : Evolution de l’index du bâtiment (BT 01 – tous corps d’état)



Source : INSEE

[72] Au vu de cet indice, le « pouvoir d’achat » immobilier du Ségur Investissement et donc celui des établissements de santé a été réduit en valeur de l’ordre de 10 % depuis octobre 2021, date de sélection des opérations Ségur (indice 131.2 à juin 2024 vs 119,1 à octobre 2021).

[73] Les taux d’intérêt ont également sensiblement augmenté. Entre 2023 et 2021, les taux d’intérêt à long terme ont augmenté de 300 % :

Tableau 3 : Taux d'intérêt à long terme (France)

2021	2022	2023
0,01	1,70	3,00

Source : Insee

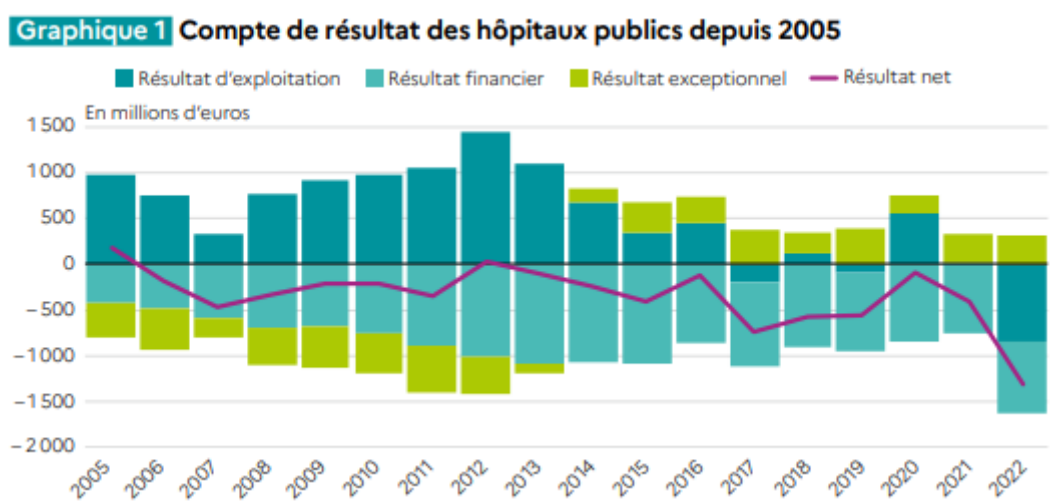
[74] De surcroît, la plupart des établissements porteurs de projets inscrits au titre du Ségur ont connu une dégradation de leurs résultats budgétaires et financiers ces trois dernières années. Ces paramètres ont fragilisé le bouclage financier des projets et ont rendu nécessaire la révision du périmètre de certains projets, compte tenu de l’incapacité des établissements à mobiliser plus

<sup>4</sup> 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".

fortement leur autofinancement, dans une période de hausse des taux d'intérêt et de résultats d'exploitation projetés insuffisants pour recourir à l'emprunt comme prévu.

[75] Le secteur hospitalier public n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant crise ni en 2022 ni en 2023. Par ailleurs, les charges fixes ont augmenté principalement sous l'effet des majorations salariales générales ou catégorielles découlant du volet social du Ségur ou des décisions de revalorisation du point d'indice de la Fonction Publique. Cet effet 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.

[76] Le montant du déficit d'exploitation des hôpitaux publics 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

[77] 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€.

[78] Dans ce cadre, les ARS ont été invitées par le comité de pilotage investissement en santé fin 2023 à présenter des stratégies de nouvelle priorisation des projets dans le cadre d'enveloppes fermées et régionalisées. 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 définis, allongeant également les délais d'instruction.

[79] Les enjeux financiers ne constituent pas le seul facteur de report. Le caractère peu mature de certains dossiers est également mis en avant. Les ARS avaient été conduites à retenir en 2021 une

**liste de projets et d’enveloppes d’aides associées dans un calendrier très contraint et certains projets étaient encore peu formalisés.** Les projets moins mûrs nécessitent un accompagnement plus long des établissements, constat partagé par l’ensemble des personnes rencontrées par la mission. Ce type de difficulté est consubstantiel à une logique de plan avec des échéances fixées strictement pour sélectionner les projets. Comme indiqué supra, le volet 2 de la mission traitera de cette question de stratégie pluriannuelle des investissements.

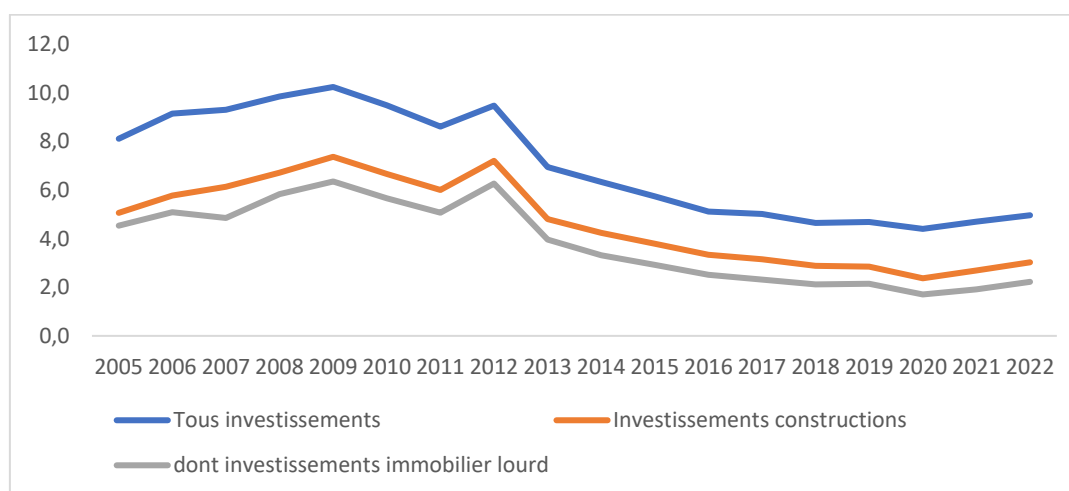
[80] **Le questionnaire adressé aux ARS corrobore cette analyse multifactorielle.** Pour les projets de l’échantillon retenu par la mission n’ayant pas encore atteint le premier stade d’instruction, aucune cause de report ne se détache nettement. Pour les agences, la soutenabilité financière du projet 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, les difficultés de l’établissement à élaborer et instruire le projet est également souvent soulignée par les ARS (cf. annexe 8 relative au questionnaire ARS).

### 1.3 Le plan Ségur se traduit par une augmentation de l’effort d’investissement des hôpitaux mais ce qui n’inverse pas à ce stade la dégradation du patrimoine hospitalier

#### 1.3.1 L’effort d’investissement des hôpitaux publics reprend en 2021

[81] Les données DREES relatives aux établissements publics de santé font état d’une reprise des investissements à compter de 2021 mais l’effort d’investissement n’atteint pas les niveaux enregistrés avant 2012.

Graphique 3 : Effort d’investissement des hôpitaux publics depuis 2005 par type d’investissement\*  
(en pourcentage des recettes)



\* L’effort d’investissement sur recettes est l’indicateur communément utilisée par la DREES permettant de dégager les tendances de fond et sur longue période en rapportant un montant facial d’investissements à l’évolution des recettes.

Source : Mission, d’après données DREES

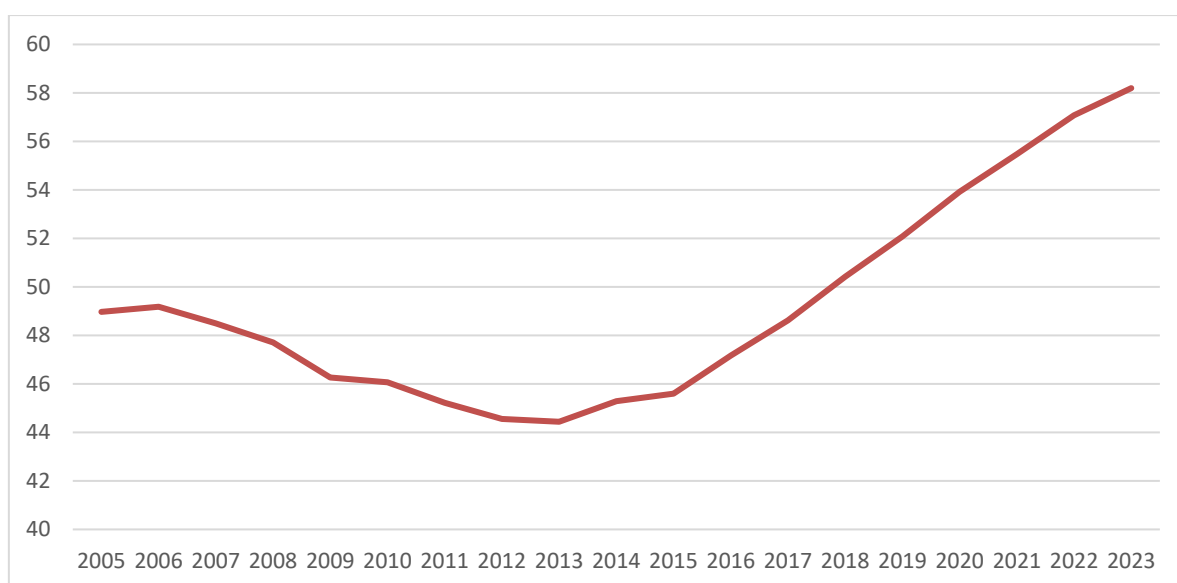
[82] Le niveau des recettes hospitalières a progressé en 2021, 2022 et 2023. De ce fait, le taux d'effort semble se traduire par une augmentation nominale des investissements.

