



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale

## ANNEXE XI Investissement et gestion patrimoniale

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**  
Charles-Henry **GLAISE**  
Matthieu **LECLERCQ**  
Nicolas **SALEILLE**  
Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**  
Paul-Marie **ATGER**  
Pierre **RICORDEAU**

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Inspection générale des  
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des  
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

## RAPPORT

# FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE

## Annexe XI Investissement et gestion patrimoniale

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**  
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**  
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**  
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
*Data scientist*

MOUAD **EL ISSAMI**  
*Data scientist*

Sous la supervision de  
ANNE **PERROT**  
Inspectrice générale des  
finances

MATHIAS **ALBERTONE**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PIERRE **RICORDEAU**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**  
Inspecteur des affaires  
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES



## **Annexe XI**

### **Investissement et gestion patrimoniale**

# SOMMAIRE

<b>1. PLUS DE DIX MILLIARDS D'EUROS ONT ÉTÉ ENGAGÉS PAR LES POUVOIRS PUBLICS, DANS LE CADRE DU SÉGUR DE L'INVESTISSEMENT, POUR RÉNOVER LE PATRIMOINE DES HÔPITAUX PUBLICS .....</b>	<b>1</b>
1.1. Le patrimoine des établissements publics de santé, immense et assez mal connu, s'était dégradé durant la précédente décennie.....	1
1.2. Grâce au Ségur de l'investissement, les établissements publics de santé ont bénéficié d'un troisième plan d'investissement en moins de vingt ans .....	3
<b>2. LA DÉGRADATION, RAPIDE ET BRUTALE, DES COMPTES FINANCIERS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ NÉCESSITE DE RÉEXAMINER LES INVESTISSEMENTS PRÉVUS DANS LE CADRE DU SÉGUR ET D'OPTIMISER LA GESTION DE LEUR PATRIMOINE PAR LE BIAIS D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE VALORISATION DE LEURS BIENS.....</b>	<b>5</b>
2.1. La dégradation, rapide et brutale, des comptes financiers des établissements publics de santé nécessite de réexaminer les investissements prévus dans le cadre du Ségur.....	5
2.2. À moyen terme, la poursuite du soutien de l'État au financement des investissements structurants des hôpitaux publics devrait être conditionnée au renforcement de l'ingénierie hospitalière, à tous les niveaux.....	9
2.3. À moyen et long terme, il conviendrait – pour plus d'efficacité – de rompre avec la logique des grands plans d'investissement et de fonder les décisions d'investissement sur une analyse prospective des besoins .....	11
<b>3. LA DÉGRADATION, RAPIDE ET BRUTALE, DES COMPTES FINANCIERS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ NÉCESSITE ÉGALEMENT D'OPTIMISER LA GESTION DE LEUR PATRIMOINE PAR LE BIAIS D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE VALORISATION DE LEURS BIENS.....</b>	<b>12</b>
3.1. Afin de mieux valoriser le patrimoine hospitalier, il conviendrait tout d'abord de mieux le connaître .....	12
3.2. Mieux gérer le patrimoine non affecté aux soins .....	13

## **1. Plus de dix milliards d'euros ont été engagés par les pouvoirs publics, dans le cadre du Ségur de l'investissement, pour rénover le patrimoine des hôpitaux publics**

### **1.1. Le patrimoine des établissements publics de santé, immense et assez mal connu, s'était dégradé durant la précédente décennie**

#### **1.1.1. Le patrimoine immobilier des établissements publics de santé est d'une importance comparable à celui de l'État**

En 2020, en s'appuyant sur des données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) relativement anciennes, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) estimait que l'ensemble du parc des établissements publics de santé représentait 75 millions de m<sup>2</sup>. En 2024, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) observait que cette estimation était cohérente avec une étude du commissariat général au développement durable, datée de 2020, et proposait donc de retenir cette estimation<sup>1</sup>.

Malgré ces incertitudes, il semble que le patrimoine hospitalier soit en expansion. Pourtant, le ministère de la Santé promeut depuis plus d'une dizaine d'années un virage ambulatoire et le nombre de lits décroît de façon constante depuis plus de vingt ans.

Essentiellement utilisé pour les missions hospitalières, ce patrimoine comporte également des biens non affectés aux soins. Le patrimoine non affecté aux soins comprend lui-même deux catégories d'actifs :

- ◆ les biens du patrimoine privé, dits de la « dotation non affectée », entrés souvent depuis très longtemps en possession des établissements publics de santé grâce à des dons et des legs de nature très diverses,
- ◆ et les anciennes emprises vétustes, désaffectées à la suite des divers plans de modernisation hospitalière du dernier quart de siècle.

Les logements attribués pour nécessité absolue de service ou pour utilité de service, en nombre très variables selon les établissements, font également partie du patrimoine non affecté aux soins<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> T. Le Ludec, S. Mulliez, Pour un pilotage renforcé des investissements immobiliers des établissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière, Rapport IGAS, octobre 2024

<sup>2</sup> Ces logements sont en nombre très variables selon les établissements. En l'absence d'un recensement récent, les chiffres donnés en 2012 par la Cour des comptes dans son rapport consacré au patrimoine immobilier des hôpitaux non affectés aux soins donnent à voir la diversité de la situation des EPS : alors que l'AP-HP comptait 1142 logements de ce type, les HCL en comptaient 94, les CHU d'Amiens et de Clermont-Ferrand 25 chacun. En 2025, l'AP-HP compte un millier de logements attribués pour nécessité ou utilité de service, les HCL 88.

### **1.1.2. Il est impossible, à ce stade, de connaître la valeur réelle du patrimoine des hôpitaux publics**

En effet, il n'existe pas d'inventaire général et complet du patrimoine hospitalier sur le plan national. Ce constat, qu'il s'agisse du patrimoine affecté aux soins<sup>3</sup>, ou du patrimoine privé, non affecté aux soins, est ancien<sup>4</sup>.

Pour mieux le connaître, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait lancé en 2014 une plateforme numérique nationale, la base OPHELIE (Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les établissements de santé), pour collecter les données patrimoniales et immobilières des établissements de santé, mais ce projet n'a pas eu le succès escompté.

Qui plus est, la valorisation du patrimoine dans les comptes des établissements de santé (EPS) est incertaine : si le constat de la Cour des comptes d'une valorisation inférieure aux valeurs de marché date de 2012, le chantier mérite d'être réinvesti.

### **1.1.3. Ce patrimoine est vieillissant**

Le taux de vétusté a fortement progressé entre 2010 et 2020 en raison d'un manque d'entretien et d'investissement courant. Dans la décennie 2010-2020, les gestionnaires hospitaliers, confrontés à la baisse des tarifs et à une forte augmentation de l'endettement pour donner suite aux investissements réalisés dans le cadre d'Hôpital 2007 et d'Hôpital 2012<sup>5</sup>, ont diminué les dépenses consacrées aux investissements courants, c'est-à-dire à l'entretien et à la maintenance.

Sur la période 2018-2021, les dépenses d'investissement courant ont représenté 2,6 % des produits, soit nettement en deçà du seuil de 3 % jugé nécessaire pour le renouvellement courant des équipements. Il en est résulté une augmentation de la vétusté, qui est passée, pour les bâtiments, de 45,5 % en 2015 à 52,9 % en 2021<sup>6</sup> (cf. Annexe Situation financière).

