



COMMUNICATION A LA COMMISSION DES FINANCES DU SENAT
(art. 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances
du 1^{er} août 2001)

LE PATRIMOINE IMMOBILIER DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE NON AFFECTE AUX SOINS

NOVEMBRE 2011

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
RESUME	7
RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I L'IMMOBILIER PRIVE, UNE QUESTION AUX MULTIPLES ENJEUX	19
I - Un enjeu financier aux contours mal définis	19
A - Un apport financier limité	20
B - Un potentiel financier mal appréhendé	30
II - Un patrimoine au service d'une politique de logement du personnel : anachronisme ou nécessité absolue ?	39
A - Une politique aux objectifs évolutifs	39
B - La dérive des logements de fonction	40
C - Les logements attribués sur critères socio-professionnels, une problématique essentiellement parisienne	45
III - La reconversion du patrimoine non affecté des hôpitaux, un enjeu qui dépasse les seuls établissements	48
A - L'utilisation du patrimoine privé pour des activités hospitalières annexes : une option discutée	49
B - Une opportunité de réemploi pour d'autres activités sanitaires et sociales ?	51
C - Des opportunités de réaménagement urbain	53
D - Une dimension culturelle forte	54
CHAPITRE II LA VALORISATION DU PATRIMOINE : UN DIFFICILE DEFI POUR LES ETABLISSEMENTS	59
I - Une prise de conscience récente et inégale	59
A - Une gestion traditionnellement passive du patrimoine privé	60
B - Les Hospices de Beaune : un cas atypique	63
C - Une prise de conscience parfois tardive	66
II - Une politique délicate à mettre en œuvre	72
A - La définition d'une stratégie patrimoniale	72
B - L'acquisition d'une compétence immobilière spécifique	73
C - Une maîtrise nécessaire des contraintes juridiques et techniques	76
D - Un dialogue complexe avec les collectivités territoriales	86

CHAPITRE III LA NECESSITE D'UN PILOTAGE NATIONAL ET REGIONAL PLUS AFFIRME	92
I - Des problématiques longtemps non prioritaires.....	92
A - Un manque de prise en compte du potentiel financier du patrimoine privé	92
B - Une méconnaissance du potentiel patrimonial des établissements par le plan Hôpital 2007.....	95
II - Une mobilisation récente.....	97
III - Un mode de pilotage et d'assistance à construire.....	102
A - Le préalable : la définition d'une politique nationale et sa déclinaison par les ARS	102
B - Trois options possibles pour valoriser plus efficacement le patrimoine privé	106
C - Le choix de la structure nationale d'assistance aux établissements..	110
CONCLUSION	112
ANNEXES	113
GLOSSAIRE	129

Avertissement

Saisine de la Cour

Le président de la commission des finances du Sénat a demandé au Premier président de la Cour des comptes, le 23 novembre 2010, que la Cour réalise une enquête sur « la gestion du patrimoine immobilier hospitalier », en application de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances.

A la suite d'une réunion tenue le 12 janvier 2011, il a été convenu, entre la commission des finances du Sénat et la Cour, que compte tenu de la portée potentiellement très vaste du sujet, le champ de l'enquête demandée par la Commission des finances porterait uniquement sur le patrimoine privé des établissements de santé.

Déroulement de l'enquête

La Cour a mené ses investigations de janvier à juin 2011. Ses rapporteurs se sont entretenus avec les administrations concernées, ainsi qu'avec neuf agences régionales de santé (Alsace, Picardie, Bourgogne, Provence Alpes Côtes d'Azur, Rhône-Alpes, Auvergne, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Bretagne).

Quatorze établissements de santé ont été visités : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Hospices civils de Lyon (HCL), Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens, CHU de Clermont-Ferrand, CHU de Dijon, Centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville, centres hospitaliers (CH) de Nuits-Saint-Georges, Beaune, Centre-Bretagne, centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts, Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) d'Alsace, Centre hospitalier spécialisé (CHS) de Rouffach.

Les échanges ont eu lieu avec huit autres hôpitaux (CHU de Saint-Etienne, centres hospitaliers de Bretagne-Sud, des Sables-d'Olonne, de Toulon, du Sud Francilien, de Provins, de Grasse, de Draguignan). De nombreux organismes et personnalités qualifiés ont également été sollicités. Au total, des entretiens ont été conduits avec plus de 140 personnes.

Les observations définitives formulées issues des travaux de contrôle des comptes et de la gestion des établissements de santé réalisées par les chambres régionales des comptes au cours des dernières années ont été également utilisées.

Procédure contradictoire

La contradiction a été conduite avec 71 organismes (administrations centrales, agences régionales de santé, établissements publics de santé et collectivités territoriales). La directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, a été auditionnée à sa demande le 23 septembre 2011.

Le présent rapport a été délibéré le 28 septembre 2011 par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Antoine Durrleman, président de chambre, et composée de Mme Lévy-Rosenwald, MM. Braunstein, Phéline, Piolé, Laboureux, de la Guéronnière, conseillers maîtres, les rapporteurs étant Mme Falk, conseillère référendaire, et Mme Kermoal-Berthomé, rapporteure extérieure, et le contre-rapporteur, Mme Levy-Rosenwald, conseillère maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé, le 18 octobre 2011, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, premier président, Bénard, procureur général, Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman et Levy, présidents de chambre.

Résumé

Le patrimoine non affecté aux soins des établissements publics de santé recouvre, d'une part, le patrimoine privé (logements, terrains, vignobles, etc.), couramment dénommée « dotation non affectée » (DNA) par assimilation au budget annexe qui en rend compte, concentré dans un petit nombre d'établissements, et, d'autre part, les anciens sites hospitaliers désaffectés après transfert des activités médicales dans des infrastructures plus modernes qui concernent de nombreux hôpitaux.

En moyenne, sur la dernière décennie, les recettes des budgets consolidés retraçant l'exploitation du patrimoine non affecté se sont élevées à 100 M€ par an (25 M€ de bénéfices). Par ailleurs, les cessions ont procuré en moyenne 70 M€ par an, mais avec de fortes variations.

1. La gestion de ce patrimoine non affecté aux soins répond à des enjeux multiples pour l'activité hospitalière et pour les acteurs publics de manière plus générale.

Un enjeu financier : le potentiel de valorisation financière de ces biens est sans aucun doute plus important que l'exploitation qui en est faite actuellement, à la fois en termes de résultats d'exploitation et de produits de cession. Toutefois, les insuffisances de la comptabilité des hôpitaux et l'absence de recensement national ne permettent pas de l'estimer clairement. En tout état de cause, si le patrimoine privé est concentré sur trois établissements, Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), Hospices civils de Lyon (HCL) et le centre hospitalier (CH) de Beaune, la question de la reconversion des friches touche de très nombreux hôpitaux.

Un enjeu pour l'organisation interne des établissements, notamment social : le patrimoine privé a été traditionnellement utilisé par les hôpitaux ou leurs partenaires pour une multitude d'activités, parfois annexes (mise à disposition au profit des communes, d'associations, de l'Etat, de médecins, etc.), parfois importantes pour la gestion de l'établissement. La politique de logement dont il a permis le développement (logements de fonction et logements attribués sur critères socio-professionnels) apparaît mal maîtrisée et appelle à des remises en ordre profonde.

Un enjeu qui dépasse le seul établissement : la libération d'emprises foncières de taille souvent importante a représenté une opportunité pour la réorganisation de l'offre de soins et la prise en charge médico-sociale sur les territoires. Elle constitue surtout un enjeu majeur de réaménagement urbain pour les collectivités locales. Enfin, le

patrimoine immobilier représente une valeur culturelle et architecturale importante, mal exploitée et protégée, mais dont la prise en compte dans les projets de valorisation est souvent gage de réussite.

2. En dépit de l'importance de ces enjeux, le patrimoine non affecté a été traditionnellement mal géré par les établissements : biens du domaine privé loués à bas prix et mal entretenus, sites désaffectés abandonnés totalement (anciens sanatoriums) ou partiellement, utilisés pour accueillir des activités de soins ou d'accueil médico-social pour lesquelles ils sont inadaptés ou laissés gratuitement à disposition de partenaires externes.

Dans ce paysage, la situation des Hospices de Beaune est très atypique et ne permet pas de tirer des conclusions générales sur la gestion du patrimoine privé.

En revanche, soumis à des contraintes financières et à la nécessité de poursuivre la modernisation des infrastructures hospitalières, certains établissements ont progressivement pris conscience des enjeux du patrimoine privé et se sont engagés ces dernières années dans une politique d'optimisation assumée, passant notamment par des cessions massives (Assistance publique-hôpitaux de Marseille, Hospices civils de Lyon), alors que d'autres (Assistance publique- Hôpitaux de Paris) n'ont pas jusque récemment affiché de stratégie de valorisation publique et explicite.

Au-delà de ces quelques initiatives, c'est l'ensemble des hôpitaux, confrontés à des problématiques de gestion du patrimoine privé ou de reconversion de sites hospitaliers désaffectés, qui doivent se mettre en mesure de définir et de mettre en œuvre une stratégie claire de valorisation pour passer d'une stratégie de rente à une stratégie de gestion active de leur patrimoine. Cette évolution requiert l'acquisition de compétences techniques et la levée d'un certain nombre d'obstacles juridiques, mais ces prérequis ne peuvent servir de prétexte à une attitude attentiste.

En revanche, une véritable difficulté pour les reconversions d'anciens sites hospitaliers tient à la capacité des établissements à instaurer un dialogue constructif avec des collectivités locales dont dépend la réussite du projet, mais dont les intérêts peuvent entrer en conflit avec la volonté de l'hôpital d'optimiser le montant de la vente. L'anticipation est une donnée fondamentale pour permettre à ces projets de reconversion de se concrétiser rapidement après le départ des activités hospitalières.

3. Face au manque de volonté des établissements ou aux obstacles qu'ils rencontrent, le rôle de la tutelle est déterminant.

Or celle-ci n'a pas jusqu'à présent affirmé d'axes stratégiques clairs ni mis en place les moyens techniques et juridiques qui auraient pu lui permettre d'accompagner les équipes dirigeantes au niveau local. Mal informée, les administrations centrales n'ont pas cherché à intégrer les questions de valorisation du patrimoine privé dans son pilotage de la performance hospitalière. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et désormais les agences régionales de santé (ARS) ont, sauf exception, suivi la même voie. Dès lors, le plan Hôpital 2007 s'est construit sans prise en compte du potentiel financier que représentait le patrimoine privé ni des questions lourdes que posait la reconversion des anciens sites.

Diverses initiatives récentes de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et avec elle, de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pourraient constituer un socle sur lequel construire une politique de valorisation du patrimoine non affecté au service de l'offre de soins sur les territoires. Toutefois, elles restent très limitées (projet en cours de réalisation d'un inventaire national, expérimentation d'un accompagnement aux cessions par l'ANAP, notamment) et n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité.