[83] Cette reprise des investissements se confirme en 2023 au vu des données encore provisoires. Les investissements des établissements publics présentent une augmentation de 11,0 % entre 2022 et 2023 (source DGFIP/M21/Diamant corrigée de l'évolution 2023 des coûts de construction).

### 1.3.2 La vétusté du patrimoine hospitalier continue à se dégrader

[84] **Ce niveau d'investissement rapporté aux recettes n'atteint cependant pas les niveaux connus avant 2018 et ne vient pas encore compenser la dégradation du patrimoine hospitalier au regard du taux de la vétusté** des constructions des établissements publics, qui poursuit sa dégradation en 2023, et ce de manière continue depuis 2013 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Taux de vétusté des constructions des hôpitaux publics depuis 2005\*



Source : Mission à partir des données DGFIP (Diamant)

[85] Le taux de vétusté mesure le niveau des amortissements des bâtiments rapportés à leur valeur brute. Il constitue l'indicateur comptable pour apprécier la valeur du patrimoine, même s'il ne suffit pas à apprécier l'état du patrimoine dans son ensemble. En effet, la vétusté comptable ne traduit pas nécessairement la qualité fonctionnelle des bâtiments et des installations techniques qui dépend d'autres paramètres (capacité d'évolution d'un bâtiment,...).

## 2 La mission préconise de maintenir l'économie générale du plan Ségur tout en aménageant fortement les modalités d'expertise des projets

[86] Partant de ces constats, la mission a élaboré différents scénarios d'évolution potentielle du plan Ségur (cf. méthodologie en annexe 1), schématiquement :

- Soit en maintenant la répartition des projets entre échelons national et régional (seuil de 150 M€) ;
- Soit en recentralisant tout ou partie de l'instruction des projets ;
- ou soit au contraire en renforçant encore la déconcentration du processus et en tendant à supprimer toute instruction des projets par le comité de pilotage de l'investissement en santé.

[87] Ces trois scénarios peuvent présenter eux-mêmes des variantes, selon que l'on procède uniquement à des aménagements du dispositif actuel ou que soient recommandées des modifications plus structurelles.

[88] Pour orienter ses choix, la mission a pris en compte différents critères permettant de proposer quels scénarios privilégier : accélération des calendriers, sécurisation financière des projets, impact du plan sur la structuration de l'offre, faisabilité.

[89] **L'analyse infra de la gouvernance et des processus d'instruction effectivement mis en œuvre dans le cadre du Ségur conduit la mission à préconiser un scénario central** visant à maintenir le principe de déconcentration acté par le Ségur tout en aménageant fortement les modalités d'expertise des projets au niveau national et en renforçant localement les ARS et la maîtrise d'ouvrage des établissements de santé.

[90] **Une délégation totale des procédures d'investissement aux ARS ne semble pas souhaitable.** Aucune des parties prenantes rencontrées par la mission n'a formulé ce type de proposition. L'instruction nationale constitue une « corde de rappel » pertinente pour les projets complexes et engageant les montants financiers les plus importants. L'expertise nationale permet souvent de faire évoluer la configuration des projets. Le gain potentiel en délai d'instruction, serait compensé par une moindre sécurisation des processus d'investissements. C'est pourquoi la mission recommande de concentrer l'expertise nationale sur les projets les plus critiques pour viser le meilleur compromis entre délais de procédures et sécurisation des projets.

[91] **La mission ne retient pas non plus, à l'inverse, l'option d'une recentralisation des investissements** conduisant à remonter systématiquement à l'instruction nationale des projets d'investissement avec nouveau seuil qui serait sensiblement inférieur à 150 M€.

[92] Cela constituerait une rupture par rapport à ce qui a été initié en 2021 avec la recherche d'une meilleure territorialisation des projets, certes perfectible, et alors que les crédits ont été intégralement délégués aux agences. Aucune des parties prenantes rencontrées dans le cadre de la mission n'a plaidé non plus pour un tel scénario.

[93] Les membres du comité de pilotage sanitaire seraient dans l'incapacité d'absorber une telle charge, le nombre de projets supérieurs à 50 M€, pour reprendre l'ancien seuil du COPERMO, s'élevant à 132 (cf. tableau 1), alors que seule une quarantaine de projets à vocation aujourd'hui à faire l'objet d'une instruction nationale. Les délais d'instruction seraient notablement allongés pour un grand nombre de projets.

[94] La mission estime donc que l'équilibre général du plan Ségur devrait être maintenu entre régions et échelon national mais en s'appuyant sur certaines modifications structurelles portant notamment sur :

- la répartition des projets entre les échelons régional et national revisitée en fonction d'une analyse partagée de la criticité des projets,
- un pilotage national renforcé et le développement de certains services d'appui.

## 2.1 Les processus d'instruction en grande partie déconcentrés constituent un point d'équilibre à la condition de modifications importantes

[95] Les procédures d'instruction ne sont pas remises en cause même si l'instruction nationale pourrait davantage intervenir sur les points les plus stratégiques. Les marges d'optimisation ne sont que peu liées aux procédures en tant que telles. En effet, les retards tiennent à la complexité des projets en eux-mêmes (soutenabilité financière, maturité du projet). Les modalités d'instruction des projets Ségur sont globalement satisfaisantes, même si des modifications sont proposées visant à optimiser là où c'est possible les délais de procédures sans menacer la robustesse des projets validés et hypothéquer leur mise en œuvre.

[96] **Pour les membres du comité de pilotage national**, le rythme de validation des projets ne constitue pas en soi un facteur de retard ; les reports de validation ne sont pas fréquents et sont généralement liés à des fragilités structurelles du projet. La sécurisation précoce des projets - qui nécessite de concilier une bonne analyse des besoins et l'adhésion des équipes médico-soignantes avec un projet architectural robuste et une trajectoire financière crédible – peut in fine accélérer la livraison des projets, en évitant que leur périmètre ne doive être réinterrogé de manière trop tardive.

[97] **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...



## 2.1.1 Le processus d’instruction est logique et pédagogique

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

[98] La circulaire Premier Ministre du 10 mars 2021 a posé un processus d’instruction en trois étapes pour les projets nationaux comme pour les projets régionaux (cf. encadré supra). La principale nouveauté de ce processus est de ménager en étape 1 une validation par l’ARS ou le comité de pilotage national du schéma directeur immobilier et de son projet médical en vérifiant son insertion dans l’environnement sanitaire.

[99] Deux limites à ce processus tiennent d’une part, au fait de ne pas associer systématiquement le GHT lors de cette première étape, ce qui peut fragiliser l’approche territoriale du dossier et d’autre part, au risque de définir les orientations du programme sans le confronter à ce stade à la soutenabilité financière du projet. Dans les faits toutefois, 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.

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

[100] Les directions d’administration centrales et plus généralement les membres du COPIL sanitaire considèrent que les avis que formule le CSIS sur les projets instruits nationalement apportent une valeur ajoutée en termes de maturation des projets sur le plan de la stratégie médicale, territoriale et architecturale avant de passer à l’instruction plus technique de la performance et la soutenabilité financière du projet. Ce constat est globalement rejoint par les ARS et les établissements ayant bénéficié d’une intervention du CSIS.

### Certaines ARS ont procédé à des simplifications de procédures qui sont à encourager

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

[102] L’annexe 3 présente certaines de ces optimisations. **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.**

[103] 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.

**Recommandation n°1** Encourager les simplifications de procédures régionales pour les projets non critiques

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

[104] Il est proposé de **moduler l'appui du national en fonction de la criticité des projets.**

[105] 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 (outil Plaushyris présenté en annexe 3). Sur la question spécifique de la maîtrise d'ouvrage, l'ANAP a également développé un outil de diagnostic de la capacité des établissements à mener à bien des opérations immobilières qui pourrait permettre aux services instructeurs d'identifier un risque avéré sur ce plan. **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.**

[106] Les seuils d'instruction entre le niveau régional et le niveau national pourraient être revus à partir de ce cadre d'analyse. **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 rehausser le seuil d'instruction obligatoire, par exemple de 150 à 200 M€ au vu notamment du renchérissement des coûts et des opérations.**

[107] **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, sur 796, sont supérieurs à 100 M€.

[108] 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.

**Recommandation n°2** Réserver l'instruction nationale des projets pour les dossiers les plus critiques et réviser les seuils d'instruction en ce sens

### 2.1.3 Le rôle du SGPI dans l’instruction des dossiers nationaux est à repositionner dans ce cadre

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

[109] 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 1982<sup>5</sup>. La loi de programmation des finances publiques (LPPF) pour les années 2012 à 2017 étend l’obligation à tous les investissements publics civils<sup>6</sup>. 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.

[110] **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, appréciation de la soutenabilité financière.