Le Ségur a permis un début de reprise des investissements hospitaliers depuis 2021, encore insuffisante toutefois pour enrayer l'augmentation de la vétusté du patrimoine hospitalier.

### **1.1.4. Confronté à une vétusté croissante, ce parc immobilier devra également faire l'objet de lourds investissements pour s'adapter au changement climatique**

De lourds travaux de rénovation énergétique seront nécessaires pour la mise en œuvre du décret tertiaire. L'IGAS a estimé en 2024 que ces travaux correspondaient, selon diverses hypothèses, à un investissement compris entre 1 et 2,5 Md€ par an entre 2025 et 2050. Sachant que les EPS représentent deux tiers du patrimoine total des EPS et établissements publics sociaux et médico-sociaux (ESMS), cela correspondrait à un investissement de 0,6 à 1,6 Md€ par an entre 2025 et 2050<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> J.P. Caffet, Vers une gestion plus efficiente du patrimoine immobilier hospitalier, rapport sénatorial octobre 2013

<sup>4</sup> Cour des comptes, rapport public 2012, Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affectés aux soins

<sup>5</sup> La dette des hôpitaux publics a triplé entre 2007 et 2012, en raison des investissements réalisés dans le cadre d'Hôpital 2007 et d'Hôpital 2012, pour atteindre 29,3 Md€ en 2012. Elle s'est ensuite stabilisée à un niveau élevé de 31,1 Md€ en 2021.

<sup>6</sup> Cour des comptes, La situation financière des hôpitaux publics après la crise financière, octobre 2023. Les limites de cet indicateur sont connues : la faiblesse de l'inventaire permet de comptabiliser des surfaces qui ne plus affectées aux soins, par ailleurs, la vétusté comptable ne reflète pas nécessairement la vétusté fonctionnelle. En l'absence d'un autre indicateur, le taux de vétusté est néanmoins communément utilisé pour rendre compte de l'évolution du patrimoine hospitalier.

<sup>7</sup> S. Mulliez, T. Paux, Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux. Rapport IGAS, avril 2024

## Annexe XI

Le montant de ces investissements serait certainement moindre si les EPS ne se donnaient pas comme objectif de répondre à l'ensemble des exigences du décret tertiaire, mais seulement d'améliorer le confort d'été et de réguler les températures afin de répondre aux conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes aux activités cliniques.

Cependant, « aucune étude nationale n'a été engagée pour connaître la qualité du parc immobilier et sa capacité à garantir la résilience d'été »<sup>8</sup>, même si la DGOS a lancé une démarche afin d'estimer la vulnérabilité des établissements de santé face aux risques induits par le changement climatique. Seuls 10 % des projets sélectionnés dans le cadre du Ségur affichent le développement durable comme un objectif prioritaire<sup>9</sup>.

Aucune programmation de crédits n'a donc été réalisée à ce jour, que ce soit pour répondre aux exigences du décret tertiaire ou, *a minima*, pour protéger la santé des patients face aux futures vagues de chaleur.

Considérant que le « mur de l'investissement » de l'adaptation de l'hôpital public au changement climatique n'a pas été réellement pris en compte jusqu'à présent, toute réflexion sur un infléchissement du Ségur de l'investissement devrait donc prendre en compte deux dimensions :

- ◆ répondre à l'urgence de l'adaptation en garantissant la résilience d'été ;
- ◆ s'assurer que les décisions d'investissement prises à partir de maintenant tiennent bien compte du contexte d'évolution du climat.

### **1.2. Grâce au Ségur de l'investissement, les établissements publics de santé ont bénéficié d'un troisième plan d'investissement en moins de vingt ans**

Dans le cadre du Ségur de l'investissement, l'État a fait le choix d'investir dans le patrimoine hospitalier, à hauteur de 7,5 Md€ pour les investissements structurants, et de 1,5 Md€ pour les investissements courants<sup>10</sup>. À ces financements initialement prévus se sont ajoutés au fil du temps d'autres financements de l'assurance maladie, notamment dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR).

Les conditions de lancement du Ségur, marquées par un fort volontarisme politique, se sont traduites par la brièveté de la période initiale d'identification des projets. En 4 ans, près de 800 projets ont été prévus et pour certains instruits et programmés, pour un montant de 31,5 Md€.

Les projets accusent toutefois des retards. Seulement 37 % des projets de plus de 20 M€ présentaient un programme technique détaillé validé à mai 2024, alors que les durées indicatives d'instruction pour parvenir à cette étape, définies par le conseil scientifique de l'investissement en santé (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.

---

<sup>8</sup> La protection de la santé des personnes vulnérables face aux vagues de chaleur, rapport de la Cour des comptes, 2024

<sup>9</sup> S. Mulliez, T. Paux, Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux. Rapport IGAS, avril 2024

<sup>10</sup> Ces aides n'ayant pas été conditionnées à une augmentation des dépenses d'investissement à due concurrence, la Cour des comptes a relevé en 2023 qu'elle n'avait pas mécaniquement conduit à une augmentation des dépenses d'investissement courant des EPS.

## Annexe XI

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 de 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.

Fin 2024, sur 301 projets supérieurs à 20 M€, 90 projets – représentant 8,5 Md€ de crédits - faisaient l'objet d'une alerte forte de la part des agences régionales de santé (ARS), soit près d'un tiers des projets ou 30 % du montant total de la programmation. Ces alertes portaient très majoritairement sur la soutenabilité financière des projets (47 % du coût de la programmation), sur le risque d'augmentation des coûts (12 %) et enfin sur les contraintes foncières et architecturales (7 %).

De façon générale, l'augmentation des coûts des projets a été particulièrement importante, en raison à la fois de l'inflation constatée en 2023 et dans une moindre mesure en 2024, et de l'augmentation du capacitaire.

À titre d'exemple, les 18 projets suivis en 2024 dans le cadre de la revue des projets d'investissement du comité de pilotage (COFIL) de l'investissement en santé représentaient un coût total de 10,335 Md€, en augmentation de 3,155 Md€ par rapport au coût présenté lors de l'avis final du CSIS. Cette augmentation de 42,7 % du coût de ces projets était due en partie à l'inflation, mais également à l'augmentation des surfaces : tous projets confondus, 190 509 m<sup>2</sup> avaient été rajoutés depuis l'instruction initiale des dossiers. 15 projets sur les 18 suivis en revue des projets d'investissement \*(RPI) 2023 avaient vu leur nombre de mètres carrés croître depuis l'avis final, avec en moyenne une augmentation de 14 %, allant jusqu'à 40 % pour le projet déposé, quatre ans plus tôt, par l'AP-HM.

Dès 2023, dans un premier bilan, la Cour des comptes<sup>11</sup> considérait qu'il était nécessaire de resserrer le pilotage des stratégies d'investissement. Elle constatait en effet que le nombre élevé de projets retenus, et la dispersion des aides, ne permettait pas d'en assurer la soutenabilité financière. L'IGAS est parvenue en 2024 aux mêmes conclusions.