La Cour considère qu'il est impératif de donner à cette politique une dimension à la hauteur des enjeux et du potentiel de valorisation de ce patrimoine. Pour cela, la définition d'une politique nationale explicite, déterminant annuellement des objectifs de cession pris en compte dans la fixation de l'ONDAM hospitalier, disposant de relais locaux forts au sein des ARS, est indispensable. Les établissements qui ne parviennent pas en interne à mener à bien des projets de valorisation devraient pouvoir confier cette mission à une structure nationale d'assistance, rôle qui pourrait être confié à l'ANAP.

Récapitulatif des recommandations

Budget et comptabilité :

1. *définir précisément les règles applicables au budget annexe de la DNA, en particulier en ce qui concerne son périmètre et son articulation avec le budget principal ;*

2. *accompagner cette évolution du développement d'outils de comptabilité analytique pour apprécier la charge financière liée au patrimoine privé ;*

3. *améliorer l'information comptable relative au patrimoine immobilier des établissements en précisant systématiquement dans les annexes aux états financiers la valeur de marché des biens non affectés aux soins ;*

Utilisation du patrimoine privé à des fins internes à l'établissement :

4. *réserver strictement les logements de fonction aux seuls agents dont la présence est indispensable pour des raisons de sécurité et, s'agissant des cadres de direction, exclusivement aux chefs d'établissement avec une obligation de logement sur site ;*

5. *revoir la politique d'attribution et de tarification des logements de fonction pour utilité de service ;*

6. *réserver aux hôpitaux situés dans des zones à forte pression immobilière la possibilité de mise à disposition de logements sur conditions socio-professionnelles aux personnels hospitaliers. Définir des critères précis d'attribution et évaluer rigoureusement les résultats comme les coûts de cette politique ;*

7. *intégrer dans une stratégie d'efficacité globale et dans une perspective de facilitation des cessions la localisation des fonctions supports et administratives ;*

Définir une stratégie patrimoniale :

8. *rendre obligatoire la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier, intégrant lorsque cela s'avère utile une réflexion particulière sur la valorisation du patrimoine non affecté ;*

Acquérir la compétence :

9. professionnaliser les équipes des grands établissements qui ont besoin d'une compétence en interne pour la gestion de leur patrimoine ;

10. faire appel à des compétences externes chaque fois que cela est nécessaire (consultants privés, mutualisation entre établissements, tutelles) pour les autres établissements confrontés ponctuellement à une problématique de valorisation ;

Connaître le cadre juridique :

11. actualiser et diffuser des guides juridiques pour l'aide à la cession ;

12. clarifier très rapidement les dispositions juridiques s'appliquant aux actes de gestion du patrimoine après la loi HPST, notamment la portée des avis de France Domaine et le périmètre d'application du droit de priorité des communes ;

13. diffuser plus largement l'information sur les modalités de révision des charges pesant sur une donation ou un legs ;

14. mettre en œuvre une politique d'optimisation des loyers ou des produits de cession afférent aux logements loués sous le régime de la loi de 1948 ;

Anticiper les opérations de reconversion :

14. inciter à utiliser la nouvelle disposition de la loi du 17 février 2009 permettant le déclassement d'un bâtiment hospitalier au plus trois ans avant le départ effectif des services pour éviter toute occupation nouvelle des bâtiments ;

15. formaliser les conditions d'occupation de tous les organismes tiers (associations, universités, laboratoires...) dans de documents contractuels retraçant les droits et obligations de chacun des partenaires et faisant apparaître les avantages financiers pour l'hôpital ainsi que le caractère nécessairement précaire du droit du bénéficiaire. Publier un bilan annuel retraçant la réalité de ces occupations ;

16. solliciter, auprès des collectivités compétentes, les modifications du plan local d'urbanisme en amont de l'opération de cession ;

17. professionnaliser la discussion avec les élus locaux sur la base d'une étude de reconversion du site réalisée par un prestataire externe ;

18. définir le projet de reconversion et sélectionner l'acquéreur au sein d'un comité de pilotage élargi et transparent ;

Un meilleur pilotage national et régional :

19. *prendre en compte le potentiel financier de la DNA et de la valorisation des sites hospitaliers désaffectés dans les prochaines opérations d'investissement (notamment dans la tranche 2 du plan Hôpital 2012) ;*

20. *définir les orientations d'une politique immobilière au niveau national et élargir la mission du Conseil de l'immobilier de l'Etat au secteur hospitalier ;*

21. *étudier la faisabilité de la prise en compte d'un objectif global de cessions dans la détermination de l'ONDAM hospitalier ;*

22. *affirmer le rôle des ARS dans le pilotage de la politique immobilière en créant les outils (schémas directeurs immobiliers) et les incitations (incitations financières pour les établissements, incitations en termes d'objectifs pour les directeurs d'ARS, notamment) permettant d'optimiser la valorisation du patrimoine ;*

23. *inclure officiellement dans les missions de l'ANAP la fonction d'assistance à la valorisation du patrimoine.*

Introduction

Le patrimoine immobilier des établissements de santé publics est d'une dimension considérable : 60 millions de m²¹, sans que cette donnée soit véritablement fiable -soit en tout état de cause une importance comparable à celle du patrimoine de l'Etat.

Essentiellement consacré à l'exercice des missions hospitalières, il comprend également des biens non affectés aux soins, qui représentent principalement deux catégories d'actifs :

- les biens du domaine privé, historiquement liés à la fonction d'accueil des indigents, pour partie issus de dons et legs : forêts, terres, vignes, immeubles d'habitation, biens atypiques comme des châteaux, des théâtres... Ils assuraient traditionnellement l'essentiel des ressources de l'hôpital, soit directement par leur production, soit indirectement par les revenus financiers qu'ils procuraient ; ils sont désormais marginaux par rapport aux recettes générées par l'activité de soins. Les charges et produits afférents à ces biens doivent être regroupés dans un budget annexe au budget général de l'hôpital, le budget de la dotation non affectée (DNA). Cette catégorie de biens est donc couramment désignée sous le terme global de « DNA », par assimilation avec la partie du budget de l'hôpital qui en rend compte, ou de patrimoine privé des établissements publics de santé;
- les anciens bâtiments hospitaliers désaffectés du fait de nouvelles constructions, dans la période récente à la suite notamment de la mise en œuvre, du Plan Hôpital 2007, mais également parfois inutilisés ou sous-utilisés pour l'activité de soins depuis les grands programmes immobiliers des années 1970, voire même encore antérieurement.

Les hôpitaux dotés d'un patrimoine privé représentent un faible nombre d'établissements et sont concentrés essentiellement en Ile-de-France, Bourgogne, Rhône-Alpes et dans une moindre mesure Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Ce sont aussi dans ces régions que, pour des raisons historiques, se constate la plus forte densité de bâtiments qui ne sont plus consacrés à l'accueil des malades. Mais les problématiques de reconversion d'un patrimoine désormais inutilisé pour les soins concernent de très nombreux établissements sur l'ensemble du territoire.

1. Source : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP).

La situation parisienne est à cet égard atypique par l'importance du patrimoine privé, l'ampleur des problématiques de reconversion de sites et la dimension de la politique de logement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le pilotage centralisé, la proximité avec les autorités étatiques, le poids des autorités locales, inscrivent sa politique patrimoniale dans un jeu de forces d'autant plus complexe que la pression immobilière toujours plus accrue sur le marché de la capitale suscite des attentes contradictoires pour le devenir des sites abandonnés, entre opportunité foncière pour des opérations d'équipements collectifs et souci de valorisation au mieux dans un contexte financier dégradé.

L'un des principaux enjeux qui s'attachent au patrimoine non affecté aux soins est en effet budgétaire. La situation financière des hôpitaux s'est lourdement dégradée depuis quelques années. En 2010, leur déficit cumulé a atteint près de 500 M€, alors que leur niveau d'endettement a continué à s'aggraver, à 24,4 Md€ en 2010 contre 19 Md€ en 2009 et moins de 13 Md€ en 2006. L'immobilier est le deuxième poste des dépenses hospitalières après le personnel et son incidence financière est majeure, à la fois en investissement et en dépenses courantes : l'ANAP estime qu'un m² de bâti hospitalier emporte 1 000 € de charges de fonctionnement par an. La rationalisation de l'utilisation des surfaces est source d'économies importantes et entraîne une dynamique de réorganisation et de regroupement qui explique l'importance du mouvement actuel de reconfiguration des sites hospitaliers, avec pour conséquence l'accélération de la libération de bâtiments ou de sites entiers.

Or la valorisation du patrimoine non affecté aux soins des hôpitaux ne fait pas l'objet d'une politique clairement affichée, qu'il s'agisse des biens de la DNA, qui peuvent représenter parfois des enjeux financiers considérables, ou des sites à reconvertir, contrairement aux orientations qui ont été prises ces dernières années par l'Etat, puis plus récemment par la sécurité sociale.

L'Etat mène depuis 2005 une politique active de valorisation de son patrimoine avec des objectifs de rentabilisation des surfaces et d'optimisation financière des cessions immobilières. Des outils ont été mis en place avec le renforcement du rôle de France Domaine et l'instauration de schémas pluriannuels de stratégie immobilière. L'Etat a ainsi réalisé des opérations de cessions pour plus de 3,6 Md€ depuis 2005. Quant aux caisses du régime général de sécurité sociale, longtemps en retard même si conformément aux dispositions de l'ordonnance du 24 décembre 1996, elles ont cédé l'ensemble des biens de leur patrimoine privé (non destiné à l'activité des caisses) pour un montant total de

223 M€ elles se préoccupent désormais, sous l'impulsion de leur tutelle, de la mise en œuvre d'une politique immobilière plus performante².

Eu égard à l'ampleur de leurs besoins de financement, les hôpitaux publics doivent à leur tour se mettre en mesure de mobiliser plus efficacement toutes les sources possibles de recettes pour éviter de peser sur l'assurance maladie dont le déficit est plus que préoccupant par son ampleur et sa récurrence. Certes, tous, loin de là, ne sont pas concernés par la nécessité de se doter à cet égard d'une véritable politique de valorisation de leur patrimoine immobilier. Mais pour ceux détenteurs d'une DNA importante comme pour ceux dont la reconversion dégage des opportunités de cessions foncières et immobilières, cet objectif doit être beaucoup plus activement pris en compte.

L'enquête de la Cour a ainsi cherché à identifier les opportunités et les contraintes pour la mise en œuvre d'une stratégie plus résolue de valorisation du patrimoine hospitalier non affecté aux soins.