[111] En conséquence, les avis du CSIS et du SGPI convergent dans leurs conclusions de portée générale avec quelques spécificités d’analyse. 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.

[112] Sur le fond, l’évaluation socio-économique n’a pas vocation à se limiter à la seule analyse financière, budgétaire et technique du projet mais devrait également inclure les dimensions sociales, économiques et environnementales d’un projet. Par leur caractère interministériel, les études du SGPI pourraient davantage prendre en compte la coordination de ces projets avec d’autres secteurs ministériels, notamment en veillant à une meilleure articulation des projets avec la question des transports ou celle des universités.

[113] Sur ce dernier point, 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.

[114] **En termes de calendrier, les contre-expertises sont menées aujourd’hui en fin d’instruction, dont elles allongent les délais de 4 à 6 mois**, alors que la nature de l’expertise attendue sur un champ socio-économique plus vaste prescrirait de les positionner plus en amont de l’instruction.

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> La LPPF 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 LPPF

[115] **La mission propose donc de repositionner le contenu de la contre-expertise sur l'évaluation socio-économique du dossier et, en lien avec la recommandation précédente, à la déclencher que pour les projets les plus critiques.**

**Recommandation n°3** Repositionner le contenu de la contre-expertise indépendante du SGPI sur le volet socio-économique et la réserver aux projets les plus critiques

## 2.2 L'intégration des missions du CSIS au sein de l'ANAP est préconisée

### 2.2.1 L'apport du CSIS est structurant dans l'instruction des dossiers nationaux

[116] Le Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) est un organe créé par la circulaire du 10 mars 2021 et organisé par une circulaire du 12 avril 2022 et plusieurs lettres ministérielles.

[117] 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. Les circulaires ne précisent pas le rattachement hiérarchique du CSIS. Dans les faits, celui-ci est fonctionnellement rattaché au ministère de la santé, la DGOS étant son interlocutrice principale.

[118] Le CSIS n'a pas de budget propre. Il est financé par des crédits gérés par l'ANAP. Le Président atteste des services faits.

#### **Mission et organisation du CSIS**

[119] Ses missions définies par les textes précités sont de produire certains référentiels et surtout des avis concernant les projets instruits nationalement. Une organisation en vitesse de croisière s'est mise en place à partir d'avril 2022.

[120] **Le CSIS s'est entouré d'experts de terrain pour conduire ses missions dans un cadre déontologique organisé sous l'impulsion de la DGOS.** Le CSIS repose sur une composition pluriprofessionnelle. Outre son président, il est composé de 21 membres issus des secteurs sanitaires et médico-social. Les membres sont désignés par le Ministre en charge de la santé. Le président désigne parmi ses membres deux vice-présidents, un membre faisant fonction de secrétaire général. Le conseil scientifique comporte des experts référents et des experts associés dont il peut s'adjoindre le concours pour la réalisation de ses missions. **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, et de participer à diffusion des bonnes pratiques repérées sur le territoire.

[121] **Le CSIS a organisé le travail des experts dans le cadre de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP), afin d'assurer une analyse croisée des regards.** Cette pluralité de visions prend 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.

[122] **Le travail du CSIS s'appuie par ailleurs sur un règlement intérieur visant à apporter les garanties déontologiques nécessaires.** 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.

[123] **Néanmoins, deux questions nécessitent une clarification de la part du Président du CSIS et de la DGOS.** 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 est inappropriée considérant la nécessaire neutralité de cette instance et ne saurait perdurer. Ainsi, dans le cas par exemple d'une expertise touchant au rapprochement sur un même plateau technique d'un établissement public de santé et d'un établissement de santé privé, cette situation est de nature à mettre en difficulté non seulement le CSIS, mais l'ensemble du processus de production d'avis. 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 quant à la localisation au sein de la DGOS au moment de la création du CSIS. 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 (cf. recommandation n°4 infra).

**Le CSIS a produit les référentiels prescrits et des avis rendus sur les projets instruits nationalement.**

[124] **Le CSIS a produit un travail important à la fois sur les référentiels et sur l'instruction d'une vingtaine de projets, assurant une mission d'expertise. Le Conseil a répondu à la mission qui lui était assignée.**

[125] La production des guides a nécessité du temps, ce qui a pu donner l'impression d'un certain décalage initial dans la montée en charge de la production des avis.

[126] **Trois réserves ont cependant été identifiées par la mission s'agissant des guides et référentiels.** 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. 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 coordonnées, comme c'est le cas pour les référentiels surfaciques. 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.

[127] **Le CSIS a construit une « légitimité procédurale » en lien avec la DGOS et le COPIL Investissement au travers de la production de ses avis.** La rigueur de la procédure suivie se traduit par **un dossier d'instruction et d'accompagnement mobilisant 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. 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 »<sup>7</sup>. 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.* 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...* ».

[128] **Les parties prenantes rencontrées se montrent satisfaites de ce regroupement d'expertises professionnelles particulièrement utile dans un contexte de pénurie de compétences spécifiques en immobilier et en ingénierie.** Les directions centrales et plus généralement les membres du COPIL sanitaire mettent également en évidence que les projets arrivent plus sereinement à l'étape de la contre-expertise du SGPI.

[129] En revanche, **des réserves concernant le CSIS et son articulation avec d'autres acteurs sont parfois soulignées, notamment avec des ARS.** Certaines d'entre elles ont pu effectivement identifier la question de la bonne articulation de l'intervention du CSIS auprès des établissements de leur région et le caractère potentiellement « inflationniste » de certains avis. Sur cette question, la DGOS et le COPIL considèrent que l'approche par le CSIS des enjeux de faisabilité et de soutenabilité a progressé face aux réalités des contraintes financières et d'inflation.

[130] **Par ailleurs, les établissements comme les ARS soulignent des faiblesses d'organisation et de lisibilité donnée aux acteurs sur le déroulé des missions du CSIS lors des accompagnements.** 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.

## 2.2.2 L'ANAP n'est pas partie prenante sur le Ségur Investissement alors qu'elle a une expérience et des ressources sur l'expertise immobilière

[131] **Le CSIS ne s'appuie pas suffisamment sur l'ANAP pour renforcer les capacités d'expertise au service des projets.** Les deux structures sont liées par une convention de fonctionnement sans vision stratégique portant uniquement sur le fonctionnement administratif et financier du CSIS (convention signée le 27 avril 2022 pour une durée de 5 ans).

[132] 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. Ce montage ne permet pas sécuriser l'ensemble de la procédure administrative et comptable, la direction de l'ANAP n'étant pas dans une position hiérarchique vis-à-vis du CSIS.

[133] **L'ANAP n'est pas présente dans le schéma consultatif et décisionnel du Ségur des investissements sanitaires alors qu'elle** est en revanche missionnée sur le champ médico-social du Ségur. Pourtant, ses orientations stratégiques fixées par son quatrième contrat d'objectifs et de performance (COP 1<sup>er</sup> janvier 2022 - 31 décembre 2026), peuvent se rapporter à plusieurs dimensions relevant de la stratégie immobilière des établissements dans le domaine sanitaire. Le contrat confirme ainsi « *l'immobilier comme l'une de ses priorités d'action, en adoptant un rôle*

---

<sup>7</sup> Note du Conseil, juillet 2024.

*d'ensembliser autour de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) et du développement durable ».*

[134] **Les ressources en expertise immobilière de l'ANAP sont importantes et reposent sur des ressources permanentes, un vivier d'experts et des modes d'intervention proches de ceux du CSIS.** L'ANAP a maintenu et développé un pôle d'expertise immobilière. L'offre de service de son pôle immobilier retient plusieurs modalités d'intervention telles que la formation et la sensibilisation des professionnels sous la forme de « masterclass » ; des outils dits « clé en main » couvrant tout le cycle bâtiminaire sont également mobilisables.

[135] **Le pôle immobilier de l'ANAP** reposait mi-août 2024 au moment des échanges avec la mission sur sept collaborateurs à temps plein (maîtrise d'ouvrage, ingénierie travaux et finances, ingénierie travaux et exploitation-maintenance, programmiste, ingénierie travaux et exploitation et maintenance, ingénierie biomédicale et travaux, assistance à maîtrise d'ouvrage). Il peut mobiliser un réseau de 60 professionnels, renforcé par un vivier de 73 professionnels mobilisant des compétences en lien avec des opérations immobilières.

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

[136] La mission a pris connaissance de dossiers instruits dans le cadre d'une **intervention dite 360**, parmi les 16 réalisés ou en cours de réalisation<sup>8</sup>. 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 **Par ailleurs, une première version d'un guide relatif à l'élaboration d'un schéma directeur immobilier est en cours de parution.**

[137] **L'ANAP a également développé un outil d'autodiagnostic permettant d'évaluer la capacité d'une maîtrise d'ouvrage à concevoir et conduire une opération immobilière. L'outil Scan-PPimm**, développé pour guider le choix de 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.

### 2.2.4 La mission préconise une intégration du CSIS au sein de l'ANAP

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

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

[139] 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, celle-ci

---

<sup>8</sup> 16 établissements bénéficiaires au 23 juillet 2024 : Alençon Mamers, Avranches Granville, Bretagne Sud, Lisieux, Agen, Narbonne, Annonay, Apt, Dax, CG 13 (Centre Gériatologique), Tulle, Lannemezan, Vesoul, Cahors, Novo (PONTOISE).



est strictement financière et administrative et n'a pas de portée stratégique. Les programmes de travail ne sont pas coordonnés et des travaux en silos existent.