---

<sup>11</sup> Cour des comptes – La Situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire - Octobre 2023

## **2. La dégradation, rapide et brutale, des comptes financiers des établissements publics de santé nécessite de réexaminer les investissements prévus dans le cadre du Ségur et d'optimiser la gestion de leur patrimoine par le biais d'une politique active de valorisation de leurs biens**

### **2.1. La dégradation, rapide et brutale, des comptes financiers des établissements publics de santé nécessite de réexaminer les investissements prévus dans le cadre du Ségur**

#### **2.1.1. Pour apprécier la soutenabilité d'un projet d'investissement, les corps d'inspection et le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) recommandent de se fonder avant tout sur l'évolution de la marge brute hors aide et de la CAF nette, qui sont en baisse continue depuis 2020**

L'analyse de ces indicateurs montre que les EPS ne sont plus en mesure, depuis 2021, d'assumer un programme d'investissement de l'ampleur du Ségur, à moins de se baser sur des projections d'activité insincères ou de renoncer à leurs investissements courants.

Depuis 2021, le taux de marge brute hors aides et la capacité d'autofinancement (CAF) nette des EPS sont trop faibles pour leur permettre de financer à la fois les investissements courants incompressibles, au minimum 3 %, ainsi que le service de la dette. Leur rythme d'investissement n'est pas soutenable à terme.

#### **Le taux de marge brute hors aide devrait être le solde intermédiaire de gestion clef dans le pilotage des établissements.**

Cet indicateur constitue un résultat purement économique, qui doit couvrir les investissements passés et futurs, investissements courants et service de la dette couvrant les investissements immobiliers lourds. À la différence de la CAF nette, il ne prend pas en compte les aides exceptionnelles.

Le taux de marge brute était seulement de 2,8 % en 2023, alors qu'il devrait être de 7,0 % minimum pour permettre de financer à la fois les investissements courants incompressibles, soit au minimum 3 %, ainsi que le service de la dette, qui absorbait globalement 4,0 % des produits en 2023<sup>12</sup>.

#### **Pour le CSIS, le deuxième indicateur essentiel pour évaluer la soutenabilité d'un projet, dans le cadre d'un plan global de financement pluriannuel (PGFP), est la capacité d'autofinancement nette.**

La CAF nette correspond aux ressources disponibles après remboursement du capital de la dette. Pour qu'un projet soit soutenable, selon le CSIS, il faut au minimum que la CAF nette soit positive et dans un deuxième temps qu'elle permette de couvrir les investissements courants, en cohérence avec les cibles de marge brute évoquées plus haut.

L'analyse de ces deux indicateurs devait s'accompagner d'un examen de la situation bilancielle des porteurs de projet, sur la base d'une analyse du fonds de roulement, du taux d'endettement, devant être inférieur à 30 %, et de l'indépendance financière, qui devrait être inférieure à 50 %.

Comme la marge brute, le taux de CAF nette des EPS baisse continûment depuis 2020.

---

<sup>12</sup> Les charges d'intérêt absorbaient 1,020 Md € en 2024, les remboursements des emprunts 3,084 Md €.

## Annexe XI

Fin 2024, la CAF nette des EPS était négative, à hauteur de -1,962 Md€<sup>13</sup>. Pour leur permettre d'envisager de façon soutenable et réaliste un programme d'investissement de plus de 30 Md€, il conviendrait donc, à minima, de retrouver une capacité d'autofinancement positive, ce qui correspond à un montant de 1,962 Md€. Pour atteindre 3 % de CAF nette, fourchette haute, selon le CSIS, un effort supplémentaire de 3 Md€ de CAF nette supplémentaire serait nécessaire<sup>14</sup>.

Dans cette situation, il est donc absolument nécessaire d'amener les établissements à redresser leur situation de manière à sauvegarder leur capacité future à investir sans dépendre des aides financières, et à améliorer leur marge brute par la maîtrise des charges de personnel et par l'amélioration de leur organisation interne. **Une gestion interne maîtrisée et pilotée à la marge brute non aidée devrait permettre aux établissements de santé publics d'autofinancer au maximum leurs investissements**, le financement extratarifaire devant être conçu comme un instrument pour recomposer l'offre de soins.

### **2.1.2. Dans leur ensemble, depuis 2021, les EPS ne sont plus en mesure de participer au financement d'un plan d'investissement massif de ce type. Il convient donc d'élaborer une méthode pour réexaminer les projets d'investissement sans casser pour autant la dynamique née du Ségur**

L'intérêt d'un réexamen des projets d'investissements instruits dans le cadre du Ségur se justifie par au moins deux raisons.

La première raison est que la baisse de leur capacité d'autofinancement limite très fortement leur capacité à s'engager dans un programme d'investissement massif, à moins de financer le service de la dette par de nouveaux emprunts. On sait que ce mécanisme a conduit au surendettement durant la décennie précédente, puis à une reprise de dette à hauteur de 6,5 Md€ lors du Ségur, à ajouter aux 6,5 Md€ pour les investissements.

La deuxième raison est qu'il faut éviter que les EPS sacrifient leurs investissements courants pour échapper au surendettement, ce qui fut souvent le cas durant la décennie précédente<sup>15</sup>, car le manque d'investissements courants et de maintenance conduit à une dégradation accélérée des bâtiments.

**Aux termes de ses travaux, la mission considère donc que l'ensemble des projets du Ségur de l'investissement devraient être réexaminés.**

Pour l'ensemble des projets, il conviendrait de mettre à jour les hypothèses d'activité, de capacitaire et de ressources intégrées dans le PGFP.

Les trajectoires financières présentées lors du dépôt des projets ont, en effet, été construites en prenant en compte simultanément des hypothèses tendanciennes sur les charges et les produits, ainsi que l'impact d'un plan de performance.

Or, au vu de la dégradation continue des comptes financiers des EPS, il semble évident que ces paramètres ont dû fortement varier et que certains projets qui apparaissaient soutenables lors de leur instruction ne le sont plus.

---

<sup>13</sup> Elle s'est dégradée de -1,427 Md € à -1,962 Md € entre 2023 et 2024.

<sup>14</sup> A titre d'exemple et de comparaison sur leur capacité à investir, d'après le rapport 2025 de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locale, le taux d'épargne nette du secteur communal, en 2024, était de 9 %, celui des Départements de 2,5 % et celui des Régions de 10,9 %, pour des dépenses d'investissements de 70,4 Mds €.

<sup>15</sup> 83 % des EPS se situaient sous la part considérée comme incompressible des produits en 2018, selon la mission IGF-IGAS sur l'évolution de la dette des établissements publics de santé et ses reprises, avril 2020.

## Annexe XI

Il conviendrait donc de reprendre l'analyse de la soutenabilité financière des tous les projets, au vu de l'évolution des ratios d'exploitation<sup>16</sup> et des ratios d'endettement<sup>17</sup>.

**Une première étape pourrait consister à estimer les implications sur les modèles de financement et les trajectoires financières avant de faire intervenir des financements des pouvoirs publics si les projets n'étaient pas modifiés.**

Même si les projets ont fait l'objet d'une validation finale, les porteurs de projets devraient élaborer un nouveau plan de financement sur la base du compte financier 2024.

Ce nouveau plan de financement serait décomposé en trois parties (autofinancement, dont CAF et fonds de roulement, emprunts, dotations et subventions). Il permettrait d'estimer si l'évolution de la situation financière du porteur de projet influe sur son besoin de recourir à l'emprunt ou de bénéficier d'un subventionnement accru, si les projets n'étaient pas retravaillés et si rien n'était fait pour améliorer l'activité et l'efficience de ces EPS.