Le présent rapport examine à cet égard successivement les points suivants :

- 1- les différents enjeux, à certains égards contradictoires, liés à ce patrimoine ;
- 2- les difficultés juridiques, techniques et politiques auxquelles sont confrontés les établissements pour mener à bien sa valorisation dans de bonnes conditions ;
- 3- la nécessité d'un pilotage national et régional plus fort pour permettre d'accélérer et d'amplifier les actions en ce domaine.

2. Cf. chapitre XVI du rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Chapitre I

L'immobilier privé, une question aux multiples enjeux

La gestion et la reconversion du patrimoine non affecté aux soins des établissements de santé présentent de multiples dimensions, à certains égards contradictoires :

- une dimension financière, sous le double aspect des résultats d'exploitation annuels de ce patrimoine et du potentiel de cession qu'il représente ;
- une dimension sociale par son rôle dans la politique de logement du personnel conduite par certains établissements ;
- une dimension d'intérêt général qui dépasse les seuls établissements, allant de l'aménagement du territoire à la préservation d'un patrimoine culturel et architectural souvent de grande valeur.

I - Un enjeu financier aux contours mal définis

Le financement des investissements et l'apurement des déficits hospitaliers ne peuvent certes reposer sur la seule valorisation du patrimoine privé mais doivent résulter à titre principal d'une exploitation structurelle saine des activités de soins. Toutefois la situation financière actuelle des établissements publics de santé appelle à mobiliser toutes les ressources annexes à l'activité hospitalière. L'analyse des comptes des budgets annexes consacrés à la gestion du patrimoine privé montre que les excédents annuels dégagés sont aujourd'hui relativement faibles. Au-delà de l'exploitation courante, il existe un véritable potentiel financier qui reste toutefois difficile à appréhender.

A - Un apport financier limité

Le patrimoine privé des hôpitaux est essentiellement composé de terres et d'immeubles qui ont été historiquement au service de la vocation hospitalière de l'établissement, mais que les évolutions de l'activité médicale en ont progressivement éloignés, et d'immeubles de logements résultant essentiellement de dons et legs, dont il n'existe pas d'inventaire général (cf. infra).

La composition du patrimoine privé des établissements de santé

Des terres agricoles, forêts, vignes : historiquement garantes de l'accueil et de l'alimentation quotidienne des malades, leur conservation n'a plus de justification autre qu'un attachement historique.

Des immeubles de rapport, souvent utilisés au service de la politique sociale de l'établissement. Ces logements sont rentrés dans le patrimoine de l'hôpital par dons et legs, par désaffectation de sites accueillant des soins, mais aussi du fait de politiques de construction en propre ou par bail emphytéotique dans un but de valorisation des terrains ou de logement du personnel.

Parfois des biens atypiques (un manoir à Roscoff ou un château à Cercamp dans le Pas-de-Calais qui appartient à l'AP-HP, le théâtre des Folies Bergère qui appartient aux Quinze-Vingts...), dont le nombre est aujourd'hui restreint, beaucoup de ces biens ayant déjà été vendus. L'AP-HP a ainsi cédé en 2006 le théâtre Mogador pour 5,5 M€ et un hôtel pour 14 M€. Il n'y a pas d'obstacle réel à leur vente, si ce n'est parfois leur poids symbolique et les contraintes liées à leur utilisation actuelle.

Conformément à l'article R. 6145-12 du code de la santé publique, la nomenclature comptable des établissements de santé, dite M21, prévoit l'existence d'un budget annexe au budget hospitalier dédié à l'exploitation du patrimoine non affecté à l'activité de soins – les éléments de bilan étant intégrés dans le budget hospitalier, mais avec des numéros de comptes spécifiques. Les résultats excédentaires de ce budget annexe peuvent être affectés³ à l'apurement des déficits antérieurs (compte 119 – report à nouveau déficitaire), à un compte de report à nouveau excédentaire ou à un compte de réserve (excédents affectés à l'investissement – 10682 ou réserves de trésorerie – 10685).

Le tableau ci-après récapitule le montant total sur le plan national des charges et produits de la « dotation non affectée » grâce aux informations centralisées par la direction générale des finances publiques (DGFIP). Ces données relatives à la DNA ne font pas l'objet d'un suivi et d'une analyse régulière ; elles ont été extraites spécifiquement pour répondre à la demande de la Cour.

3. M21, tome 2, p. 113.

Produits et charges de la DNA au niveau national (2002 – 2010)

K€

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne 02-10
<i>Produits des cessions d'éléments d'actif (a)</i>	59 540	53 129	166 346	41 911	65 777	52 045	61 262	44 141	74 139	68 699
<i>Valeur nette comptable des éléments d'actif cessés (b)</i>	18 216	21 425	36 506	5 829	3 132	5 940	3 521	2 362	3 106	11 115
<i>Résultat de cession (a- b)</i>	41 324	31 704	129 840	36 082	62 645	46 105	57 741	41 779	71 033	57 584
<i>Produits exploitation (c)</i>	83 043	82 904	82 118	85 959	94 489	96 041	96 773	102 123	101 412	91 651
<i>Charges d'exploitation (d)</i>	56 672	58 872	62 213	62 233	66 267	69 849	70 767	72 718	74 771	66 040
<i>Résultat d'exploitation (c-d)</i>	26 371	24 032	19 905	23 726	28 222	26 192	26 006	29 405	26 641	25 611
<i>Total produits (a+c)⁴</i>	142 583	136 033	248 464	127 870	160 267	148 086	158 035	146 264	175 551	160 350
<i>Total des charges (b+d)</i>	74 888	80 297	98 719	68 062	69 399	75 789	74 288	75 080	77 877	77 155
<i>Résultat global (a+c- b-d)</i>	67 695	55 737	149 745	59 808	90 868	72 297	83 746	71 184	97 674	83 195

Source : DGFIP

4. Les montants indiqués incluent les recettes générés par les redevances pour concessions, brevets, licences ou marques. Ces recettes représentaient 2 % du total des produits en 2009 (3,3 M€).

1 - Des résultats annuels d'exploitation (hors cessions) globalement modestes

Les données du réseau des comptables publics permettent d'apprécier la modicité des résultats d'exploitation de la DNA, puisqu'ils s'établissent en moyenne à 25 M€ par an sur la période 2002-2010.

Les produits d'exploitation s'élèvent en moyenne à 91 M€ en augmentation de 22 % depuis 2002 alors que les charges se sont alourdies de 32 %. Toutefois, ces produits sont concentrés. Comme le montre le tableau ci-après, seule la moitié des établissements publics de santé ont effectivement un compte annexe DNA - dont la plupart des CHU- (476 sur 955) et pour la grande majorité, il s'agit de montants très limités. Trois établissements totalisent 60 % des recettes d'exploitation de la DNA en 2009 : AP-HP (28 M€ dont 2,3 M€ de redevances pour brevets ou licences⁵), Hospices civils de Lyon (HCL) (16,5 M€), CH de Beaune (10,2 M€)⁶. Les CHU de Strasbourg, Lille, Marseille, Clermont-Ferrand et le centre national ophtalmologique (CHNO) des Quinze-Vingts sont les suivants par ordre d'importance. Tous les autres établissements ont des produits issus de la DNA inférieurs à 1 M€

Proportion des structures hospitalières disposant d'un budget DNA

<i>Catégorie</i>	<i>Nombre de structures hospitalières</i>	<i>Nombre de budgets DNA dans la catégorie</i>	<i>Part relative des budgets DNA dans le total des structures hospitalières</i>
<i>Centres hospitaliers universitaires</i>	31	26	84 %
<i>Centres hospitaliers spécialisés</i>	91	32	35 %
<i>Centres hospitaliers</i>	481	241	50 %
<i>Hôpitaux spécialisés</i>	352	177	50 %
<i>total général</i>	955	476	50 %

Source : DGFIP – comptes 2010

5. Hors du champ de la présente enquête

6. Il s'agit des données DGFIP sur l'exercice 2009. Ces données peuvent différer légèrement des données définitives communiquées par les établissements.

Les comptes d'une quarantaine d'établissements font apparaître un résultat 2009 déficitaire (pour un montant total légèrement supérieur à 1,1 M€). D'autres hôpitaux, qui affichent un résultat comptable positif de leur budget annexe, sont en réalité en déficit d'exploitation si l'on retire les recettes et les charges relatives aux cessions réalisées pendant l'exercice.

**Principaux établissements présentant des résultats d'exploitation
déficitaires de la DNA en 2009⁷**

Etablissements	Résultat d'exploitation	Résultat DNA 2009 y compris cessions
CHU Saint Etienne	-161 115	21 985
CHG Léon Binet Provins	-115 710	583 620
HL Luzy Duffeillant Beaurepaire	-69 272	866 452
CH Valenciennes	-68 217	24 282
CHU Clermont-Ferrand	-20 107	980 297
CH Semur en Auxois	-14 251	40 743

Source : DGFIP

Les établissements contactés par la Cour à ce sujet ont présenté des réponses sensiblement identiques. Ils soulignent à titre principal que leur patrimoine est composé de logements qu'ils mettent à disposition de leur personnel, soit sur le fondement de la réglementation (nécessité absolue et utilité de service) soit pour des raisons liées à leur politique sociale (cf. infra B). Les loyers sont donc sous-évalués par rapport au prix du marché, voir nuls dans certains cas, alors que l'entretien de ces bâtiments, longtemps négligés, constitue une charge importante.

La chambre régionale des comptes d'Aquitaine a ainsi attribué le résultat de la DNA du CHU de Bordeaux, déficitaire depuis 2007, à un manque de rigueur dans la gestion des revenus de location, corrélé avec une explosion du coût de rénovation des appartements de fonction (1,5 M€ de dépenses entre 2004 et 2008 soit, en moyenne, 40 000 € par logement)⁸.

7. Déduction faites des comptes 775 (produits de cessions) et 675 (valeurs nettes comptables des éléments d'actifs cédés).

8. Chambre régionale des comptes d'Aquitaine, rapport d'observations définitives sur la gestion du CHU de Bordeaux du 29 avril 2010. Le CHU rappelle pour sa part que le déficit trouve son origine dans la vente, en 2006, d'un terrain à vocation viticole qui jusqu'alors rapportait à l'établissement un fermage important. La revalorisation

2 - Des produits de cessions aux montants fluctuants

L'examen de l'évolution des produits de cession sur la période 2002 à 2010 ne traduit pas un mouvement massif de vente du patrimoine de la DNA et confirme une absence de politique déterminée de valorisation. En moyenne de 69 M€ par an, ils peuvent être ponctuellement affectés par la réalisation d'une ou plusieurs ventes importantes. Ainsi en 2004, près de 170 M€ de cessions ont été réalisées⁹.