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

[140] **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 de leur démarche. Les ARS quant à elles considèrent ces deux expertises comme équivalentes.

[141] **Le deuxième risque est celui de l'absence ou de l'insuffisance de capitalisation** 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 150M€.

[142] **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**, mais sans possibilité réelle de transmettre leur expérience à une équipe de permanents.

[143] **Le quatrième risque est de ne pas pouvoir donner un cadre clair de compréhension des saisines des expertises par les ARS et leur référent Ségur investissement.** Certaines ARS ont pu souhaiter rechercher un facteur de souplesse d'instruction en évitant le recours au processus d'expertise nationale du CSIS notamment en segmentant les opérations afin qu'elles n'atteignent pas le seuil de 150M€.

[144] **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.

[145] **Le sixième risque réside dans l'insuffisance des outils de maîtrise de la phase de programmation immobilière précédant la définition précise des besoins de modernisation ou de construction.** Le CSIS et l'ANAP 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.

[146] **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.

[147] Les fonctions d'expertise doivent être conçues non seulement comme une aide à la décision pour chaque projet. 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.**

### 2.2.5 Les modalités de convergence et de réorganisation de l'expertise sont atteignables rapidement à la condition d'un accompagnement rapproché par la DGOS

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

[149] **Les experts du CSIS doivent devenir des experts sous contrat ANAP** afin d'assurer une continuité de ces missions et une capitalisation des expériences, la direction générale de l'ANAP devant s'inscrire dans cette logique d'accueil et de reconnaissance de l'expertise développée par le CSIS.

[150] **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 territoriaux techniques et immobiliers, mise au point du cahier des charges d'un outil d'inventaire dynamique des patrimoines hospitaliers.

[151] **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**, cet outil devant être rendu disponible au premier trimestre 2025.

[152] **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 demeurer dans le champ de l'expertise pour l'aide à la décision. Dès lors, une différence importante résiderait dans le fait que l'ANAP n'assisterait plus aux délibérations du COPIL Investissement en elles-mêmes en présence des établissements et des ARS et ce dans la mesure où la DGOS a initié depuis 3 ans un pré-copil une semaine avant la séance plénière, ce qui paraît suffire à la présentation de l'avis. Il apparaît que 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.

[153] **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. 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 de l'agence le permet désormais.

[154] **Le COP de l'ANAP dans son format actuel constitue un cadre juridique adapté à la nouvelle organisation proposée et ne nécessiterait pas d'adaptation majeure.**

[155] 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 (cf. supra), charge à elle de présenter un état prévisionnel de ses besoins incluant ces ressources dans le cadre de son dialogue budgétaire annuel.

[156] **Ce rapprochement fonctionnel et géographique des deux structures pourrait intervenir très rapidement.** L'ANAP dispose d'espaces de travail et de réunions suffisants pour faciliter les conditions d'exercice du CSIS.

[157] Dans ces conditions, les fonctions exercées par le CSIS seraient reprises sans éléments de discontinuité. Un accompagnement par la DGOS sera toutefois nécessaire pour conduire cette transition. 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.

**Recommandation n°4** Constituer un pôle national d'expertise immobilière fort et stable en intégrant les fonctions du Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) au sein de l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP)

[158] 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 classiques<sup>9</sup>. Ainsi, les professionnels de l'ANAP effectuent une déclaration inspirée des déclarations publiques d'intérêt et signent une Charte de déontologie. En revanche, il n'y a pas de charte plus formalisée prévoyant, par exemple, les règles de déport. Dans le cadre d'une mission d'expertise aboutissant à la formulation d'un avis, cette règle devrait être prescrite et tracée dans une décision.

[159] 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.

[160] Quelle que soit l'évolution respective de l'ANAP et du CSIS, il conviendra que ces deux structures précisent plus avant les bonnes pratiques déontologiques en vigueur dans d'autres agences d'Etat et remédient aux difficultés mentionnées au point 2.2.1.

---

<sup>9</sup> « 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 ».

« L'expert 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 ; il 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. »

**Recommandation n°5** Renforcer le cadre déontologique par l'adoption et l'application d'une charte de l'expertise prévoyant les règles de déports, leur traçabilité, la responsabilité de chaque expert dans la prévention des situations de conflits d'intérêts

### 2.3 La mise en place du plan Ségur s'est accompagné de renforts auprès des Agences régionales de santé qu'il convient de conforter en application du principe de déconcentration

[161] Le rapport de l'Inspection remis en juin 2021<sup>10</sup> présentait un état des lieux et des recommandations sur le renforcement du socle des moyens et compétences nécessaires aux ARS pour piloter le nouveau plan d'investissement.

[162] 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).

[163] Selon le questionnaire adressé aux ARS, le premier poste d'affectation de ces ressources, conformément aux orientations du plan Ségur, porte sur les investissements immobiliers (36 ETP). Un quantum a également été attribué sur le numérique (30 ETP) qui constitue un volet important également du plan Ségur. 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 des ARS, analyse financière des projets, pilotage global du plan (suivi des projets, maîtrise des risques, communications).

[164] Les ARS ont 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.**

[165] 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 (architectes et ingénieurs notamment (cf. annexe 8). Les référents Ségur sont identifiés dans chacune des agences et travaillent en réseau.

#### **Ces renforts sont nécessaires jusqu'en 2028 pour maîtriser le processus d'instruction et le suivi des projets**

[166] La mission a également pu constater lors de ces entretiens que la validation des projets en étape 3 ne met pas 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 avec les

<sup>10</sup> « 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

établissements. Elle a également pu constater un fort dynamisme du réseau des référents Ségur qu'une diminution trop rapide des effectifs viendrait altérer.

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

[168] Conformément à l'instruction nationale sur le recours aux prestations intellectuelles par les administrations, une partie de ces emplois pourraient être gagés par la diminution de prestations intellectuelles auxquels les agences ont recours. La direction des affaires financières du ministère des affaires sociales indique que ces prestations, hors prestations informatiques, représentaient 6,9 M€ d'autorisations d'engagement en 2023 pour l'ensemble du groupe ARS.

**Recommandation n°6** Prolonger les postes Ségur dédiés aux investissements immobiliers au sein des ARS jusqu'en 2028 en gageant pour partie cette dépense par une diminution des prestations externes

### 3 Ce scénario suppose de renforcer le pilotage stratégique du plan Ségur et de mettre en place une vision patrimoniale de long terme

#### 3.1 Le pilotage stratégique doit être conforté

##### 3.1.1 Le comité de pilotage de l'investissement en santé anime le dialogue de gestion avec les ARS mais ne consolide pas de données permettant de mesurer l'impact structurel du Ségur

[169] **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.

[170] 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.

[171] Le rapport « stratégies régionales d'investissement-dialogues d'automne 2023 » produit en janvier 2024 par le comité de pilotage souligne notamment la nécessité de stabiliser des indicateurs de suivi du plan sur la qualité et l'offre de soins, les enjeux territoriaux et de développement durable.

[172] En effet, les rubriques 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.

[173] 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.

[174] **De manière plus technique mais essentielle pour mobiliser les ressources à bon escient en région comme en administrations centrales**, la mission suggère, pour les projets soumis au passage en COPIL, une clarification des jalons d'instruction et des livrables attendus, potentiellement avec un **outil informatique** pour suivre et sécuriser l'évolution des projets et automatiser tout ou partie du rapport annuel des ARS à l'échelle nationale.

**Recommandation n°7** Définir les indicateurs d'impact du Ségur sur l'offre de soins, les enjeux territoriaux, le développement durable et normaliser les livrables attendus pour l'instruction nationale des dossiers

### 3.1.2 Le pilotage national mériterait d'être renforcé au niveau du CNIS

[175] Créé par la circulaire du 10 mars 2021, le conseil national investissement santé (CNIS) dont la composition est indiquée supra 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. »*

[176] **Le CNIS s'est réuni deux fois au lancement du Ségur pour présenter le plan et sa méthode. Il n'a pas été 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 stratégique du plan Ségur.**

[177] Or, **quatre éléments de pilotage stratégique** mériteraient d'être confortés trois ans après le lancement du plan.

[178] **Il s'agit en premier lieu du cadencement du plan.** Au-delà de l'échéance de 2021 pour définir les stratégies régionales et arrêter la liste des opérations en ARS, aucune échéance nationale n'a été fixée aux ARS pour mettre en œuvre le plan, indépendamment des dates butoirs pour mobiliser les crédits. Le national recense les échéances prévues pour les projets remontées par les régions mais n'a pas fixé d'objectifs calendaires pour atteindre chacune des étapes ce qui aurait permis d'accélérer son déploiement et de prioriser les projets les plus avancés. Des jalons auraient pu être posés et traduits en objectifs calendaires pour les DGARS par le Comité national.