Cette première analyse, qui ne nécessite pas de retravailler les projets eux-mêmes mais simplement de prendre en compte l'évolution de la CAF nette et du fonds de roulement, devrait être transmise aux ARS sous un mois, pour une consolidation sur le plan national avant le vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2026.

Les porteurs de projet ayant obtenu une validation finale devraient joindre à ce premier document un bilan portant sur l'évolution de leur activité et sur l'effectivité du plan d'efficience annoncé initialement.

Cela permettrait de vérifier que l'activité a évolué conformément aux prévisions initiales et que les mesures annoncées ont été mises en œuvre selon le calendrier prévu. Les comptes-rendus du CSIS montrent, en effet, que de nombreux projets ont été validés malgré des doutes sur la crédibilité des plans de développement de l'activité présentés, dans un contexte de difficultés de recrutements. Ils soulignent, dans certains cas, que « le plan d'action est très ambitieux » ou que « le plan d'action présente un risque réel de réalisation partielle ou de montée en charge moins rapide que prévue ».

**Une deuxième étape pourrait consister à proposer une nouvelle version des PGFP en intégrant tous les leviers d'efficience, tant au niveau des établissements que des GHT, qui pourraient contribuer à améliorer leur capacité d'autofinancement.**

Si le projet, qu'il ait été validé ou non, ne paraît pas ou plus soutenable, les EPS devraient être amenés à présenter de nouvelles mesures d'efficience. Ces propositions devraient être nourries par le travail mené, à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) et au sein de chaque établissement de santé, sur le plan de consolidation. Les mesures proposées, qu'il s'agisse d'efficience interne, d'amélioration des coopérations hospitalières ou de rationalisation de la carte sanitaire, devraient permettre d'améliorer la capacité d'autofinancement des établissements et le retour sur investissement des projets proposés.

Lorsque les projets sont encore en cours d'instruction, et notamment lorsque les porteurs de projet ont une CAF nette négative ou que le ratio d'indépendance financière excède 50 %, il conviendrait de demander aux EPS de retravailler leurs projets, y compris le capacitaire, pour en améliorer la soutenabilité financière.

---

<sup>16</sup> Résultat d'exploitation sur le compte de résultat principal, résultat d'exploitation sur le compte de résultat principal rapporté aux produits, taux de marge brute hors aide CRP, taux de CAF nette

<sup>17</sup> Fonds de roulement, taux d'endettement, indépendance financière.

**Les projets en cours d'instruction seraient donc suspendus durant six mois**, afin de pouvoir le réétudier selon la méthodologie proposée (étude de la soutenabilité financière, élaboration d'un plan d'efficience à l'échelle de l'établissement et dans le cadre du GHT, réflexion sur le projet médical de territoire, étude de faisabilité sur un projet de rénovation ou de réhabilitation, étude des possibilités de phasage ou de redimensionnement).

Dans tous les cas, ce travail devrait conduire les EPS à présenter aux ARS un nouveau PGFP.

**Une troisième étape – pour les projets qui n'ont pas encore été validés - pourrait consister à étudier, si cela n'a pas été fait, la faisabilité d'un projet de rénovation ou de réhabilitation, en substitution d'un projet de construction neuve, et à envisager toutes les possibilités de mutualiser des équipements lourds avec les autres établissements membres du GHT.**

Les porteurs de projets seraient donc invités à présenter à l'appui de leur demande le schéma directeur technique et immobilier de leur GHT, complément nécessaire du projet médical partagé.

Le réexamen des projets devrait notamment intégrer une réflexion sur l'évolution du capacitaire, en lien avec le virage ambulatoire, et sur la recomposition de l'offre de soins à l'échelle d'un territoire, dans une logique de gradation de soins. Cette réflexion est d'autant plus nécessaire qu'elle semble ne pas avoir été systématiquement réalisée.

Dans son rapport de 2023, la Cour des comptes relevait la faible sélectivité des projets soutenus, qui ne prenaient que rarement en compte l'objectif de concentration des plateaux techniques lourds. Elle notait pourtant que la thématique de la « territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre » fixait notamment l'objectif « d'un projet médical de territoire intégrant l'ensemble des prises en charges, avec (...) un décloisonnement ville/hôpital/médico-social ».

Malgré cet objectif clairement formulé dans la circulaire, la Cour des comptes notait que les projets de regroupement d'hôpitaux ou de concentration de plateaux techniques étaient restés peu nombreux et étaient, pour la plupart, antérieurs au Ségur : seuls 7 % des projets de plus de 20 M€ étaient portés par deux ou trois hôpitaux ou cliniques.

**L'ensemble de ces travaux pourraient permettre au Comité National de l'Investissement Sanitaire de se prononcer, au printemps 2026, sur les orientations qu'il souhaite donner aux opérations prévues dans le cadre du Ségur**, dans le contexte budgétaire que l'on sait.

En fonction des orientations du CNIS, une réflexion sur le projet médical de territoire, un phasage ou un redimensionnement pourrait être demandé à l'ensemble des porteurs de projets dont les investissements ne semblent plus soutenables, qu'ils aient fait l'objet d'une validation finale ou non.

De façon générale, la poursuite du soutien de l'État devrait être conditionnée au respect de certaines règles et de certains critères.

- ◆ faire de l'adaptation au changement climatique un objectif central des programmes d'investissement : l'impact du changement climatique devrait être pris en compte de façon systématique, comme cela était d'ailleurs demandé dans la circulaire du 10 mars 2021<sup>18</sup> ;
- ◆ présenter systématiquement un scénario de réhabilitation ou de rénovation ;
- ◆ investir dans et pour la qualité de vie au travail des communautés hospitalières ;

---

<sup>18</sup> Circulaire 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

## Annexe XI

- ◆ améliorer la connaissance du bâti et du patrimoine hospitalier : pour les projets de plus de 20 M€, la validation définitive devrait être conditionnée à la réalisation d'un audit patrimonial, comme l'Igas le préconisait en 2024 ;
- ◆ inscrire les projets d'investissements dans le cadre d'une planification des investissements immobiliers cohérente avec le projet médical partagé à l'échelle du GHT.

Les EPS devraient également pouvoir montrer que la réalisation de ces investissements structurants ne se fait pas au détriment des investissements courants. En effet, les comptes-rendus du CSIS montrent que beaucoup de porteurs de projets, malgré un taux de vétusté des équipements déjà conséquent, avaient prévu un niveau d'investissement particulièrement bas, loin des 3 % des produits usuellement recommandé, pour parvenir à financer leur projet structurant.

**Au-delà des investissements courants portant sur la maintenance des bâtiments, les EPS devraient également conserver des marges de manœuvre pour pouvoir investir dans leur modernisation, et notamment dans le numérique, au moment où se développe l'intelligence artificielle en santé.** A ce titre, les travaux du CNIS et du Conseil du Numérique en santé devraient être mieux maillés.

La poursuite du soutien de l'État devrait également s'accompagner de nouvelles modalités d'instruction.

Comme le recommandait l'IGAS en 2024, les experts de l'ANAP devraient être mieux associés à l'instruction des projets.

Comme le demandait la circulaire du 10 mars 2021, les ARS devraient conforter leur expertise financière en associant les missions régionales de conseil aux décideurs publics des directions régionales des finances publiques (DRFiP) à l'analyse des projets d'investissement. Dans le cadre du Ségur, les DRFiP devraient être sollicités pour avis sur chaque projet d'investissement.