Les produits de cessions intègrent en effet, au-delà de la vente des éléments du patrimoine privé stricto sensu, celle d'anciens sites hospitaliers désaffectés. L'exemple des cessions des sites des hôpitaux Laënnec, Broussais et Boucicaut à Paris montre même que l'ambition peut être d'autofinancer un nouvel établissement, en l'occurrence l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), par la cession des anciens sites¹⁰. Les opérations de vente, même si elles se sont étalées sur longue période et ne sont toujours pas achevées pour le site de Broussais, ont généré des produits substantiels, à hauteur de 227 M€- Laennec (82 M€), Boucicaut (66 M€) et Broussais (80 M€ prévus dont 40 M€ à finaliser). Le montant de l'investissement de l'HEGP s'est élevé à 285 M€ Cette situation est toutefois spécifique au marché immobilier parisien.

concomitante des loyers des logements pour utilité de service n'a pas suffi à rétablir la situation financière de la DNA.

9. Ce chiffre s'explique notamment par les opérations de cessions de l'AP-HP sur les sites de Broussais, Corentin Celton et Léon Bernard.

10. Lettre interministérielle du 4 août 1992 relative à la réalisation et au financement de l'HEGP.

Opérations de cessions des sites de Laënnec, Boucicaut et Broussais

<i>Site hospitalier</i>	<i>Description du projet</i>	<i>Calendrier</i>	<i>Montant total des cessions</i>
<i>Laënnec</i>	Vente à la Cogedim pour un programme de logements neufs, logements sociaux, résidence étudiante, EHPAD, commerces et bureau	- Désaffecté en 2000. - Actes de vente en 2002 (pour l'essentiel) et 2007 (ancienne crèche libérée tardivement) - Début des travaux en 2010 (procédures juridiques longues de recours)	81,7 M€
<i>Boucicaut</i>	- cession d'une partie à la Ville pour la création d'une école polyvalente - cession d'une autre partie à la caisse de dépôts et consignations (CDC) dans le cadre d'une opération temporaire de portage : le site est utilisé pour abriter temporairement les activités de l'université de Jussieu (désamiantage) Fin 2005, la partie du site détenue par la CDC a été cédée à une SEM Paris Seine de la Ville de Paris pour la création de logements sociaux, d'appartements thérapeutiques, d'équipements publics de proximité, de locaux d'activité tertiaire	- Désaffecté en juillet 2001 - Acte de vente en décembre 2001	65,5 M€ (4,9 M€ pour le lot vendu à la Ville et 60,7 M€ pour celui vendu à la CDC)
<i>Broussais</i>	Vente en lots Pour l'essentiel : - cession à la Croix Rouge pour en faire son siège social - 2 cessions à la Ville de Paris pour un EHPAD et deuxième lot (chaufferie) à définir - mise à disposition d'un bâtiment au rectorat pour des laboratoires de recherche - discussion en cours avec la Ville de Paris pour la cession du bâtiment des Mariniers	- Désaffecté en juillet 2000 avec maintien d'activité dans le bâtiment des Mariniers - 2004 à la Croix Rouge - 2008 à la Ville de Paris - Processus non achevé	80 M€ dont 41 M€ à finaliser auprès de la Ville de Paris (22 M€ Croix Rouge – 16,3 M€ Ville de Paris)
TOTAL			227,4 M€ dont 186 M€ encaissés

Source : Cour des comptes à partir d'informations AP-HP

3 - La DNA, un périmètre comptable incertain

Les normes comptables applicables à la DNA sont peu nombreuses, la M21 restant principalement indicative dans ce domaine. Cet encadrement limité facilite certes la gestion de la DNA par les établissements mais autorise également des pratiques de comptabilisation variables, sans qu'une véritable doctrine se dégage au niveau national. Les choix comptables ou budgétaires opérés par les établissements ne font pas non plus l'objet d'une vigilance particulière au niveau local, l'enjeu lié à la DNA n'apparaissant pas significatif au regard de l'ensemble des sujets hospitaliers. Ainsi, l'application de la règle prévue à l'article L. 6145-53 du code de la santé publique¹¹ relative aux résultats déficitaires pendant trois exercices consécutifs ne fait pas l'objet de contrôle.

Cette situation favorise, dans les établissements, l'adoption de pratiques comptables ou budgétaires hétérogènes et parfois opportunistes. Plusieurs de ces pratiques ont pu être relevées :

- les charges afférentes aux logements de fonction peuvent être incluses soit dans le budget principal soit dans le budget DNA. Dans ce dernier cas, l'équivalent du montant du loyer au prix du marché peut ou non faire l'objet d'un flux comptable du budget principal vers le budget DNA. En règle générale, cette écriture n'est pas passée, ce qui explique en partie les résultats faibles ou déficitaires. La DNA de l'AP-HP pourrait ainsi voir ses recettes augmenter de plus de 2,5 M€ par an (sur 28 M€ de chiffre d'affaires et 5 M€ de résultat hors cessions d'actifs) si l'intégralité des loyers des logements de fonction concédés dans le domaine privé au titre de la nécessité absolue de service étaient remboursés à la DNA, qui n'en perçoit actuellement que la moitié ;
- le défaut récurrent de distinction entre les immobilisations (pour les dépenses de grosses réparations) et les charges (pour les dépenses courantes d'entretien et de maintenance) rend difficile la compréhension du montant réel des dépenses. Dans de nombreux établissements, comme à l'AP-HP jusqu'en 2009, les travaux réalisés

11. Cet article dispose que « Lorsque le résultat du compte de résultat annexe de l'une des activités mentionnées au 1° de l'article R. 6145-12 (budget annexe DNA) fait apparaître un déficit durant trois exercices consécutifs, la poursuite de l'activité doit être expressément décidée par une décision motivée du directeur, comportant des mesures de redressement ».

sur la DNA sont toujours comptabilisés en classe 2, y compris les dépenses courantes ;

- les loyers versés par des associations, instituts de recherche et autres partenaires hébergés dans le patrimoine de l'hôpital peuvent être comptabilisés dans le budget principal ou dans le budget de la DNA. Ainsi, les loyers versés par l'Etablissement français du sang, quand ils existent car dans certains cas l'accueil se fait à titre gratuit, sont imputés en fonction des établissements dans l'un ou l'autre budget¹² ;
- un établissement, le CHNO des Quinze-Vingts dispose de deux budgets annexes DNA. L'un est consacré essentiellement aux logements qu'il met à disposition de son personnel et au théâtre des Folies-Bergère dont il est propriétaire. L'autre retrace les flux comptables de l'Institut de la vision¹³, dont le bâtiment construit sur l'emprise de l'hôpital sous forme de bail emphytéotique accueille des laboratoires de recherche en ophtalmologie.

Par ailleurs, la fiabilité des charges de la DNA dépend de la précision de la comptabilité analytique de l'établissement¹⁴. Bien souvent, une partie des frais de personnel et des frais généraux (chauffage, bureaux, petit matériel...) nécessaires à la gestion des biens de la DNA est supportée par le budget principal - voire même les dépenses de travaux lorsqu'ils sont réalisés par les agents techniques de l'établissement. De manière générale, les charges imputées sur le budget DNA sont donc sous-évaluées.

En ce qui concerne les produits de cessions des éléments du patrimoine non affecté, l'analyse ne peut se faire sur la seule base du compte de résultat du budget annexe. En effet, en application de l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques, la cession d'un bien ou d'une parcelle du patrimoine public peut ne pas faire l'objet d'un déclassement si elle est réalisée à l'amiable entre deux personnes publiques et que l'appartenance au domaine public est ensuite

12. La DNA du CHU de Clermont Ferrand retrace par exemple la construction d'un nouveau bâtiment pour l'EFS en 2006. On trouve donc en charge de la DNA l'amortissement du nouvel établissement ainsi que les frais financiers afférents à cet emprunt et en produits, le loyer versé par l'EFS.

13. Centre de recherche intégrée (recherche fondamentale, clinique et industrielle) sur les maladies de la vision ouvert en 2008.

14. 94 % des établissements publics soumis à la tarification à l'activité, hors hôpitaux locaux, utilisent des outils de comptabilité analytique, encouragés pour ce faire par la DGOS et les ARS.

conservée par l'acheteur. Ainsi, le CHU de Saint-Etienne a vendu le site de l'ancien centre hospitalier spécialisé de Saint Jean de Bonnefonds à la communauté d'agglomération de Saint Etienne Métropole pour 9,5 M€ sans avoir eu à procéder à son déclassement et, dès lors, sans que ces recettes apparaissent sur le budget de la DNA. Par ailleurs, certains établissements qui n'ont pas de DNA inscrivent le produit de leurs cessions immobilières, réalisées après déclassement d'un bien du domaine public, dans le budget principal. Le traitement juridique, lié à l'inaliénabilité des biens du domaine public et à la nécessité de déclasser ces biens avant une cession, peut en effet être dissocié du traitement comptable. Certaines opérations de vente après déclassement peuvent ainsi être comptabilisées directement dans le budget général, sans qu'il soit possible, à la lecture des comptes, de distinguer ce qui relève du patrimoine immobilier non affecté aux soins.

Dans les budgets principaux des établissements (budgets H), le montant moyen des produits nets de cessions est ainsi de 27 M€ par an sur la période 2002-2010. Une partie peut provenir de la cession d'éléments du patrimoine immobilier, mais elle n'est pas identifiable¹⁵ et ne peut donc être ajoutée, comme il conviendrait pour avoir une appréciation plus exacte du montant moyen des produits de cessions qui apparaissent dans les comptes de la DNA.

L'imprécision réglementaire va au-delà des règles comptables et concerne aussi le régime fiscal applicable aux résultats de la DNA.

15. Une partie seulement car dans le budget H, les produits de cessions ne sont pas distingués par nature d'actifs.

Le paiement de l'impôt sur les sociétés.

Interrogée par la Cour sur les conditions d'assujettissement à l'impôt sur les sociétés, la DGFIP a indiqué que les établissements publics de santé sont soumis à cet impôt seulement s'ils se livrent à une exploitation ou à des opérations présentant un caractère lucratif, susceptibles d'être exercées dans les mêmes conditions par des entreprises privées¹⁶.

L'enquête a cependant révélé des appréciations divergentes du caractère concurrentiel des activités par les services locaux de la DGFIP qui se traduisent par des différences de traitement dans l'assujettissement des établissements de santé pour des activités a priori de même nature. Ainsi, le CHU d'Amiens qui possède essentiellement des terres agricoles est assujéti à l'impôt sur les sociétés sur les résultats de la DNA, sur demande de la direction régionale des finances publiques, alors que la plupart des autres établissements ne le sont pas. Le CH de Beaune, qui a été explicitement confronté à la question, a finalement été exonéré par la DGFIP de l'impôt sur les sociétés sur la base d'un faisceau d'indices qui aurait permis de prouver que l'activité viticole de l'établissement n'était pas concurrentielle.