[179] Les lettres de mission annuelles adressées aux DGARS en 2022 et 2023 évoquent les enjeux du plan Ségur et l'impératif de sa phase de mise en œuvre opérationnelle mais ne fixent pas non plus d'objectifs calendaires pour son déploiement. Le CPOM Etat-ARS 2019-2023 ne fait pas mention du Ségur car il avait adopté précédemment à 2021. Il n'a pas fait l'objet d'avenant pour

intégrer des objectifs sur les investissements Ségur. **Le projet de CPOM 2024-2028 en cours d'élaboration constitue l'opportunité de définir ce type d'objectifs, calendaires comme de sécurisation des opérations.**

[180] En région, certaines agences ont ainsi choisi de fixer des délais aux établissements au vu de la dérive des calendriers et de la difficulté à boucler les trajectoires financières. L'ARS Hauts de France a par exemple 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 lancé (phase PTD). L'ARS Normandie a également fixé ce type d'échéance lors d'un séminaire avec l'ensemble des établissements début 2024.

[181] **En deuxième lieu**, au vu de l'augmentation du coût des projets, **le CNIS doit se saisir de la question d'une nouvelle priorisation des projets.**

[182] Le comité de pilotage alerte quant au risque de dérive budgétaire des programmations : seules quatre ARS ont 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) ».*

[183] La mission souscrit à cette analyse mais note que celle-ci n'émane pas du CNIS et que les enjeux et conséquences de cette priorisation n'ont pas été arbitrés : abandon ex abrupto de projets, très difficile à mettre en œuvre après les annonces de 2021 comme le souligne l'ensemble des acteurs, reconfiguration des projets en fonction des enveloppes disponibles, phasage des projets avec tranches optionnelles, mobilisation de certains crédits.

[184] **Il s'agit notamment des crédits issus d'hôpital 2007 et d'hôpital 2012.** Fin 2022, 807 M€ de crédits inscrits en base arrivent progressivement à échéance à compter de 2023 sur une période de 12 ans, jusqu'en 2034, dont 600 M€ entre 2023 et 2027 ce qui pose la question des modalités de leur réemploi. Dans de nombreux établissements, l'interruption du versement de ces aides se traduira par de forts déséquilibres de trésorerie, du fait d'une décorrélation initiale entre la durée de versement, la durée d'amortissement des investissements qu'elles ont financés, et la durée moyenne des emprunts contractés au titre de ces opérations. Face à la dégradation financière des établissements et la difficulté croissante de valider la trajectoire financière des projets, et conformément au principe de déconcentration des aides à l'investissement acté par le Ségur, le CNIS, de par sa composition interministérielle, aurait pu arbitrer le réemploi des crédits au niveau des ARS pour sécuriser les opérations d'investissements, quitte à procéder légitimement à une péréquation régionale notamment en fonction des projets passés et en cours de chacune des régions.

[185] **Il s'agit également du concours des collectivités territoriales.** Le CNIS aurait pu structurer un dialogue avec les associations des élus (AMF, ADF, RF) afin de mieux partager les intentions et contraintes de l'Etat et des collectivités territoriales dans ce domaine. En effet, s'il existe des expériences de cofinancement avec les collectivités, comme la mission a pu le constater

notamment en Normandie, qui fait figure d'exception au vu des 200 M€ de crédits mobilisés par le Conseil Régional, la dynamique n'est pas du tout homogène dans les territoires. Un partage des points d'équilibre et des enjeux opérationnels de ces partenariats, en présence des représentants des collectivités territoriales, aurait peut-être pu favoriser davantage de co-financements.

[186] Des financements complémentaires pourraient également être mobilisés dans le cadre de la transition écologique (cf. partie 3.1.3 ci-dessous).

[187] **Troisième point, l'absence de pilotage national n'a pas permis de préciser les objectifs stratégiques du plan** et de son impact attendu en termes d'organisation de l'offre, au-delà des multiples thématiques inscrites en 2021, et n'a pu en conséquence assurer un suivi stratégique de leur mise en œuvre. Comme indiqué précédemment, au-delà d'indicateurs peu renseignés au final par les ARS, l'analyse de l'impact structurel du Ségur n'est pas initiée, ce qui est d'autant plus difficile en l'absence de stratégie initiale formalisée et hiérarchisée. La question environnementale aurait pu être actée comme l'une des priorités à poursuivre également dans ce cadre stratégique, ce qui n'a pas été le cas.

[188] **Le quatrième et dernier élément renvoie à la stratégie de communication.** Après les annonces faites en 2021 et déclinées dans chaque région à l'appui de dossiers de presse régionaux systématiques, le plan Ségur n'a plus fait l'objet de communication ou seulement ponctuellement au niveau des ARS pour le lancement de certains projets régionaux. Le CNIS aurait pu développer une telle stratégie à la fois pour annoncer régulièrement les projets validés et l'état d'avancement global du plan et inviter les régions à faire de même à leur niveau de manière plus systématique. 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.

**Recommandation n°8** Réunir le conseil national investissement santé (CNIS) pour renforcer le pilotage stratégique et intégrer des objectifs relatifs au Ségur dans les futurs CPOM Etat-ARS et dans les lettres de mission annuelle adressées aux directeurs généraux des ARS

### 3.1.3 Un pilotage renforcé serait de nature à accentuer la dimension écologique du Ségur et mobiliser des sources de financement complémentaires

[189] **Au lancement du Ségur, la transition écologique n'a pas constitué un objectif prioritaire.** 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.

[190] Le développement durable est davantage présent dans les stratégies régionales d'investissement en santé (SRIS) adoptées en 2021 par les ARS, mais il n'a cependant constitué un critère déterminant ni dans la sélection des projets ni dans leur instruction.

[191] Conformément à sa feuille de route, **le CSIS a élaboré un guide relatif au développement durable dès 2022**, destiné à intégrer les enjeux de développement durable et de responsabilité sociétale des établissements (RSE) dans les projets immobiliers. Ce document est très riche mais



le guide n'engage pas les établissements sur des objectifs de résultats et ne prescrit pas d'indicateurs chiffrés, notamment pour les réductions énergétiques ou d'émissions carbone.

[192] 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 aucun objectif n'est chiffré (consommations énergétiques, émissions de gaz à effet de serre, évolution des surfaces exploitées,...).

[193] A l'échelle régionale, les pratiques sont hétérogènes. Certaines agences sollicitent des données plus précises sur l'évolution prévisionnelle des émissions de gaz à effet de serre (trois ARS selon le questionnaire qui leur avait été adressé), des consommations énergétiques (quatre d'entre elles) ou ont invité les établissements à inscrire leur projet dans le cadre d'un label environnemental (trois ARS).

[194] Conscient du caractère hétérogène et peu prescriptif des pratiques à l'échelon national comme 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 et graduée du référentiel en fonction de la taille du projet, avec un auto-questionnaire en cours de travail<sup>11</sup>. L'ANAP dispose d'une expertise dans ce domaine qu'elle développe.

[195] Il rejoint en ce sens la recommandation que l'IGAS avait pu formuler dans son rapport précité publié en juillet 2024 et que la présente mission reconduit en positionnant l'ANAP comme centre de ressources nationale sur la transition écologique.

**Recommandation n°9** Développer un référentiel opposable d'analyse des enjeux environnementaux des dossiers Ségur afin de mettre en place des objectifs de performance environnementale, incluant notamment le gain énergétique et la baisse des émissions de gaz à effet de serre attendus

[196] **Le pilotage stratégique de la transition écologique des établissements doit également permettre de développer les sources de financement complémentaires ayant trait à la transition écologique.**

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

---

<sup>11</sup> Note CSIS en date du 10 juillet 2024.



### Les conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES)

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont financé dans le cadre du Ségur de la santé le recrutement de 137 conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et de 13 coordonnateurs régionaux de ce réseau. La DGOS et la CNSA cofinancent ce dispositif en mobilisant respectivement 8 M€ et 2 M€ par an via des crédits Ségur, jusqu'à fin 2024.

Les CTEES, coordonnés par l'ANAP, accompagnent les établissements pour réduire leur empreinte environnementale et notamment leurs consommations énergétiques. La cible affichée par les pouvoirs publics était d'accompagner près de 5 000 établissements.

Les CTEES ont pour missions d'assister et d'accompagner les établissements pour réaliser leur bilan patrimonial, initier et mettre en œuvre un plan d'action de réduction des consommations énergétiques, améliorer l'efficacité énergétique et participer à la recherche de financement de leur transition énergétique. L'enjeu est également de planifier et suivre les actions de transition écologique (plan annuel d'actions, élaboration et suivi des BEGES).

Source : *Mission*

[198] 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. 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.

[199] **D'autres modalités de financement par des tiers** sont possibles et à encourager au sein des établissements et des ARS (vecteurs de financement détaillés en annexe 6) :

- Le **dispositif d'Intracting** de la Banque des territoires est un outil de financement dans lequel 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.
- Pour des opérations plus lourdes, la Banque des Territoires peut mobiliser des **prêts à des taux préférentiels** pour le secteur de la santé, à la condition de certains critères énergétiques.
- Le nouveau **dispositif de tiers financement** à paiement différé peut être mobilisé par les établissements de santé. Ce mécanisme de tiers financement consiste à inclure un tiers dans le portage financier d'une rénovation énergétique de bâtiment.