Le rapport IGF-Igas sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé en 2020 préconisait une telle approche interministérielle locale. Une telle association aurait d'autant plus de sens que les DRFiP doivent être consultées pour toute décision de recours à l'emprunt d'hôpitaux en situation de surendettement et qu'elles participent aux comités régionaux de veille active sur la situation des EPS (COREVAT).

### **2.2. À moyen terme, la poursuite du soutien de l'État au financement des investissements structurants des hôpitaux publics devrait être conditionnée au renforcement de l'ingénierie hospitalière, à tous les niveaux**

Le renforcement et la structuration de l'ingénierie hospitalière publique, sur le plan local, régional et national, est une des conditions de l'efficacité des investissements hospitaliers.

Au niveau des territoires, la mission portant sur l'évolution du pilotage des investissements du « Ségur de la Santé »<sup>19</sup> a recommandé, en 2024, de consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage en confiant la maîtrise d'ouvrage des opérations d'investissement immobilier aux établissements supports des GHT.

Elle a constaté que la faiblesse des maîtrises d'ouvrage était un élément majeur de difficulté. Elle a observé que cette préoccupation était largement partagée par ses interlocuteurs (ARS, CSIS, Conférences hospitalières, professionnels du bâtiment).

---

<sup>19</sup> T. Le Ludec, S. Mulliez, Pour un pilotage renforcé des investissements immobiliers des établissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière, Rapport IGAS, octobre 2024.

## Annexe XI

La mission a également préconisé de confier aux GHT la mission d'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.

L'ANAP, de son côté, considère que ce schéma directeur technique et immobilier pourrait être le complément du projet médical partagé, ce qui permettrait d'en faire un élément de la convention constitutive des GHT sans avoir à modifier leur environnement réglementaire.

À plus long terme, la stratégie des investissements devrait devenir une compétence de droit de GHT rénovés, comme cela avait déjà été envisagé en 2008 par le rapport Larcher, qui préconisait alors la création de CHT-ES. Cette possibilité, bien qu'ouverte aux GHT depuis la loi de 2019, n'a pas véritablement prospéré, faute d'intérêt, trop souvent, de la part des gouvernances des établissements de santé, alors que cette coopération est pourtant une des conditions de leur efficacité collective.

L'amélioration des capacités d'expertise des maîtrises d'ouvrage, au niveau local et territorial, pourrait également passer par un renforcement des liens entre les EPS et les SEM d'aménagement. En effet, certaines sociétés d'économie mixte (SEM) d'aménagement travaillent déjà dans le secteur de la santé, pour le compte de collectivités territoriales (communes ou départements), qu'elles accompagnent lors de la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles ou d'EHPAD<sup>20</sup>. Les EPS ne peuvent pas créer de SEM mais, aux termes de la loi HPST, peuvent intégrer l'actionnariat d'une SEM.

La mission recommandait également de renforcer l'expertise nationale au sein de l'ANAP. Cette expertise, autrefois forte et reconnue, a été progressivement perdue durant les années 2010, à la suite de l'intégration de la MEAH au sein de l'ANAP, et sur la base des décisions de la précédente direction de l'ANAP. Les missions de ce pôle « immobilier » de l'ANAP, et les objectifs qui lui sont fixés, pourraient être précisés dans le prochain contrat d'objectif et de performance de l'ANAP.

Au-delà du renforcement de la maîtrise d'ouvrage dans le cadre des GHT et du renforcement d'un pôle d'expertise nationale, la mission n'excluait pas, de manière subsidiaire aux GHT, le développement de maîtrise déléguée au sein de structures nationales ou régionales.

Vu la taille du patrimoine hospitalier public et les montants des investissements annuels lourds des EPS, il semblerait opportun de réaliser une étude de faisabilité portant sur la création d'un établissement public national du type de l'EPAURIF. L'EPAURIF met ses compétences en matière de maîtrise d'ouvrage à la disposition des établissements d'enseignement supérieur et de recherche. La comparaison avec l'EPAURIF, ou avec l'agence publique pour l'immobilier de la Justice (APIJ), l'assistance à maîtrise d'ouvrage du ministère de la Justice, est souvent réalisée dans les rapports des corps d'inspection, mais l'étude de faisabilité et le business plan d'une éventuelle agence de maîtrise d'ouvrage hospitalière n'ont jamais été réalisés.

Cet établissement public pourrait être missionné par les établissements, en lien avec l'ARS ou la DGOS, en amont des projets, pour les projets de faisabilité et de conception, mais aussi pour l'assistance des établissements publics de santé à la mise en œuvre de leur stratégie immobilière, la gestion et la valorisation de leur patrimoine, la construction, la réhabilitation et la maintenance de leur patrimoine.

Dans le contexte de tensions croissantes sur les capacités d'investissement des établissements publics de santé, une étude de faisabilité pourrait également être réalisée sur la création d'une foncière, maîtrisée par les acteurs publics, qui pourrait, par la suite, améliorer la gestion et la valorisation de leur patrimoine immobilier. L'Igas recommandait, en 2024, d'expérimenter des foncières immobilières auprès des EPS, à l'échelon national ou régional.

---

<sup>20</sup> C'est le cas par exemple de la SOLOREM à Nancy, par exemple. Sur ce sujet, la banque des territoires a publié en 2023 un document intitulé EPL et santé.

Ce renforcement de l'ingénierie hospitalière devrait permettre, *in fine*, de construire à un coût moindre. Le rapport IGAS-IGF sur les investissements relevait, en effet, que le coût médian d'un m<sup>2</sup> de surface utile (hors VRD) dans un échantillon d'opérations recensées dans l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, était de 2 448 € pour des établissements privés, contre 3 257 € pour des opérations publiques en loi MOP et 2 880 € en conception-réalisation dans les hôpitaux. Cet exemple, certes ancien, fait écho aux discours tenus par les gestionnaires hospitaliers, tant publics et privés, à ce sujet lors des échanges avec la mission.

### **2.3. À moyen et long terme, il conviendrait – pour plus d'efficacité – de rompre avec la logique des grands plans d'investissement et de fonder les décisions d'investissement sur une analyse prospective des besoins**

La politique d'investissement des hôpitaux publics devrait se fonder, en premier lieu, sur un exercice de prospective réalisé dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie nationale en santé. Cette stratégie pourrait être déclinée sur le plan régional dans une annexe immobilière des projets régionaux de santé (PRS), déclinant à moyen et long terme les choix structurants.

Le cadre financier des investissements devrait être stabilisé grâce à la création d'une enveloppe nationale d'aides à l'investissement structurant, votée chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Cette enveloppe prolongerait les crédits déjà mobilisés, à hauteur de 2 Md€ par an sur la dernière période. Elle permettrait d'assurer une programmation pluriannuelle sans rupture et permettrait d'assurer une meilleure instruction des dossiers de demande de subvention et d'éviter les effets d'aubaine<sup>21</sup>.

Elle renforcerait également la responsabilisation des gestionnaires hospitaliers, qui auraient davantage de visibilité sur les crédits qu'ils seraient susceptibles d'obtenir pour leurs investissements structurants, en complément de leur autofinancement.