Les données synthétisées par la DGFIP sur les résultats d'exploitation et de cession du patrimoine non affecté ne reposent pas ainsi sur une application de règles homogènes.

Il apparaît, a minima, indispensable de préciser beaucoup plus rigoureusement les critères de partage entre le budget principal et le budget annexe de la DNA et d'en contrôler l'application uniforme. La distinction budgétaire et comptable entre ce qui porte d'une part sur un patrimoine affecté aux soins, financé par l'assurance maladie, et d'autre part sur un patrimoine qui ne leur est pas affecté, dont la gestion et le financement sont différents, paraît à bien des égards satisfaisante dans son principe. Elle suppose cependant un encadrement plus précis, sauf à la dénaturer et à en faire un facteur paradoxal d'un manque de transparence accru.

A défaut de cette clarification, la question du maintien de la distinction comptable entre budget principal et budget DNA pourrait se poser dès lors qu'un suivi par la comptabilité analytique serait susceptible de se substituer à l'actuel suivi budgétaire.

16. En application des dispositions du 5 de l'article 206 du code général des impôts, les établissements de santé, en leur qualité d'établissements publics d'assistance, seraient en effet exonérés à raisons de leurs revenus patrimoniaux.

B - Un potentiel financier mal appréhendé

1 - Un inventaire encore inégalement abouti dans les établissements les plus concernés

Si la plupart des établissements de santé possèdent seulement un patrimoine privé limité à quelques biens immobiliers, le plus souvent utilisés comme logements de fonction, un petit nombre d'entre eux sont de grands propriétaires fonciers.

C'est en particulier le cas de l'AP-HP, de l'AP-HM et des HCL. Dans un même contexte de déficits massifs et de programmes d'investissement lourds, les stratégies suivies ont été différentes. Si l'AP-HM et les HCL ont engagé depuis quelques années une politique de valorisation de leur patrimoine privé en faisant réaliser par un prestataire externe un recensement accompagné d'estimations financières, l'AP-HP ne s'est engagée que tardivement et encore incomplètement dans cette voie.

L'étude marseillaise date de 2003 et fait apparaître une valeur vénale du patrimoine privé de l'AP-HM estimée à 115 M€¹⁷, pour une valeur brute inscrite dans les comptes au 31 décembre 2009 de 10,8 M€.

Recensement du patrimoine privé réalisé en 2003 par l'AP-HM (hors terrains hospitaliers désaffectés ou à désaffecter)

Type de biens	Description	Valeur vénale
Biens immeubles	8 maisons individuelles	2,5 M€
	52 immeubles collectifs avec 386 logements	32,5 M€
	31 appartements indépendants	5,2 M€
	17 immeubles sous baux emphytéotiques	46,3 M€
9 biens de nature particulière (Villa Gaby, terrains.....)		28,4 M€
TOTAL		115 M€

Source : AP-HM

17. Selon le site Immoprix, « les chiffres de l'immobilier des Notaires de France », les prix sur le marché immobilier dans les Bouches du Rhône ont doublé sur la période 2003-2010.

L'inventaire réalisé pour les HCL date quant à lui de 2009. La valeur vénale estimée de ce patrimoine était évaluée à 620 M€ pour une valeur brute inscrite dans les comptes au 31 décembre 2009 de 54 M€

Recensement du patrimoine privé réalisé en 2009 par les HCL

Type de biens	Description	Valeur vénale
<i>Terrains urbains</i>	565 baux de longue durée loués en grand majorité à des copropriétaires	260 M€
	68 ha de foncier dont 55 ha sur Lyon avec une forte concentration dans les 6 ^{ème} et 3 ^{ème} arrondissements	
<i>Domaines ruraux</i>	2 sites majeurs, à fort enjeu financier : Foret de Breteuil (Eure), terrain en voie d'urbanisation future à Genas (69)	15 M€
	Autres sites diffus	
<i>Immeubles en pleine propriété</i>	132 immeubles situés principalement à Lyon – 125 000 m2 au total et 1 330 logements	220 M€
<i>Immeubles de copropriété</i>	109 lots dont 75 logements, 16 commerces et 18 autres	15 M€
<i>Sites désaffectés ou à désaffecter en tout ou partie (hors Hôtel-Dieu et Sainte Eugénie à Lyon Sud)</i>	3 sites hospitaliers (Livet, Alix, Fondation Berthelon Mourier)	110 M€
	Site administratif	
	Recherche de valorisation partielle sur Sabran	
	Autres sites (Château des Halles, la Visitation)	
TOTAL		620 M€

Source : HCL

Les valeurs vénales ainsi estimées peuvent néanmoins être éloignées de la valeur de cession finale, à la baisse mais aussi à la hausse. Ainsi, en 2010, l'AP-HM a-t-elle vendu 13 M€ un terrain estimé 1 M€ par France Domaine et une agence immobilière prestataire. Au contraire, une partie des terrains urbains des HCL est difficilement cessible à leur valeur de marché car ils font l'objet de locations de longue durée aux propriétaires des immeubles construits en surface.

Ces deux établissements sont toutefois les seuls, parmi ceux qui ont été contactés par la Cour, à disposer d'un recensement fiable et synthétique de leur patrimoine privé, comprenant des indications sur sa valeur vénale.

En particulier, les éléments de recensement dont dispose l'AP-HP qui possède, avec 1 188 lots de copropriété et 51 immeubles en plein propriété, le patrimoine privé le plus important, sont dispersés et incomplets. L'information disponible est fragmentée entre différents supports et, même si l'AP-HP a désormais pour objectif d'améliorer la connaissance de son patrimoine et a pris dernièrement des initiatives en ce sens, il n'est pas encore possible de disposer pour un immeuble donné (et pour chaque lot le constituant) d'une information synthétique recensant dans un même document les surfaces, le taux d'occupation, les types de baux, le taux de vacance, l'état de vétusté, le taux de rentabilité locative et les valeurs vénales, les diagnostics techniques¹⁸...

Inventaire du patrimoine privé de l'AP-HP

<i>Type de biens</i>	<i>Description</i>	<i>Nombre ou surface</i>
<i>Terres agricoles et bois (répartis dans 19 départements)</i>	Terrains agricoles	588 ha
	Bois	91 ha
<i>Logements</i>	Répartis dans 8 départements (IdF + départements 62 et 64) Répartis dans 1 188 lots de copropriétés et 51 immeubles ¹⁹	2 764
<i>Locaux commerciaux</i>		173
<i>Autres biens immobiliers</i>	Crèches et établissements scolaires	19
	Châteaux	3
	Hôtels	2
	Autres	22

Source : AP-HP

18. Qui ont été réalisés en 2010 sur les logements du domaine privé.

19. Selon un article du Figaro du 16 juin 2006, A qui appartient Paris ?, la ville de Paris compte 100 889 immeubles tous types de bâtiments confondus.

Les exemples de l'AP-HM et des HCL montrent que le patrimoine privé des hôpitaux peut représenter parfois un enjeu financier non négligeable. Mais aucune appréciation globale ne peut être faite de la valeur du patrimoine privé des hôpitaux, les éléments de recensement nationaux étant parcellaires.

2 - Une méconnaissance de la valeur de marché du patrimoine privé des hôpitaux

D'après les extractions réalisées par la DGFIP à la demande de la Cour sur les comptes 2009 et 2010, le patrimoine privé des hôpitaux était inscrit dans leur bilan pour un montant s'élevant à 444,7 M€ en 2009 et 453,4 M€ en 2010.

Montant de l'actif (DNA) des établissements de santé en 2009

<i>Comptes comptables</i>	<i>Description</i>	<i>Montants 2009 (€)</i>
21152 et 21252	terrains bâtis	85 240 766
21312 et 21352	bâtiments et leurs aménagements, en construction sur sol propre	288 211 170
21412 et 21452	bâtiments et leurs aménagements, en construction sur sol d'autrui	8 232 793
21532 et 21542	Installations à caractère spécifique, matériel et outillage	41 881 080
21812, 21822, 218312, 218322, 21842	Autres immobilisations corporelles matériel de bureau, mobilier...)	21 207 969
TOTAL		444 773 778

Source : DGFIP

Il est toutefois impossible de tirer de ces chiffres la conclusion que le potentiel financier lié à la cession de ce patrimoine non affecté s'élèverait à un peu moins de 500 M€. En effet, contrairement aux normes comptables de l'Etat, la M21 ne prévoit pas de valorisation des actifs autre qu'à leur valeur historique. Certes, elle requiert des établissements la tenue d'un inventaire de l'actif à la valeur de marché (ce qui n'est fait dans aucun des hôpitaux visités par la Cour), mais seules les

moins-values doivent être inscrites en compte²⁰. Or pour les biens acquis par l'établissement dans un passé très lointain (terres, forêts, logements...), la valeur historique est naturellement fort peu représentative de leur véritable potentiel de valorisation. Interrogée par la Cour, la DGFIP a toutefois indiqué que, dans le respect du principe de prudence, l'ordonnateur dans son inventaire patrimonial et l'agent comptable dans les annexes des états financiers, pouvaient mentionner les éventuelles plus-values potentielles au titre des actifs cessibles de la DNA sur la base d'une évaluation en valeur de marché.