**Recommandation n°10** Proposer au ministère chargé de l'énergie un programme national « certificat d'économie d'énergie » pour financer le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et encourager les établissements à mobiliser des sources de financement par des tiers

### 3.2 Il est proposé de constituer nationalement un inventaire patrimonial et une doctrine immobilière intégrant la problématique des marchés publics

[200] Le parc hospitalier est mal connu mais semble encore augmenter, tout en vieillissant. L'annexe 5 détaille ces constats malgré des données lacunaires. En effet, il n'existe pas aujourd'hui d'inventaire complet du patrimoine hospitalier, contrairement à d'autres secteurs publics ou à ce qui a été développé dans le champ médico-social dans le cadre des tableaux de bord de la performance.

[201] Une plateforme numérique nationale, la base OPHELIE<sup>12</sup> a 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. La base OPHELIE est aujourd'hui très incomplète et ne permet pas d'assurer un pilotage stratégique immobilier, à l'échelle nationale comme au niveau des ARS.

[202] Les projets d'investissements ne reposent pas sur une stratégie patrimoniale suffisamment développée. **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.

[203] **Le patrimoine hospitalier est en effet 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.

[204] 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 donner plus de cohérence avec la cible finale du schéma directeur immobilier. Ils suscitent en parallèle d'éventuelles 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 à mener un audit patrimonial pour définir les actions d'optimisation des surfaces.

[205] 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. 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.

[206] **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

---

<sup>12</sup> Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation-Indicateurs-Environnement

liées aux surfaces détenues par l'établissement. Il est de même pour la maintenance et plus généralement pour les coûts en exploitation.

[207] 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.

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

[209] 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 insuffisamment instruite. 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 seulement, du fait de l'impossibilité de financer le scénario initial de reconstruction.

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

[210] 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 m<sup>2</sup>, 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.

[211] 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).

[212] 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 de l'ADEME, PrioReno, outil ANAP de calcul de l'empreinte carbone...).

[213] Au-delà de l'inventaire « à plat » du patrimoine existant, l'enjeu serait aussi de constituer 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. Il s'agirait ainsi de bâtir un cadre où seraient agrégées les données techniques de la vétusté, en complément des données comptables des établissements comme le suggère le CSIS.

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

**Recommandation n°11** Confier à l'ANAP le recensement du patrimoine hospitalier à partir des bases de données existantes

[215] 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.

[216] 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 surfaciques<sup>13</sup>,...).
- Éléments de doctrine et outils permettant de procéder systématiquement et de manière approfondie aux études de faisabilité de **scénarios de rénovation du bâti** en parallèle de l'hypothèse 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.
- Éléments 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.

---

<sup>13</sup> Selon la base Oscimes, en toute première analyse, le ratio surface utile/surface totale est plus favorable pour les opérations lancées en conception/réalisation.

[217] Ces enjeux pourraient s'intégrer à la fonction prospective que la mission se propose de confier à une instance scientifique constitué au sein de l'ANAP.

**Recommandation n°12** Confier à l'ANAP l'élaboration d'une stratégie patrimoniale hospitalière

### 3.3 La réussite des opérations immobilières nécessite une maîtrise d'ouvrage renforcée au sein des établissements

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

[218] **La faiblesse des maîtrises d'ouvrage est identifiée comme élément majeur de difficulté dans le pilotage et la mise en œuvre du Ségur Investissement hospitalier.** 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 appropriée pour conduire le projet. Or, les maîtres d'ouvrage hospitaliers (MOA) ne sont pas des spécialistes de l'acte de construire. Les grands donneurs d'ordre hospitaliers (CHU, CH de grande taille) sont davantage susceptibles de disposer des compétences appropriées, mais ce n'est pas toujours le cas. 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 et financier.

[219] Au regard des entretiens conduits par la mission auprès des conférences hospitalières et des professionnels du bâtiment, il serait opportun de **confier aux groupements hospitaliers de territoire ou à des consortiums de GHT des maîtrises d'ouvrage déléguée** afin de sécuriser les chefs d'établissements dans leurs opérations. Deux raisons principales invitent à explorer cette piste. La première est **qu'une proportion importante des établissements support de GHT disposent a priori d'équipes techniques plus solides du fait de leur taille**, contrairement aux établissements membres des groupements. La perspective d'une MOA portée par les établissements supports constituerait par ailleurs un prolongement naturel à la centralisation de la fonction achat d'ores et déjà mobilisée sur les opérations immobilières (travaux notamment).

[220] 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.

[221] Or, les GHT constituent à ce stade 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 générale.

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

[223] **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 compétentes pour assurer une maîtrise d'ouvrage efficace. Les établissements retenus bénéficient d'un financement en ce sens de l'ARS et l'on peut retenir de cette expérience le fait que des consortiums de GHT pourraient être organisés pour mutualiser des compétences rares. **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. Ces initiatives sont encourageantes mais peinent à essaimer.

[224] **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.** Cette nouvelle compétence du groupement pourrait être optionnelle, au moins dans un premier temps ou obligatoire pour être davantage volontariste et structurante. La mission prône cette seconde option tout en soulignant 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.

[225] Dans ce cadre, **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.

[226] 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 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, dans une logique de la transition écologique et du développement durable. En effet, il est nécessaire de prévenir 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 l'artificialisation des sols et de la consommation de ressources.

[227] L'ANAP pourrait élaborer 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.

**Recommandation n°13** Proposer une disposition législative pour confier la maîtrise d'ouvrage des opérations d'investissements immobilier aux établissements supports des Groupements hospitaliers de territoire et développer un schéma directeur territorial technique et immobilier validé en comité stratégique

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

[228] **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 et de l'expérience dans la conduite d'une organisation de projet et dans la maîtrise de plusieurs process séquentiels mais aussi simultanés. Une spécialisation thématique permet de capitaliser sur l'expérience tirée des 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.

[229] Les exemples existants dans d'autres secteurs (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, de sa répartition au sein de multiples établissements autonomes et de la nécessité de positionner le curseur entre masse critique et opérateurs à taille humaine pour conserver ou retrouver une agilité décisionnelle (cf. annexe 5).

[230] Certaines ARS s'interrogent sur l'opportunité, en fonction de leur contexte local et pour les projets les moins avancés, de soutenir les maîtrises d'ouvrage, voire de substituer à la maîtrise d'ouvrage d'établissement de telles structures.

[231] Sans que cette délégation soit donc bien entendu systématique, un maître d'ouvrage délégué national, positionné par exemple auprès de l'ANAP pourrait proposer aux ARS et aux établissements de prendre en charge certaines opérations et d'en assurer la maîtrise d'ouvrage. 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.

[232] Cette maîtrise d'ouvrage déléguée pourrait également être proposée à l'échelle régionale. Cependant, la mission n'identifie pas de structures existantes susceptible de développer une telle offre. Certains CHU disposent des ressources et pourraient à cette échelle régionale proposer cette offre, y compris aux établissements de leur subdivision ne relevant pas du GHT dont ils sont l'établissement support.

[233] Elle nécessiterait également une modification législative pour sécuriser la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage relevant aujourd'hui du chef d'établissement.

[234] **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 en tous points du territoire 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, probablement au niveau de certains CHU, mais de manière subsidiaire aux GHT.**

**Recommandation n°14** Expérimenter, dans le cadre de l'évolution législative proposée pour les GHT, des dispositifs de maîtrise d'ouvrage déléguée à l'échelon national et/ou régional



### 3.3.3 Le renfort des maîtrises d'ouvrage nécessite de conforter l'ingénierie hospitalière

[235] 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.

[236] 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, notamment en formation continue au moment où les équipes de direction sont confrontées à une opération significative de travaux, et pour renforcer la filière d'ingénierie hospitalière.

[237] 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). A noter que la question des GHT est intégrée dans cette approche : les programmes de formation intègrent des réflexions relatives à la construction de de directions des opérations à cette échelle territoriale.

[238] Les ingénieurs hospitaliers bénéficient également d'enseignements à l'EHESP dans le cadre d'une FAE, d'une durée toutefois assez courte. L'EHESP considère que les ingénieurs devraient pouvoir bénéficier systématiquement de cette formation d'accès à l'emploi, dont le contenu devrait alors être complété sur les opérations de construction.

[239] Pour vivifier le recrutement d'ingénieurs hospitaliers, un partenariat avec de grandes écoles du BTP est également souhaitable pour permettre à des ingénieurs de se spécialiser sur les métiers hospitaliers pour ceux, a priori nombreux, qui sont intéressés par le secteur de la santé, mais qui ne s'orientent pas vers celui-ci faute de filière structurée. Des travaux entre l'EHESP et l'école nationale des travaux publics de l'Etat (ENTPE) avait été initiés en ce sens et pourraient être repris.

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

[241] Un appel à manifestation d'intérêt pourrait être lancé par la DGOS pour initier ce type de partenariat et développer ces formations, à l'image de l'appel à manifestation d'intérêt « compétences et métiers d'avenir » de 2021 axé pour la santé sur la formation au numérique.

[242] Au-delà des ingénieurs hospitaliers, de courts modules de formation à la maîtrise d'ouvrage existent pour les gouvernances hospitalières (chefs d'établissements et présidents de CME), notamment développés par l'ANAP, et mériteraient d'être systématisés pour tout établissement engagé dans un projet immobilier d'ampleur.