Pour que les investissements soient financés au maximum par l'autofinancement des établissements de santé, il conviendrait néanmoins de s'assurer que les charges ne décrochent pas durablement par rapport aux tarifs.

Or, la sous-compensation des mesures du Ségur aggrave un décrochage sans doute bien plus ancien. Ce décrochage pourrait expliquer le manque d'investissement courant et la progression de la vétusté durant la période précédente, et *in fine* la décision de mettre en œuvre un nouveau plan d'investissement hospitalier lors du Ségur.

En effet, dès 2013, la mission IGF-IGAS sur l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier avait mis en évidence un décrochage entre les charges et les tarifs d'un demi-milliard d'euros par an. Ce décrochage, écrivait-elle, « était difficilement évitable dès lors que l'on inscrit le financement dans des enveloppes fermées, qui évoluent à moins de 2,5 % par an et avec des tarifs stables ou en baisse alors que les coûts de production augmentent d'environ 3 % par an »<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> T. Le Ludec, S. Mulliez, Propositions pour une stratégie de programmation des investissements hospitaliers, Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé, rapport IGAS, mai 2025

<sup>22</sup> P. Aballea, P. Legrand, A. Vanneste, D. Banquy, P. Painault, Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, rapport IGAS-IGF, mars 2013

Pour permettre aux établissements de santé publics de se comporter comme des acteurs économiques, les inciter à entretenir correctement leur patrimoine, et renforcer la responsabilité des gestionnaires hospitaliers, il faudrait donc, en théorie, que les tarifs couvrent les charges d'investissement courant et que les établissements bien gérés puissent dégager une marge brute hors aide d'environ 8 %. Cette situation est aujourd'hui très exceptionnelle. Cela supposerait un cadrage pluriannuel sur les décisions de charge nouvelles et sur les couloirs d'évolution des tarifs, comme cela se pratique dans le secteur des transports ou dans celui de l'énergie.

### **3. La dégradation, rapide et brutale, des comptes financiers des établissements publics de santé nécessite également d'optimiser la gestion de leur patrimoine par le biais d'une politique active de valorisation de leurs biens**

#### **3.1. Afin de mieux valoriser le patrimoine hospitalier, il conviendrait tout d'abord de mieux le connaître**

Pour ce faire, le ministère de la Santé avait mis à disposition des établissements de santé un « *Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé/Législation/Indicateurs/Environnement* » (Ophélie).

Cet outil, qui se voulait simple d'utilisation et ergonomique, devait permettre de réaliser un inventaire immobilier complet du patrimoine des hôpitaux, comprenant tant le patrimoine affecté aux soins que le patrimoine non affecté, et permettre des comparaisons entre établissements. Porté par un « groupe national d'experts pour la performance de la gestion du patrimoine », il se présentait comme un complément de la stratégie nationale de soutien à l'investissement et devait permettre aux gestionnaires hospitaliers de mieux gérer leur patrimoine.

Les établissements n'étaient pas obligés d'alimenter cette base, mais devaient la remplir lorsqu'ils soumettaient un projet au COPERMO.

Dès le lancement, des critiques ont été émises sur la complexité de ce projet, visant à connaître à la fois le patrimoine affecté aux soins et le patrimoine privé non affecté aux soins. La Cour des comptes relevait en 2016, dans le cadre d'auditions auprès de la commission des affaires sociales du Sénat, qu'il aurait été sans doute plus opportun de commencer par un simple inventaire du patrimoine affecté aux soins des établissements de santé. De même, les auteurs du rapport sénatorial sur la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU)<sup>23</sup> s'interrogeaient sur « le risque d'avoir procédé à la seconde étape (la mise en place d'un instrument de gestion immobilière) avant la première étape, qui correspondait à la réalisation d'un simple inventaire préalable ».

Le manque d'expertise en interne, et sans doute le manque de volonté de la part d'établissements de santé qui pouvaient craindre que ces informations soient utilisées par leurs tutelles dans le cadre de leur dialogue de gestion – ce dont la DGOS se défendait dans la FAQ encore présente sur le site du ministère – peuvent également expliquer cet échec.

Au vu de ces difficultés, l'ANAP avait initié, en 2018, une refonte de l'applicatif, pour rendre la saisie plus simple, mais ces travaux n'ont pas abouti.

---

<sup>23</sup> J-P. Caffet, Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins, 2013

## Annexe XI

A l'heure actuelle, Ophélie ne compte que 340 dossiers et n'est plus maintenu par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le constat réalisé par la Cour des comptes en juin 2013 reste donc d'actualité : « le ministère de la santé ne dispose pas d'outils suffisants de connaissance et de suivi du patrimoine hospitalier pour lui permettre de définir et de mettre en œuvre avec toute la rigueur souhaitable une politique active en la matière ».

Face à ces difficultés, l'IGAS a été amené à formuler plusieurs propositions durant les 3 dernières années.

Il serait, d'une part, possible de commencer par un inventaire plus limité, en se limitant à quelques données essentielles et au patrimoine affecté aux soins. C'est le sens de la recommandation formulée par la mission IGAS portant sur l'investissement hospitalier : « dresser a minima un recensement du patrimoine hospitalier en 2025 comportant certaines données essentielles, à l'instar du tableau de bord de la performance du médico-social : nombre de m<sup>2</sup>, état et vétusté du patrimoine, performance énergétique. »

Il serait, d'autre part, possible de conditionner le soutien accordé par les pouvoirs publics, dans le cadre du Ségur, à la réalisation « d'un audit patrimonial pour définir les actions d'optimisation des surfaces, notamment lorsqu'elles ne sont plus affectées aux soins, en lien avec les projets de construction ou de rénovation. »

La question du patrimoine pourrait être ainsi systématiquement auditée dans le cadre de l'instruction des dossiers, dans une optique de réduction des consommations énergétiques comme de valorisation patrimoniale.

Il serait, enfin, souhaitable de mutualiser les directions des bâtiments et du patrimoine à l'échelle des GHT, afin de disposer de plus de compétences pour mener cet inventaire de façon satisfaisante. Cela peut passer par une modification de la loi, mais peut aussi être réalisé dans le cadre d'un GCS, comme la mission a pu le constater au Havre où le GCS Sant'Estuaire met à disposition des membres du GHT de l'Estuaire de la Seine son expertise en matière d'ingénierie immobilière hospitalière.

Au niveau national, l'ANAP devrait se renforcer sur cette fonction patrimoniale et retrouver l'expertise qui était naguère celle de la MEAH. La mission considère que l'ANAP, en lien avec l'ATIH, devrait être missionnée par la DGOS sur la relance d'un inventaire patrimonial, tel qu'il a été décrit plus haut.

### **3.2. Mieux gérer le patrimoine non affecté aux soins**

Cependant, en ce qui concerne le patrimoine, public ou privé, non affecté aux soins, les recommandations formulées jusqu'alors par les corps d'inspection ou les juridictions financières ne semblent pas opérantes. Il semble difficile de demander à la fois aux directions des EPS de relancer un inventaire du patrimoine affecté aux soins (qui constitue leur cœur de métier) et d'inventorier de façon satisfaisante un patrimoine non affecté aux soins parfois mal connu, alors que la gestion de ce patrimoine leur semble – à raison – moins prioritaire.