Ainsi en 2009, le montant des cessions d'éléments d'actifs de la DNA par les 47 établissements qui y ont procédé s'est élevé à 44,1 M€ Le tableau infra montre que leur valeur nette comptable ne représentait que 4 % de ce montant. En 2003 en revanche, elle représentait 40 % du montant des produits. En se basant sur cette analyse, le potentiel de valorisation du patrimoine privé pourrait s'inscrire dans une fourchette très large, allant de 1 à 11 Md€

20. Instruction codificatrice 07-005-M21, p. 90, paragraphe 2.2.

Montant des produits de cession des établissements de santé 2002 – 2010 en milliers d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Budgets principaux</i>									
<i>Produits des cessions d'éléments d'actif</i>	77 317	35 695	88 736	69 045	102 626	72 692	87 110	61 053	99 177
<i>Valeurs comptables des éléments d'actif cédés</i>	29 554	22 795	22 318	28 462	124 679	57 075	64 689	61 795	42 247
<i>Actif immobilisé budget principal</i>	NC	NC	NC	NC	NC	NC	75 163 422	80 991 083	86 520 263
<i>Part de l'actif cédé</i>	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0,09 %	0,08 %	0,05 %
<i>Budgets DNA</i>									
<i>Produits des cessions d'éléments d'actif</i>	59 540	53 129	166 346	41 911	65 777	52 045	61 262	44 141	74 139
<i>Valeurs comptables des éléments d'actif cédés</i>	18 216	21 425	36 506	5 829	3 132	5 940	3 521	2 362	3 106
<i>Part représentée par la valeur nette comptable dans le produit de la vente</i>	31 %	40 %	22 %	14 %	5 %	11 %	6 %	5 %	4 %
<i>Actif immobilisé des DNA</i>	NC	NC	NC	NC	NC	NC	431 786	444 776	453 400
<i>Résultat global DNA</i>	67 695	55 737	149 745	59 808	90 868	72 297	83 746	71 184	97 674
<i>Part des cessions dans le résultat DNA</i>	61 %	57 %	87 %	60 %	69 %	64 %	69 %	59 %	73 %

Source : DGFIP – NC : non communiqué

En réalité, la divergence entre la valeur comptable et la valeur de marché dépend souvent de la nature du bien, elle-même liée à sa date d'acquisition. Elle est particulièrement élevée pour les terrains. Ainsi le CHNO des Quinze-Vingts détient depuis, semble-t-il, le Moyen Age²¹, des terrains sur la commune de Louvres dans le Val d'Oise. En 2009, il a cédé des parcelles pour un montant total de 277 000 € alors que leur valeur nette comptable était nulle. L'écart peut être également important pour les bâtiments, même si la nécessité de réaliser des investissements de maintenance et de mise aux normes a pu renchérir leur valeur nette comptable. Le CHU de Clermont-Ferrand a cédé en 2004 une villa et son terrain pour 1,2 M€ alors que leur valeur nette comptable était de 75 000 € et, en 2009, un immeuble pour 820 000 € alors que sa valeur nette comptable s'élevait à peine à 53 000 €

Inversement, lorsqu'il s'agit d'hôpitaux désaffectés, la valeur nette comptable peut être bien supérieure au prix de vente, ce dernier étant en général peu élevé du fait des contraintes architecturales et des coûts de transformation induits par le projet de reconversion. De telles situations se rencontrent également dans les établissements situés en zone rurale et de montagne, où la valeur vénale du foncier est faible. C'est sans doute le cas pour le centre hospitalier Centre Bretagne du site de Jegourel à Pontivy. Sa valeur nette comptable atteint encore 4 M€ compte tenu des investissements récents pour rénover les services d'urgence, de pédiatrie, d'imagerie et d'hémodialyse, alors qu'il a été évalué par un prestataire privé à 3,4 M€ soit une estimation très sensiblement inférieure à celle de France Domaine (8,5 M€), prix probablement surévalué compte tenu de la localisation de l'établissement en zone inondable. C'est aussi le cas des établissements du CH du Sud Francilien : les sites de Gilles de Corbeil et de Louise Michel à Evry-Courcouronnes sont récents (1981 et 1985) et non amortis. Les évaluations financières réalisées par France Domaine en 2007 (5,2 M€ pour le premier et 1,9 M€ pour le second) sont inférieures aux valeurs nettes comptables résiduelles pour ces établissements.

21. L'établissement a été fondé par Saint-Louis en 1260.

Les pratiques opportunistes d'amortissement des hôpitaux

Les valeurs nettes comptables qui peuvent être supérieures à la valeur de cession s'expliquent notamment par l'utilisation de durées d'amortissements trop longues, incohérentes avec la durée de vie réelle des investissements réalisés.

Historiquement, les établissements ont utilisé des durées d'amortissements longues, qui atteignaient 60 ou 80 ans dans les années 1960-1970, voire plus dans une période antérieure. L'AP-HP a ainsi amorti la construction de l'hôpital Ambroise Paré en 1971 ou de la maternité de Cochin en 1968 sur 80 ans. Cette situation n'est pas spécifique aux établissements publics : l'UGECAM Alsace, qui fait partie d'un réseau d'établissements appartenant à la CNAMTS, a ramené en 2008 la durée d'amortissement de ses biens les plus anciens de 200 à 150 ans. Dans les comptes pro forma qu'elle établit en appliquant le principe de sincérité depuis 2010, il apparaît que la mise en œuvre d'une durée d'amortissement conforme à la réalité dégrèverait son résultat de 63 M€ l'année de transition, puis de 4 M€ par an au titre des dotations complémentaires - pour un chiffre d'affaires de 130 M€. Cet exercice n'a pas encore été réalisé par les établissements publics de santé, mais il risque d'avoir des conséquences financières lourdes.

Il est en effet très anormal que les hôpitaux continuent d'appliquer des durées d'amortissement excédant la durée de vie prévisionnelle des bâtiments construits actuellement. Ceux-ci, dont la conception est déjà antérieure de 10 ans à leur ouverture, seront probablement rapidement obsolètes du fait de l'accélération des évolutions de la médecine, des changements de normes et des exigences des patients. S'écartant des recommandations de la M21²², qui préconise des durées d'amortissement de 20 à 30 ans pour les bâtiments, la plupart des établissements choisissent aujourd'hui des durées de 50 ans. Leurs directions admettent que ces durées sont trop importantes et servent principalement d'outil d'optimisation comptable mais elles se justifient par un contexte où les organismes de tutelle se focalisent sur le compte de résultat. Cette durée de 50 ans a été choisie notamment par l'AP-HM et par les CHU d'Amiens et de Clermont-Ferrand, alors que le CHU de Saint Etienne est allé jusqu'à 60 ans avant de revoir l'ensemble des durées d'amortissement en septembre 2007. Le CHU de Dijon quant à lui a aligné la durée de son amortissement sur celle de sa dette mais en s'engageant pour 45 ans sur les deux... Les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont choisi une durée de 30 ans, mais appliquée avec un amortissement progressif, qui reporte l'essentiel de la charge en fin de période.

22. L'instruction M21 rappelle que les durées d'amortissement sont calculées en fonction de la durée probable d'utilisation. Les durées proposées ne sont qu'indicatives.

La Cour avait déjà relevé ce dysfonctionnement important dans son insertion au rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2010. Elle indiquait notamment que « le rythme choisi pour les amortissements est parfois très opportuniste et fonction de la situation financière »²³.

La perspective d'une certification de leurs comptes obligera les établissements à revoir ces pratiques d'amortissement. La rectification des durées d'amortissement pourrait être réalisée sans affecter le compte de résultat de l'exercice au cours duquel elle est opérée en application de l'avis du Conseil de normalisation des comptes publics du 27 mai 2011²⁴. Il serait ainsi souhaitable, que les établissements, sous le contrôle de leurs tutelles, revoient les durées d'amortissement de leurs investissements futurs comme passés pour donner une vision réelle de l'état du patrimoine et constituer des réserves destinées au renouvellement des immobilisations. Les ARS, dans le cadre de la vérification de l'équilibre de l'état de prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) devraient s'assurer de l'évaluation sincère des charges à cet égard et donc des durées d'amortissement pratiquées.

L'amélioration de la connaissance du potentiel financier du patrimoine privé passe ainsi par un renforcement de l'approche bilancielle des états financiers qui permettra de donner une image fidèle et sincère de la situation patrimoniale des établissements publics de santé.

23. Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2010, p. 269.

24. Avis n°2011-04 du 27 mai 2011 relatif aux changements de méthodes comptables, changements d'estimations comptables et corrections d'erreurs dans les établissements publics de santé relevant de l'instruction budgétaire et comptable M21 : « Concernant les corrections d'erreurs commises au cours d'exercices antérieurs, (...), le présent avis propose de ne pas les comptabiliser dans le compte de résultat de l'exercice au cours duquel elles sont constatées, mais en situation nette. Cette disposition s'applique même lorsque les corrections d'erreurs concernent des opérations qui auraient dû, lors des exercices antérieurs, transiter par le compte de résultat. Elles donneront lieu à un traitement rétrospectif dans le premier jeu d'états financiers publiés après leur découverte en affectant la situation nette ».

II - Un patrimoine au service d'une politique de logement du personnel : anachronisme ou nécessité absolue ?

Le patrimoine privé de l'hôpital est largement mis au service d'une politique de logement de ses personnels. Si, dans la plupart des établissements, il se limite à quelques appartements de fonction, dans les plus grands centres hospitalo-universitaires, il comprend plusieurs centaines voire plusieurs milliers de logements, qui posent des problèmes de gestion spécifiques.

A - Une politique aux objectifs évolutifs

La constitution au fil du temps des parcs de logements illustre un glissement progressif dans les objectifs assignés, plus ou moins explicitement, à la politique conduite par nombre d'établissements en matière de logement de leur personnel.

Historiquement, il s'est agi de permettre à l'hôpital d'assurer plus efficacement et dans des conditions de meilleure sécurité pour les patients sa mission de prise en charge des malades. Le service public hospitalier est de fait confronté à des contraintes de permanence des soins qui imposent au personnel des sujétions particulières pouvant justifier l'existence de logements dans l'enceinte de l'hôpital : chambres pour les médecins de garde, logements pour le personnel chargé d'intervenir en urgence en cas de panne des équipements techniques (électriciens, plombiers...), foyers pour les infirmières en formation, appartements de fonction pour les directeurs.... Ces derniers bénéficient en effet en raison de leurs fonctions de cet avantage, hérité de l'époque où les insuffisances des moyens de communication et de transport rendaient nécessaire leur présence continue sur place.

L'offre de logements par l'établissement a été au-delà développée pour également contribuer à son attractivité de recrutement dans un marché du travail tendu pour certaines professions de santé. Les problèmes posés dans de nombreuses régions par la pénurie, réelle ou ressentie, de médecins, mais surtout de professionnels paramédicaux ont amené des établissements à proposer des logements aux candidats potentiels. Ces mises à disposition peuvent être temporaires, par exemple pour faciliter les mutations des médecins, notamment en provenance de l'étranger. C'est aussi souvent le cas pour des infirmières nouvellement recrutées. Mais il peut s'agir de locations de long terme à titre gracieux ou privilégié. En milieu rural, elles sont supposées compenser les

difficultés posées par l'éloignement des zones d'habitation. En milieu urbain, la concurrence entre établissements pour certaines professions peut également entraîner ceux-ci à proposer des logements.

Enfin l'attribution d'un logement à titre gracieux ou à des conditions très préférentielles peut être vue comme le moyen d'apporter un complément de rémunération permettant de s'affranchir des grilles salariales de la fonction publique.

Si, historiquement, les logements mis à disposition de leur personnel par les hôpitaux relevaient bien des deux premières catégories, de nombreuses situations s'apparentent désormais à l'attribution d'un simple avantage salarial. Certains hôpitaux attribuent d'ailleurs une prime compensatoire²⁵ à des directeurs qui choisissent de se loger par leurs propres moyens, parfois même loin de leur lieu de travail, alors que l'établissement dispose d'un parc et que le décret du 8 janvier 2010 précise qu'ils doivent être « logés en priorité dans le patrimoine de l'établissement » (ex : CHU d'Amiens). Il est aussi arrivé à certains (ex : CHR de Metz-Thionville) de loger également au titre de leurs fonctions des agents contractuels, ce qui n'est pas prévu par la réglementation.