**Recommandation n°15** Renforcer le niveau de compétences des maîtres d'ouvrage en développant les formations à la conduite d'opérations pour les chefs d'établissement et les présidents de CME engagés dans un projet immobilier d'ampleur, d'une part, et d'autre part, renforcer la filière d'ingénierie hospitalière, en initiant un partenariat avec des grandes écoles du bâtiment dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt

Thomas Le LUDEC

Stéphane MULLIEZ

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## Cabinet du Ministre délégué en charge de la santé et de la prévention

- Cédric ARCOS, directeur
- Antoine-Mathieu NICOLI, directeur adjoint
- Nadège GRATALOU, conseillère établissements de santé, ressources humaines, et relations sociales

## Services du Premier Ministre

### Secrétariat général pour l'investissement (SGPI)

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

## Ministère du travail, de la santé et des solidarités

### Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS)

- Sophie LEBRET, secrétaire générale par intérim
- Yann DEBOS, chef de service, pôle santé ARS

### Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Marie DAUDE, directrice générale
- Clotilde DURAND, cheffe de service
- Céline FAYE, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé
- Marion FAGES, adjointe à la sous-directrice du financement et de la performance du système de santé
- Monica BOSI, cheffe du bureau efficience des établissements de santé

### Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Delphine CHAMPETIER, cheffe de service
- Capucine GREGOIRE, chargée de mission auprès de la sous-directrice du financement du système de soins
- Guillaume BOUILLARD, chef du bureau des Etablissement de santé et établissements médico-sociaux

### Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS)

- Francois-René PRUVOT, président
- Emmanuelle GARD, vice-présidente, experte référente (managers)
- Emmanuelle DEFEVER, secrétaire générale
- Vincent DUPONT, expert référent (directeurs financiers)
- Nicolas MEYNIEL, expert référent (directeurs financiers)
- Frédéric MARCHAL, expert référent (ingénieurs)

- Emmanuel LUIGI, expert référent (managers)
- Claire LAUERIERE, experte référente (médecins DIM)
- Thierry BRUGEAT, expert référent (directeurs des soins)
- Cécile KANITZER, experte référente (directeurs des soins)
- Ivy MOUCHEL, expert référent (ingénieurs)
- Sylvain GROSEIL, expert associé (directeurs financiers)

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

- Stéphane PARDOUX, directeur général
- Emeline FLINOIS, directrice générale adjointe
- Christian BEREHOUC, ancien directeur associé

## **Ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique**

#### **Direction du budget**

- Marie CHANCHOLE, sous-directrice Budgets des secteurs de la santé, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion
- Louis NOUAÏLE-DEGORCE, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé
- Paul QUERNEZ, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

#### **Direction générale des finances publiques**

- Amélie VERDIER, directrice générale
- Alexandra LIPARO, adjointe à la cheffe du bureau Affaires juridiques et institutionnelles locales et hospitalière

## **Ministère de la justice**

#### **Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ)**

- Guilhem BLANCHARD, directeur général adjoint
- Stéphanie SMANIOTTO, directrice des relations institutionnelles et de la communication

## **Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**

#### **Etablissement Public d'Aménagement Universitaire de la Région Ile-de-France**

- Jérôme MASCLAUX, directeur général

## **Ministère de la culture**

#### **Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques**

- Ludovic DI FOLCO Conseil aux maîtres d'ouvrage

## Agences Régionales de Santé (ARS)

### ARS Hauts de France

- Hugo GILARDI, directeur général

### ARS Normandie

- Thomas DEROCHE, ancien directeur général
- François MENGIN-LECREULX, directeur général
- Sébastien DELESCLUSE, directeur général adjoint
- Kevin LULLIEN, directeur de l'offre de soins
- Pascal LEMIEUX, responsable du pôle performance
- Mickael MAGNIER, Ingénieur régional de l'équipement en charge des sujets immobiliers
- Sophie PERAIS, chargée de projets Ségur
- Caroline ALLAIS, chargée de mission Analyse budgétaire et financière au pôle financement et efficacité de l'offre de soins
- Valerio TRENTO, chargé de mission Analyse budgétaire et financière au pôle financement et efficacité de l'offre de soins

### ARS Occitanie

- Thomas RUGI, directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie

### ARS de la Réunion

- Gérard COTELLON, directeur général
- Alexandre BELLANGER, chargé de mission Ségur à la direction de l'offre

### Référents Ségur en ARS

- Philippe BLANC, Provence Alpes Côte d'Azur
- Patrice GARCIA, Provence Alpes Côte d'Azur
- Bernard PRUDHOMME, Pays de la Loire
- Marina CHEVRIER, Pays de la Loire
- Christophe KLUSE, Pays de la Loire
- François Le GUILCHER, Pays de la Loire
- David PEIXETO, Ile de France
- Vincent ROHMAN, Ile de France
- Dorothée HENIN, Ile de France
- Líticia MESSAOUIDI, Ile de France
- Grégory HALVIB, Auvergne Rhône Alpes
- Fanny MORA, Auvergne Rhône Alpes
- Julien LIDOUREN, Ile de France
- Alain NANEX, Nouvelle Aquitaine
- Rénaud BELHADE, Nouvelle Aquitaine
- Nicola DUCLAUT, Nouvelle Aquitaine
- Christophe BULTHE, Haut de France
- Cécile BERQUIN VAN LATHEM, Haut de France
- Valérie HUET, Bretagne
- Magali TRIBODET, Occitanie
- Agathe ANDRE-DOUCET, Occitanie
- Mickael MAGNIER, Normandie
- Ana GAVILAN, Corse

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

- France BERETERBIDE, coordinatrice

### **Caisse nationale d'assurance maladie**

- Jean-Philippe ROUX, chargé de mission
- Typhaine MOGUEROU responsable adjointe du Département de l'hospitalisation

### **Fédération hospitalière de France (FHF)**

- Zaynab RYET, déléguée générale
- Cécile CHEVANCE, responsable du pôle offres
- Aurélien SOURDILLE, responsable adjoint du pôle offres

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

- Charles GUEPRATTE, délégué général
- Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé

### **Fédération de l'hospitalisation privée**

- Christine SHIBLER, déléguée générale
- Bertrand SOMMIER, secrétaire général
- Aude LECAT, directrice juridique

### **UNICANCER**

- Sophie BEAUPERE, déléguée générale
- Sandrine BOUCHER, directrice de la stratégie médicale et de la performance
- Jeanne BERTRAND, directrice de cabinet
- Sophilia PICAUD, directrice de cabinet adjointe

### **Etablissements de santé**

#### **Conférence des directeurs généraux de CHU**

- Cécile JAGLIN, directrice générale du CHU d'Angers, présidente de la commission stratégie de la conférence
- Jean-François LEFEBVRE, directeur général du CHU de Toulouse, président de la commission ingénierie et architecture de la conférence
- Olivier BOSSARD, directeur général du CHU de Saint-Etienne, président de la commission finances de la conférence
- Nicolas MEYNIEL, directeur des affaires financières du CHU de Saint-Etienne
- Clément TRIBALLEAU, directeur adjoint chargé du GHT Maine et Loire, des coopération set des parcours du CHU d'Angers

- Aurélie DOSSIER, directrice des affaires financières des Hospices civils de Lyon, coordinatrice de la commission Finances de la conférence
- Céline WASMER, secrétaire générale

#### **Conférence des Présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) de CHU**

- Rémi SALOMON, président de la conférence, président de la CME de l'AP-HP
- Marie-Hélène VIEILLARD, vice-présidente de la CME du CHU de Lille
- Muriel MATHONNET, présidente de la CME du CHU de Limoges
- Laurent MEGEREGETTI, président de la CME du CHU de Tours
- Vincent PIRIOU, président de la CME des HCL
- Jean-Yves GAUVRIT, président de la CME du CHU de Rennes
- François ROQUES, président de la CME du CHU de la Martinique

#### **Conférence des doyens de Centres hospitaliers universitaires (CHU)**

- Benoit VEBER, président du collège, doyen UFR Santé de Rouen
- Bruno RIOU, doyen UFR Santé de Sorbonne Universités

#### **Conférence des directeurs de Centres hospitaliers**

- Francis SAINT-HUBERT, président de la conférence, directeur du CH de la Roche sur Yon
- Jean-Rémi RICHARD, directeur du CH d'Angoulême
- David MASSO-WEYL, secrétaire général de la conférence

#### **Conférence des Présidents des Commissions médicales d'établissements de Centres hospitalier**

- Thierry GODEAU, président de la conférence, PCME du CH de la Rochelle
- Jean-Marie WOEHL, vice-président de la conférence, PCMG GHT du Centre-Alsace
- Alain FUSEAU, secrétaire général de la conférence, PCME du CH du Havre

#### **CHU de Caen**

- Frédéric VARNIER, directeur général
- Lucie LESCOT, directrice en charge des infrastructures et du projet Nouvel Hôpital
- Pierre GILBERT, directeur des finances

#### **Groupe hospitalier Mont Saint-Michel – Centre Hospitalier Avranches-Granville**

- Joanny ALLOMBERT, directeur
- Nadège AUBERT, directrice adjointe en charge du patrimoine, des achats, de la logistique et de la transition écologique

#### **CHU de Nancy**

- Arnaud VANNESTE, directeur général, ancien conseiller du Ministre de la Santé (2021)

## **Conseil régional de Normandie**

- Julie BARENTON-GUILLAS, vice-présidente enseignement supérieur innovation numérique santé
- Laurent MARY, directeur général adjoint sur les transports et l'aménagement du territoire