## Annexe XI

Le patrimoine non affecté aux soins des hôpitaux publics est considérable, mais particulièrement mal connu au plan national. Il a néanmoins fait l'objet d'un rapport de la Cour des comptes<sup>24</sup> en 2012, de plusieurs avis du Conseil immobilier de l'État, le premier, en 2013, portant sur l'AP-HM<sup>25</sup>, le second, en 2014, portant sur l'AP-HP<sup>26</sup>, le troisième en octobre 2014 sur la gestion immobilière des CHU<sup>27</sup>. Les différents rapports des CRC, notamment le rapport de 2020 sur la gestion immobilière de l'AP-HP<sup>28</sup>, permettent de comprendre l'évolution de ce patrimoine depuis une dizaine d'années. La mission a par ailleurs obtenu, pour l'AP-HP et les Hospices civils de Lyon (HCL), une estimation de leur patrimoine non affecté aux soins en 2025.

« Les hôpitaux dotés d'un patrimoine privé significatif [écrivait la Cour des comptes en 2012] sont relativement peu nombreux et concentrés dans quelques régions (Île-de-France, Bourgogne, Rhône-Alpes, et, dans une moindre mesure, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Provence-Alpes-Côte d'Azur). En revanche, les problématiques de reconversion du patrimoine qui n'est plus utilisé pour les soins concernent de très nombreux établissements sur l'ensemble du territoire. » La Cour des comptes ajoutait alors que le patrimoine privé de l'AP-HP représentait environ, en 2011, le tiers du patrimoine privé des EPS.

La Cour des comptes constatait que « seule la moitié des établissements publics de santé (476 sur 955) [disposaient] d'un budget annexe au titre d'une dotation non affectée – dont la plupart des CHU ». Les recettes d'exploitation étaient alors très concentrées dans quelques établissements : l'AP-HP, les HCL, et les Hospices civils de Beaune.

Le périmètre des investigations de la mission était trop étendu pour permettre de réaliser une étude approfondie de la gestion par les hôpitaux publics de leur patrimoine non affecté aux soins. Quelques constats tirés de la lecture des rapports consacrés par les juridictions financières au patrimoine des hôpitaux publics permettent néanmoins de tirer de premières conclusions. Le choix a été fait de s'appuyer sur les rapports consacrés à la gestion de leur patrimoine par l'AP-HP, les HCL et l'AP-HM, ces établissements publics de santé faisant partie de ceux dont le patrimoine non affecté aux soins est le plus important.

La situation patrimoniale de l'AP-HP, qui concentre le patrimoine non affecté aux soins le plus étendu, est connue grâce à plusieurs rapports<sup>29</sup>, qui viennent compléter les développements approfondis que la Cour des comptes consacrait en 2012 à ce sujet.

En 2025, le patrimoine foncier de l'AP-HP comprend, en Île-de-France, 3 316 630 m<sup>2</sup> dédiés au domaine hospitalier, 3 785 808 m<sup>2</sup> hors domaine hospitalier, et 419 069 m<sup>2</sup> consacrés au domaine non hospitalier par le biais de baux emphytéotiques.

Hors Île-de-France, il comprend 481 131 m<sup>2</sup> consacrés au domaine hospitalier, 1 798 402 m<sup>2</sup> consacrés au domaine non hospitalier, et 37 214 m<sup>2</sup> consacrés au domaine non hospitalier par le biais de baux emphytéotiques.

Au total, en 2025, le patrimoine non hospitalier de l'AP-HP, dans l'ensemble de la France, représente 6 millions de m<sup>2</sup>.

Une partie importante de ce patrimoine est constitué de logements, sous différents statuts.

---

<sup>24</sup> Cour des comptes, Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, Rapport public annuel 2012.

<sup>25</sup> Séance du 26 juin 2013, avis du Conseil de l'immobilier de l'Etat portant sur la stratégie immobilière de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille.

<sup>26</sup> Séance du 11 juin 2014, avis du Conseil de l'immobilier de l'Etat portant sur la stratégie immobilière de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

<sup>27</sup> Séance du 15 octobre 2014, avis du Conseil de l'immobilier de l'Etat portant sur la gestion immobilière des CHRU.

<sup>28</sup> CRC Ile-de-France, La politique immobilière de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, décembre 2021

<sup>29</sup> Notamment La politique immobilière de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, rapport de la CRC d'Ile-de-France, octobre 2021, qui a été complété par des échanges entre cet établissement et la mission.

## Annexe XI

Les groupes, notamment les HCL et l'AP-HP, ont fait le choix de consacrer une part croissante de ces logements du parc privé à leur politique sociale : elle conforte leur attractivité pour les personnels paramédicaux, et in fine, leur capacité à rouvrir des lits dans un contexte de tensions de recrutements très importantes sur le personnel paramédical.

Une part importante de ces logements est également consacrée au logement, pour nécessité absolue de service ou utilité de services, des personnels de direction.

La Cour des comptes observait, dans son rapport consacré au patrimoine non affecté aux soins des hôpitaux, que le décret du 8 janvier 2010, précisant les modalités des concessions de logements pour nécessité absolue de service ou utilité de service, avait consolidé une conception très extensive des logements de fonction dans le secteur hospitalier<sup>30</sup>.

En 2012, la Cour des comptes comptabilisait, au titre du patrimoine privé de l'AP-HP, 2 764 logements – mais aussi, entre autres, 19 crèches et établissements scolaires – et 1 251 logements dans le domaine public, dont 1 142 logements de fonction.

En prenant en compte également les baux emphytéotiques, les droits de réservation, les logements dans des cités du personnel et les foyers infirmiers, l'ensemble correspondait à 11 428 logements.

Le rapport du CIE, en 2014<sup>31</sup>, relevait que « le domaine public [de l'AP-HP] intègre 1 286 logements (94 000 m<sup>2</sup> de surface habitable) destinés à loger le personnel » et un « parc de logement hors domaine public [qui] comprend 9 337 logements ».

En 2025, le nombre de logements gérés par l'AP-HP, après avoir baissé jusqu'à 8 748 logements en 2018, est assez similaire au nombre de 2012 : 11 660 logements contre 11 428 logements en 2012<sup>32</sup>.

La répartition des logements est, en revanche, sensiblement différente : le domaine privé a augmenté, grâce à la conclusion de conventions de réservation. Le nombre de logements du domaine public, après avoir baissé de 1 695 en 2010 à 769 en 2019, est de 1 194 fin 2024.

L'AP-HP compte donc plus d'un millier de logements destinés attribués pour nécessité absolue de service ou utilité de service, pour 38 hôpitaux.

---

<sup>30</sup> La Cour des comptes écrivait qu'il est « impératif, à tout le moins, de réserver les logements attribués pour nécessité absolue de service aux seuls directeurs de sites hospitaliers et non à l'ensemble de leurs collaborateurs, aux responsables de services fonctionnels ou aux cadres mis à disposition d'autres administrations, et de les situer obligatoirement au sein de l'établissement de santé. ».

« Le logement de fonction pour nécessité absolue de service est, en effet, en principe, la contrepartie d'une contrainte exorbitante de droit commun pesant sur un agent public, en l'espèce une présence pouvant être considérée comme obligatoirement constante sur le lieu de travail ».