B - La dérive des logements de fonction

Pouvant être attribués pour nécessité absolue de service ou pour utilité de service²⁶, les logements de fonction concernent un nombre d'agents qui varie considérablement d'un établissement à l'autre, comme le montre le tableau ci-après, en fonction certes de sa taille, mais aussi de l'importance du parc dont il peut disposer et d'une inégale rigueur dans l'application des textes.

25. Le montant de cette prime, fixée par voie réglementaire, s'échelonne de 1 142€ à 1 828€ bruts par mois en fonction des zones géographiques.

26. Il y a une nécessité absolue de service (NAS) lorsque l'agent ne peut accomplir normalement son service sans être logé dans les bâtiments où il doit normalement exercer ses fonctions. Il y a une utilité de service (US) lorsque sans être absolument nécessaire à l'exercice de la fonction, le logement présente un intérêt certain pour la bonne marche du service.

Nombre de logements pour nécessité absolue de service (NAS) ou utilité de service (US) dans le patrimoine de l'hôpital en 2010²⁷

<i>Etablissement</i>	<i>Nombre d'agents</i>
AP-HP	1 142 dont 32 % hors sites hospitaliers. Dans la catégorie des directeurs d'hôpital (233 personnes), 80 % sont logés en dehors de leur établissement.
HCL	94 dont 80 % hors sites hospitaliers
AP-HM	87 dont 50 % hors sites hospitaliers
HUS	24
CHU d'Amiens	25
CHR de Metz-Thionville	15
CHU Clermont-Ferrand	25

Source : établissements cités

L'encadrement normatif des logements de fonction n'a été précisé qu'en 2010 par un décret²⁸ du 8 janvier pris, 24 ans plus tard, en application de l'article 77 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et deux arrêtés d'application du même jour.

Les règles afférentes aux logements de fonction dans la fonction publique hospitalière en application du décret et des deux arrêtés du 8 janvier 2010

1/ Bénéficiaire de concessions de logement par nécessité absolue de service (NAS) :

- les directeurs d'hôpitaux ;
- les directeurs des soins, ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière et responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches astreints à des gardes de direction, en vertu d'un tableau établi dans chaque établissement par le directeur (ou, le cas échéant, par l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale), lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 journées de garde.

27. Hors bénéficiaires de la prime compensatoire ou personnel logé dans des locaux loués par l'hôpital.

28. Décret simple contrairement aux textes régissant les logements de fonctions de la fonction publique d'Etat.

Les agents non logés en priorité dans le patrimoine de l'établissement bénéficient d'un logement locatif mis à leur disposition sous certaines conditions ou d'une indemnité compensatrice mensuelle fixée par arrêté du 8 janvier 2010 (indemnité fonction des zones géographique : de 1 142€ à 1 828€bruts par mois pour Paris).

Les concessions de logement comportent d'une part, la gratuité du logement nu dépourvu de biens meubles, d'autre part, la fourniture à titre gratuit de l'électricité, du chauffage, du gaz et de l'eau, à l'exclusion de toute autre prestation qui fait l'objet d'un remboursement, à la valeur réelle, à l'établissement concerné. Il est à noter qu'aucune rémunération d'heures supplémentaires sous forme d'indemnités horaires ou forfaitaires n'est accordée aux bénéficiaires de ces concessions.

2/Concessions de logements attribués par utilité de service (US)

Il appartient au directeur d'établissement de déterminer les catégories de fonctionnaires pour lesquelles des logements peuvent être concédés par utilité de service dans l'établissement ou à proximité immédiate. Les personnes ainsi logées sont le plus souvent les personnels ouvriers et techniques et les ingénieurs, parfois des attachés ou adjoints aux cadres de l'administration hospitalière.

Les agents ainsi logés sont tenus de rembourser à l'établissement un loyer et des charges mensuels déterminés par l'assemblée délibérante, basés :

- sur un forfait en fonction du niveau de rémunération des bénéficiaires et par référence au plafond mensuel de la sécurité sociale,
- ou d'après la valeur locative servant de base à la taxe d'habitation
- ou, le cas échéant, d'après la valeur locative réelle.

Les établissements doivent se conformer à ces nouvelles dispositions réglementaires dans un délai maximal de 2 ans.

Ces nouvelles dispositions, qui n'ont pas été examinées par le Conseil d'Etat, s'agissant d'un décret simple, ont consolidé une conception très extensive des logements de fonction dans le monde hospitalier en créant un dispositif réglementaire tout à fait spécifique. Le logement de fonction est en effet en principe la contrepartie d'une contrainte exorbitante de droit commun pesant sur un agent public. Le Conseil d'Etat a de fait précisé en 1994 que ces contraintes justifiant un logement par nécessité absolue de service devaient appeler une présence pouvant être regardée comme constante sur son lieu de travail²⁹. Or, le décret du 8 janvier 2010 ne précise pas le nombre minimal de jours de garde requis pour les personnels ayant le statut de directeur d'hôpital.

29. CE, Ass, 2 décembre 1994, n°147 962, Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais.

En outre, l'augmentation des logements de fonction, notamment des directeurs, en dehors des sites hospitaliers démontre que le lien avec la continuité du service public s'est largement distendu³⁰. Les programmes de construction de nouveaux établissements ne comportent d'ailleurs pas de volet logement, preuve que la présence sur place des agents n'est plus considérée comme indispensable à la bonne marche du service. Pour leur part, les médecins sont soumis, indépendamment de leurs obligations de garde pour lesquelles un nombre réduit de chambres existe dans les services concernés, à une obligation de logement à proximité de l'hôpital pour pouvoir assurer le bon fonctionnement de leurs astreintes, qui leur sont par ailleurs rémunérées.

S'agissant des logements attribués pour utilité de service, les dispositions du décret du 8 janvier 2010 apparaissent également singulières, dès lors que le loyer et les charges sont par principe déterminés sous forme d'un forfait calculé en fonction du niveau de rémunération, ou à défaut sur la base de l'assiette de la taxe d'habitation, déconnectée le plus souvent de toute réalité du marché locatif, la valeur locative réelle n'étant clairement mentionnée que pour mémoire. Certes, ces dispositions obligent certains établissements (l'AP-HP et les HCL essentiellement, mais également, dans des proportions moindres, nombre de petits hôpitaux) à faire évoluer leurs pratiques, en demandant le versement effectif d'un loyer. Celui-ci devrait toutefois, dans la plupart des cas, être compensé par un paiement de gardes et astreintes qui, in fine, coûtera plus cher à l'hôpital que ne lui rapporteront des loyers établis en-dessous des prix du marché. En effet, les établissements interrogés prévoient de concevoir l'ensemble de telle façon que l'impact financier soit nul pour les agents.

Alors même que l'objectif dans la fonction publique d'Etat est de supprimer progressivement les logements attribués pour utilité de service³¹, la fonction publique hospitalière conforte ce type de logements et prévoit une politique tarifaire avantageuse pour les locataires, la fixation des loyers relevant au demeurant de l'assemblée délibérante et non des services fiscaux comme le prévoit la réglementation de la fonction publique d'Etat.

30. Ces logements hors sites doivent certes répondre à des exigences de proximité en termes de temps de trajet, mais dans la réalité, il peut s'agir de plus de 30 min.

31. Le Conseil de modernisation des politiques publiques de juin 2010 a décidé que la catégorie des logements attribués pour utilité de service sera progressivement supprimée. Cette initiative représentera une économie de l'ordre de 25 millions d'euros sur les 7 000 logements concernés.

En tout état de cause, de nombreux abus concernant des travaux d'entretien ou de rénovation de logements de fonction ont été régulièrement constatés, dont certains ont été médiatisés. Inversement cependant, beaucoup de chefs d'établissements, soucieux de ne pas donner prise à des critiques sur ce point sensible, se refusent à utiliser des crédits d'investissement de plus en plus rares pour entretenir les logements de fonction, dont l'état se dégrade rapidement. La plupart des hôpitaux n'affichent pas en tout état de cause les montants de dépenses afférentes à ces logements, d'autant que faute de comptabilité analytique satisfaisante, celles-ci sont souvent difficiles à appréhender précisément.

Certains établissements tentent cependant de mettre en place des systèmes de reporting et de définir une stratégie plus saine. Ainsi l'AP-HM consacrait-elle traditionnellement des sommes importantes pour les logements de fonction (voir tableau ci-dessous³²), mais s'est engagée depuis 2008 dans une politique de cession de son patrimoine en choisissant d'inciter ses directeurs à accepter plutôt une prime compensatoire³³.

Dépenses immobilisées de rénovation des logements de fonction de l'AP-HM (€)

2007	2008	2009	2010
1 279 113	883 343	555 434	393 000

Source : AP-HM, les données antérieures à 2007 ne sont pas disponibles

L'évolution des moyens de communication et de transport, la contradiction de moins en moins admissible entre l'affirmation d'une nécessité liée à la continuité de service public et le développement des logements hors sites hospitaliers, voire même hors parc de l'hôpital par le recours à des locations, et les dérives potentielles d'un tel système d'avantages en nature doivent conduire à une remise en cause d'un dispositif devenu un avantage de rémunération et non plus un outil indispensable à la réalisation d'une mission de service public. Il est impératif à tout le moins de réserver les logements octroyés par nécessité absolue de service aux seuls responsables de sites hospitaliers et non pas

32. Les dépenses de rénovation des logements de fonction sont comptabilisées dans le budget principal. Sur la même période (2007-2010), les dépenses de travaux pour la DNA se sont élevées à près de 2,3 M€

33. 38 % des cadres de direction bénéficient de la prime compensatrice de 1 485€

à leurs collaborateurs, aux directeurs des services fonctionnels ou aux cadres mis à disposition d'autres administrations, et à les situer obligatoirement au sein de l'établissement de santé. Sur les logements attribués par utilité de service, une réflexion devrait être menée sans délais en cohérence avec les orientations décidées pour la fonction publique d'Etat pour définir strictement et réduire le champ des bénéficiaires et déterminer une politique tarifaire fonction de l'évolution du marché immobilier.

C - Les logements attribués sur critères socio-professionnels, une problématique essentiellement parisienne

Pour répondre à des contraintes de recrutement du personnel dans un contexte de marché immobilier onéreux³⁴, quelques établissements logent une partie de leur personnel sur critères sociaux dans leur parc privé (essentiellement l'AP-HP, le CHNO des Quinze-Vingts et les HCL) ou en signant des conventions avec des organismes HLM (cas des HUS qui ont réussi à obtenir des droits de réservation auprès des offices HLM sans contrepartie financière).