## Banque des territoires

- Bastien CHAMPION, Directeur du Service Secteur Publique Local et Projets
- Solène MOITRY, cheffe de projet secteur public et projets complexes

## Architectes

### Brunet-Saunier et associées

- Jérôme BRUNET, architecte associé
- Hugo VEILLARD, architecte ingénieur, associé
- Clément BILLAQUOIS, architecte associé

### Architectes Ingénieurs Associés (AIA)

- Emmanuelle GAUDEMER, directrice associée AIA Life designers / Vice-Présidente Santé Fondation AIA
- Nicolas PEAUDEAU, directeur technique et économie AIA Life designers

## Cabinets d'assistance à maîtrise d'ouvrage

### A2MO

- Elisabeth LECUREUIL, directrice secteur santé

### MUPY Conseil

- Marie-Pierre VALETTE, présidente

## Entreprises de construction

### Eiffage Construction

- Gilles DUPONT, directeur du développement France et Europe
- Cédric RAFIN, directeur des études, Pôle santé national
- Emmanuel MOUQUET, directeur du développement, Pôle santé national

### Bouygues construction

- Claude ROLLAND, Healthcare Business Line Director
- Julien JACOB, directeur régional Ile-de-France

## Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- Isabelle RICHARD, directrice générale
- Michel LOUAZEL, directeur des études
- Catherine KELLER, directrice de l'institut du management
- Olivier GEROLIMON, enseignant-expert sur les ressources matérielles
- Alexandre JABORSKA, responsable formation management des technologies de santé

## Association des ingénieurs hospitaliers

- Bruno CAZABAT, président

# SIGLES UTILISES

<b>AAH</b>	Attaché d'administration hospitalière
<b>ADEME</b>	Agence de la Transition Écologique
<b>AMI</b>	Appel à manifestation d'intérêt
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>APIJ</b>	Agence publique de l'immobilier de la justice
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>BEGES</b>	Bilan des émissions de gaz à effet de serre
<b>BTP</b>	Bâtiment et travaux publics
<b>CAF</b>	Capacité d'autofinancement
<b>CEE</b>	Certificat d'économie d'énergie
<b>CEI</b>	Contre-expertise indépendante
<b>CEREMA</b>	Centre d'études et d'expertise sur les risques, la mobilité et l'aménagement
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CNIS</b>	Conseil national de l'investissement en santé
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIA</b>	Commission Ingénierie et architecture de la conférence des directeurs généraux de CHU
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>COP</b>	Contrat d'objectifs et de performance
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage de l'investissement en santé
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CSIS</b>	Conseil scientifique de l'investissement en santé
<b>CTEES</b>	Conseiller en transition écologique et énergétique en santé
<b>DB</b>	Direction du budget
<b>D3S</b>	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
<b>DGARS</b>	Directeurs généraux d'ARS
<b>DGALN</b>	Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGFIP</b>	Direction générale des finances publiques
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DH</b>	Directeur d'hôpital
<b>DIE</b>	Direction immobilière de l'Etat
<b>DNS</b>	Direction du numérique en santé
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>ENTPE</b>	Ecole nationale des travaux publics de l'Etat
<b>EPAURIF</b>	Etablissement public d'aménagement universitaire de la région Ile-de-France
<b>FAE</b>	Formation d'accès à l'emploi



<b>FEHAP</b>	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>FHP</b>	Fédération de l'hospitalisation privée
<b>GHT</b>	Groupements hospitaliers de territoires
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>LPFP</b>	Loi de programmation des finances publiques
<b>MAPES</b>	Mission d'Appui à la Performance des Etablissements et Services sanitaires et médico-sociaux (Pays-de-la-Loire)
<b>M21</b>	Instruction M21 - Comptabilité des établissements publics de santé
<b>MNAI</b>	Mission nationale d'appui à l'investissement médico-social
<b>OPERAT</b>	Observatoire de la Performance Energétique, de la Rénovation et des Actions du Tertiaire
<b>OPHELIE</b>	Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs – Environnement)
<b>PNNR</b>	Plan national de relance et de résilience
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PTD</b>	Programme technique détaillé
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RE2020</b>	Réglementation environnementale mise en place en 2020
<b>RSE</b>	Responsabilité sociale de l'établissement
<b>RT2012</b>	Réglementation thermique 2012
<b>SDIE</b>	Schéma directeur immobilier et énergie
<b>SDTTI</b>	Schéma directeur territorial technique et immobilier
<b>SGMAS</b>	Secrétariat général des ministères sociaux
<b>SGPE</b>	Secrétariat général à la planification écologique
<b>SGPI</b>	Secrétariat général pour l'investissement
<b>SIIE</b>	système d'information de l'immobilier de l'Etat
<b>SRIS</b>	Stratégie régionale d'investissement en santé
<b>SRS</b>	Schéma Régional de Santé

# LETTRE DE MISSION



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Les Ministres

Paris, le **25 AVR. 2024**

Pégase : D-24-004863

## NOTE

à l'attention de **M. Thomas AUDIGÉ**  
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

**Objet : Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements sanitaires du Ségur de la Santé**

Le Ségur de la Santé comporte un plan massif de soutien à l'investissement de 19 milliards d'euros jusqu'en 2030, dont 15,5 milliards d'euros pour les seuls établissements de santé, dont 7,5 Md€ ciblés sur les projets prioritaires structurants. Il a été associé à une profonde réforme de la gouvernance du pilotage des investissements hospitaliers et a conduit à déconcentrer l'intégralité des aides à l'investissement aux Agences Régionales de Santé et à limiter très fortement le nombre de projets suivis à l'échelon national. Un Conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) a été mis en place pour expertiser les projets de plus de 150 M€, alors que dans le secteur médico-social, cet appui a été confié à l'ANAP. Les ARS peuvent également solliciter de façon spécifique les experts du CSIS ou l'ANAP pour accompagner des projets en instruction régionale.

Les indicateurs montrent que le Ségur contribué à une nette relance de l'investissement. Pour autant, trois ans après son lancement, le plan se déploie plus lentement que prévu dans l'ambition initiale et les résultats, bien que visibles, sont en retrait par rapport à l'effet de levier attendu au regard de l'importance des financements mobilisés. Par ailleurs, la soutenabilité financière des projets n'est pas toujours suffisamment instruite. C'est pourquoi nous souhaitons confier à votre inspection une mission afin de tirer les enseignements du fonctionnement de la gouvernance mise en place et d'identifier les axes d'évolution voire de simplification des processus actuels. L'objectif poursuivi est de permettre une concrétisation plus efficace du plan Ségur, au plus près des besoins des territoires tout en tenant compte de financements contraints. Vos propositions devront permettre de structurer « le temps 2 du Ségur » et aucune piste ne devra être écartée dans vos réflexions, tant en matière de comitologie que de rôle de chacun des acteurs de la gouvernance actuelle, notamment l'articulation du CSIS et de l'ANAP ou le rôle spécifique du SGPI qui expertise les projets d'investissement exclusivement à son niveau pour les autres secteurs de l'Etat, et d'outillage de l'instruction des projets.

Tél 01 40 56 60 00  
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [ddc-rapd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rapd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Cette démarche s'inscrit également dans la stratégie de simplification annoncée par le Président de la République lors de la rencontre des cadres dirigeants de l'Etat organisée, le 12 mars 2024. Une mission de déclinaison de cette stratégie dans le champ de la santé a été confiée à Monsieur Pierre PRIBILE, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, et à Monsieur Denis ROBIN, directeur général de l'ARS PACA, avec laquelle s'articulera vos travaux.

Dans un second temps, votre mission pourra se prolonger afin d'instruire les schémas d'évolution possibles des stratégies de programmation des investissements hospitaliers. Celles-ci ont en effet pris jusqu'à présent la forme de grands plans d'envergure, qui mobilisent des niveaux d'aide très importants sur des périodes données, mais ne traitent pas pour autant des enjeux de financement des investissements courants permettant de s'adapter aux évolutions des pratiques soignantes, de maîtriser la vétusté des bâtiments et d'éviter de conduire à des besoins de reconstruction ou de rénovation massifs. Par ailleurs, les établissements ont besoin d'une vision pluriannuelle de leurs investissements, difficilement compatible avec des « plans » successifs. Le contexte de transition écologique nous invite également à une certaine sobriété en matière de travaux et à une meilleure maîtrise de l'empreinte écologique du bâti hospitalier et donc à repenser les investissements dans une logique de maintenance et d'évolutivité de l'existant plutôt que de construction. L'accompagnement financier des investissements hospitaliers pourrait ainsi évoluer vers une meilleure prise en compte de cet enjeu, en priorisant les projets les plus efficaces d'un point de vue écologique.

Nous souhaitons pouvoir disposer de vos conclusions sur les évolutions de la gouvernance des investissements en santé en juin 2024 et sur les modalités de financement en septembre 2024. Votre mission pourra s'appuyer sur les directions du Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, en particulier la DGOS, la DSS et le SGMAS, sur les équipes des ARS, les membres du Comité de pilotage de l'investissement sanitaire, et en particulier le président du conseil scientifique de l'investissement en santé, ainsi que l'ANAP.

**Catherine VAUTRIN**

**Frédéric VALLETOUX**