Ce décret du 8 janvier 2010 ne précise pas, en effet, le nombre minimal de jours de garde requis pour les personnels de direction de la fonction publique hospitalière et n'impose pas que le logement ainsi attribué soit situé dans l'enceinte de l'hôpital où ces derniers ont été nommés. Il entérine ainsi le fait que le lien entre attribution d'un logement de fonction par nécessité absolue de service et la continuité du service public se soit largement distendu. Par ailleurs, pour les logements attribués pour utilité de service, le décret du 8 janvier 2010 dispose que le loyer est fixé par l'assemblée délibérante, et non pas par les services de la direction générale des finances publiques, comme pour les opérateurs de l'Etat, bien qu'ils soient, selon les dispositions du code de la santé publique, « soumis au contrôle de l'Etat » et que les établissements publics de santé soient devenus, depuis la loi HPST, des établissements publics de l'Etat.

En cela, concluait-elle, « alors même que l'objectif dans la fonction publique d'Etat est de supprimer progressivement les logements attribués pour utilité de service, service, la fonction publique hospitalière conforte ainsi ce type d'attribution. »

<sup>31</sup> Conseil de l'immobilier de l'Etat, juin 2014, avis sur la stratégie immobilière de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris

<sup>32</sup> Dès 2013, le Conseil de l'immobilier s'est « s'interrogé sur la valorisation de ce portefeuille d'actif d'une valeur très significative ; il s'interroge sur l'opportunité de créer une société foncière pour le gérer. ». L'AP-HP a envisagé cette possibilité, cependant, si la loi HPST permet aux EPS d'intégrer une SEM dont une collectivité territoriale serait le principal actionnaire, elle ne leur permet pas de créer elles-mêmes une foncière par le biais d'une SEM.

## Annexe XI

**En 2025, le patrimoine privé des HCL** comprenait 64 immeubles et 31 lots de copropriétés pour une valorisation estimée à 135 M €, 64 hectares pour une valorisation de 272 M€, 12,6 M€ d'actifs ruraux. 88 logements étaient attribués pour nécessité absolue de service, contre 83 en 2016<sup>33</sup>, sur un total de 792 logements, soit 11,1 % du parc de logements.

**A l'AP-HM, en 2023**, 66 agents étaient logés pour nécessité absolue de service ou pour utilité de service. Sur ces 66 agents, la chambre régionale des comptes relevait que 31 bénéficiaient de l'indemnité compensatrice de logements, alors que 53 logements vétustes restaient vacants. La CRC recommandait, en conséquence, de rationaliser l'octroi de ces logements. De façon plus générale, elle estimait que « les défauts de formalisation et de suivi des biens qu'elle détient ont pour effet de priver l'AP-HM d'une source de recettes annuelles de près de 850 000 €. »<sup>34</sup>

Rapporté à son activité, le nombre de logements consacrés par l'AP-HP au logement de son personnel de direction, que ce soit pour nécessité de service ou utilité de service, semble donc exceptionnel.

Ces observations conduisent la mission à quatre types d'observations :

- ◆ Si les plus grands hôpitaux, dans leur majorité, ont su professionnaliser leur gestion patrimoniale, ce n'est pas le cas, tant s'en faut, de tous les hôpitaux, notamment les plus petits, qui ne disposent pas nécessairement des compétences nécessaires. Si les CHU ont su élaborer, dans leur ensemble, des stratégies immobilières formalisées, en s'appuyant sur des services disposant de l'expertise nécessaire, ce n'est pas le cas de tous les hôpitaux, y compris de grands centres hospitaliers ;
- ◆ Pour un établissement de santé, la valorisation du patrimoine immobilier, en particulier de son patrimoine non affecté aux soins, est une mission périphérique pour un établissement public de santé ;
- ◆ La révision des servitudes affectant les dons et legs, dont le patrimoine privé est souvent issu, nécessite une expertise juridique que tous les EPS n'ont pas ;
- ◆ La fonction publique hospitalière conserve une notion très extensive des logements de fonction, alors que les autres fonctions publiques ont cherché à limiter les logements pour utilité de service, ce qui semble logique au vu de l'évolution des moyens de communication et de transport<sup>35</sup>.

Afin de mieux connaître et de mieux valoriser ce patrimoine non affecté aux soins, la mission considère qu'une réflexion pourrait être conduite sur l'opportunité de créer une foncière sous la forme d'un établissement public industriel et commercial de l'Etat. Diverses options pourraient être envisagées, ces options ne s'excluant pas les unes les autres :

- ◆ cette foncière pourrait intervenir auprès des petits établissements, qui ne disposent pas d'une expertise suffisante pour valoriser un patrimoine disparate et sous exploité ;
- ◆ cette foncière pourrait être mobilisée, dans le cadre des plans de retour à l'équilibre, pour valoriser le patrimoine des EPS et accompagner leurs plans de redressement ; le fait que le patrimoine des EPS ait intégré le patrimoine de l'Etat depuis la loi HSPT serait de nature à faciliter ce transfert à une foncière constituée sous forme d'un établissement public industriel et commercial de l'Etat ;
- ◆ l'expertise de cette foncière pourrait être mobilisée pour réviser, à la demande des EPS, les conditions des legs et des donations.

---

<sup>33</sup> Ces logements sont loués aux agents des HCL, lesquels bénéficient d'une réduction de loyer de 20 % par rapport au prix du marché, sous condition de ressource et d'adéquation entre le logement et la composition familiale.

<sup>34</sup> CRC PACA, Assistance Publique, Hôpitaux de Marseille, juin 2022.

<sup>35</sup> Cour des comptes, Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, Rapport public annuel 2012.

## Annexe XI

La création de cet acteur unique, dont l'immobilier serait le cœur de métier, permettrait de professionnaliser les processus en externalisant une mission qui n'est pas stratégique pour les EPS. Le financement du fonctionnement de cette foncière serait assuré par une partie des produits de cession, ce qui permettrait aux hôpitaux de concentrer leurs moyens et leur ingénierie sur le patrimoine affecté aux soins.

L'Etat envisage également de créer une foncière pour gérer son propre immobilier, dont l'étendue est très supérieure au patrimoine non affecté aux soins des établissements publics de santé. Sans recourir à une foncière, le choix de la création d'une entité unique, à compétence nationale, avait été fait pour valoriser les actifs du ministère de la défense avec la création de la mission pour la réalisation des actifs immobiliers.

Une étude de faisabilité pourrait être réalisée dans le cadre d'une mission conjointe de l'IGAS et du CGEDD.

Cette mission pourrait également étudier l'opportunité et la faisabilité de la création d'une structure de maîtrise d'ouvrage publique entièrement dédiée au secteur hospitalier, comme le CIE le recommandait dès 2013, sur le modèle de l'APIJ.

Une coordination avec les travaux menés dans la sphère État serait nécessaire, afin de déterminer quel serait le scénario le plus pertinent :

- ◆ création d'une agence de maîtrise d'ouvrage spécifique, en raison de la spécificité et l'étendue du patrimoine hospitalier, d'une taille comparable à celui de l'État ;
- ◆ attribution de cette mission à la foncière chargée de valoriser le patrimoine hospitalier.

Dans tous les cas, il serait opportun d'étudier la faisabilité de la création d'une agence de maîtrise d'ouvrage hospitalière : ce sujet est en effet évoqué dans les rapports des corps d'inspection depuis une dizaine d'années sans avoir jamais pu être traité au fond.