Ces immeubles ne sont pas toujours bien entretenus. Ainsi le centre hospitalier de Provins (900 salariés) est propriétaire d'une centaine de logements et chambres d'étudiants, dont une partie est située autour de l'ancien Hôtel-Dieu en centre ville. Or ils nécessiteraient d'importants travaux de rénovation que les loyers ne compenseraient pas, en raison de leur modicité. Ces logements participent ainsi à la situation déficitaire dans laquelle se trouvent la DNA et le budget principal de l'établissement. Les recherches faites pour trouver un partenaire (société HLM) à même d'assurer leur gestion sont restées infructueuses. De même, en 2003, lorsque l'AP-HM a réalisé un premier inventaire de son patrimoine privé, elle a découvert que 48 % des logements étaient jugés impropres à l'habitation du fait de leur état et que 20 % étaient inoccupés.

Les HCL disposent d'un parc privé important de près de 1500 logements pour leur personnel. Si l'établissement affiche une politique de logement social avec un abattement de loyer de 20 % par rapport aux prix du marché pour ses personnels³⁵, les modalités d'attribution des

34. Le salaire net d'une infirmière débutante est d'environ 1 600 € et le loyer d'un appartement de 50m² d'environ 1 000 € à Paris et 600 € à Lyon.

35. En application d'une délibération du Conseil d'administration des HCL du 16 décembre 1988, cet abattement vaut non seulement pour le personnel en activité mais également pour le personnel retraité et le conjoint survivant.

logements restent peu lisibles (pas de commission d'attribution associant la direction des ressources humaines, critères de revenus et de priorité non affichés...). 15 % des logements sont occupés par des personnes qui ne sont pas des salariés des HCL et 23 % sont vacants (essentiellement pour travaux ou projets de cessions).

Toutefois, la problématique des logements des personnels soignants est essentiellement parisienne. A Paris, l'AP-HP mais également le CHNO des Quinze-Vingts mènent une politique active de logement de leur personnel. Le CHNO possède un peu plus de 150 logements à la fois dans son domaine privé et sous forme de bail emphytéotique avec un bailleur social et loge ainsi près d'un tiers de son personnel non médical. Tous les logements sont à proximité immédiate de l'établissement et occupés par des agents du CHNO. Les loyers sont 50 % inférieurs au prix du marché et une clause de fonction dans l'établissement est prévue depuis peu dans les contrats de location.

La politique de logement de l'AP-HP est plus complexe. Cet établissement dispose pour ses 90 000 agents de plus de 11 000 logements (une fraction d'environ 10 % concerne les logements de fonction pour nécessité absolue ou utilité de service, cf supra), dont le nombre s'est accru régulièrement ces dernières années. Ce patrimoine, constitué pour une part de logements situés à l'intérieur des sites hospitaliers (« domaine public »), comprend surtout un important parc privé et un nombre plus élevé encore de logements réservés à ses agents chez différents bailleurs sociaux par le biais de droits de réservation et du fait des baux emphytéotiques qu'elle a pu consentir sur des terrains lui appartenant.

Le parc de logements de l'AP-HP en 2010

<i>Type de logement</i>	<i>Nombre</i>
<i>Domaine Public</i>	1 251
<i>Domaine Privé</i>	2 764
<i>Bail emphytéotique (auprès de bailleurs sociaux)</i>	4 118
<i>Droit de réservation (auprès de bailleurs sociaux)</i>	2 455
<i>Logements dans cités du personnel</i>	386
<i>Foyers IFSI (chambres)</i>	454
Total général des logements de l'AP-HP (avec les IFSI)	11 428

Source : AP-HP

La politique de logement du personnel sur critères sociaux ou professionnels (hors logement de fonction) que développe l'AP-HP a une double finalité :

- un objectif d'attractivité de professionnels de santé dont le recrutement connaît des tensions récurrentes : certains programmes sont clairement établis et fléchés en ce sens comme l'opération « Infirmières capitale » lancée en 2004 avec un volet relatif au logement des jeunes infirmières³⁶. De façon plus générale, l'AP-HP a décidé de rééquilibrer sa politique d'attribution de logement en faveur de plusieurs professions en tension (non seulement les infirmières mais également les manipulateurs radio, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers spécialisés en puériculture). Sur le 1^{er} semestre 2011, 23 % des nouvelles attributions ont ainsi été effectuées à leur bénéfice.
- un objectif social avec l'idée de remédier à la cherté des loyers dans la région parisienne³⁷ et de faciliter le logement à proximité des établissements employeurs.

Cette politique dont les objectifs principaux n'apparaissent pas contradictoires appelle deux observations principales :

- Son coût global n'est pas connu : pour l'appréhender, il conviendrait en effet d'analyser non seulement les coûts de maintenance et de rénovation du domaine privé mais aussi la charge représentée par les loyers impayés, les montants versés au titre des droits de réservation (montant moyen par logement de 60 000 € à 100 000 € sur Paris, 45 000 € en grande banlieue³⁸), les subventions directes à des constructeurs sociaux outre la charge que représente les baux emphytéotiques consenties à conditions avantageuses, ou encore le coût des travaux à réaliser à l'expiration des baux emphytéotiques lorsque les bailleurs n'ont pas entretenu le patrimoine.
- Il n'est pas certain qu'elle remplisse son objectif social pour différentes raisons. Ainsi, les coûts des projets immobiliers sont tels, non seulement à Paris et en petite couronne, mais également dans

36. Il est regrettable qu'aucune étude n'ait été réalisée à ce jour sur les causes réelles de la désaffection des hôpitaux parisiens par ces professionnels. Le fait que l'AP-HP, pour des raisons de gestion, ouvre moins de places dans ses instituts de formation des infirmières que les quotas qui lui sont attribués pourrait par exemple jouer un rôle.

37. Dans son parc privé, les tarifs AP-HP sont de 40 à 50 % inférieurs aux loyers libres hors charges.

38. Alors même qu'une centaine de ces droits était perdue chaque année jusqu'à récemment, faute pour l'AP-HP de suivre correctement les mouvements de ses agents.

toutes les zones attractives d'Ile-de-France, que le type de logements que les bailleurs sociaux peuvent proposer dans le cadre de baux emphytéotiques ou de droits de réservation dépasse de plus en plus fréquemment les capacités financières des agents qui ont le plus de difficultés à se loger. Par ailleurs, 1/3 des locataires de l'AP-HP (soit 2 846 personnes) ne sont pas ou plus ses agents, l'AP-HP ayant tardivement introduit des clauses de fonction dans ses contrats de location - avec des variations en fonction du type de biens et selon la plus ou moins grande maîtrise que l'AP-HP a sur leur occupation (28 % du total des locataires dans le domaine privé, 31 % dans les bâtiments sous baux emphytéotiques et 42 % dans les logements de bailleurs sociaux pour lesquels elle a acheté des droits de réservation). En dépit des efforts poursuivis ces dernières années, l'AP-HP reste confrontée non seulement aux difficultés de gestion de ces situations mais aussi à des obstacles juridiques liés au régime de protection des locataires, en particulier ceux qui sont soumis à la loi de 1948.

L'utilisation du patrimoine immobilier d'un établissement pour une politique de logement de ses agents n'est pas en soi anormale dès lors qu'elle permet effectivement de répondre à des problématiques de ressources humaines (difficultés de recrutement de certains professionnels, cherté des loyers par rapport au niveau des rémunérations) qui ne peuvent être résolues par ailleurs compte tenu des règles de rémunération dans la fonction publique. Toutefois cette politique doit être clairement définie, lisible dans ses objectifs, rigoureuse dans ses critères et évaluée dans ses coûts comme dans ses résultats. Elle perd sa cohérence et toute pertinence si le patrimoine privé loge des agents qui ne travaillent pas ou plus dans l'établissement de santé.

III - La reconversion du patrimoine non affecté des hôpitaux, un enjeu qui dépasse les seuls établissements

Le patrimoine privé des hôpitaux et tout particulièrement le patrimoine à reconvertir, intéresse d'abord les établissements concernés qui y voient souvent une opportunité pour améliorer leur propre fonctionnement en facilitant en particulier la relocalisation de certaines activités qui ne doivent plus nécessairement aujourd'hui s'exercer au contact direct de l'activité de soins. Mais d'autres acteurs que l'établissement de santé y attachent également une grande attention. L'importance en superficie des emprises hospitalières, leur situation

souvent en centre ville, et la proximité institutionnelle et économique entre l'hôpital et la commune sur laquelle il est installé font de ces reconversions des enjeux en termes d'organisation territoriale de l'offre sanitaire et sociale, mais aussi d'aménagement urbain. Ce patrimoine est par ailleurs indissociable de l'histoire : l'histoire de la médecine, l'histoire architecturale, l'histoire des communes et de leurs administrés et constitue un lieu de mémoire à l'importance symbolique très vive dès lors qu'il a été, parfois pendant des siècles, celui par excellence des événements heureux et malheureux de la vie.

A - L'utilisation du patrimoine privé pour des activités hospitalières annexes : une option discutée

L'inadaptation de bâtiments anciens à l'accueil des patients a depuis longtemps encouragé les hôpitaux à les utiliser pour des activités annexes ou support.

Or les évolutions de la technologie, des modes de gestion (en particulier le recours croissant à l'externalisation) et des besoins de l'activité nécessitent des réorganisations en profondeur des services support. C'est en particulier le cas de la blanchisserie, des archives, des plates-formes logistiques ou des cuisines. Dans ces projets de modernisation, la reconversion des anciens bâtiments pose des questions réelles mais finalement peu complexes. En effet ils sont rarement chargés d'un poids symbolique et artistique qui les rende difficilement modifiables ou destructibles. Situés en centre-ville alors que les nouvelles installations se déplacent à la périphérie, ils peuvent être détruits (ex : expropriation dans des conditions de valorisation défavorable pour l'AP-HP de la blanchisserie de la Salpêtrière par la Ville de Paris pour la création de la ZAC Rive Gauche), reconvertis ou cédés pour des bureaux, des activités industrielles ou des logements (ex : anciens laboratoires et cuisines du CHR de Metz-Thionville).

L'exemple de la pharmacie centrale (AGEPS) de l'AP-HP

L'AGEPS (ex pharmacie centrale des hôpitaux) constitue un service général de l'AP-HP situé sur deux sites (rue du Fer à Moulin dans le 5^{ème} arrondissement, à Paris, ainsi qu'à Nanterre). Auparavant, la pharmacie centrale était située à l'hôtel Miramion, en plein centre de Paris sur les quais de la Seine, site qui a été abandonné en 1972 au profit de la rue du Fer à Moulin car il était devenu inadapté.

Cette stratégie patrimoniale n'est pas optimale :

- le site de Miramion n'a jamais été cédé, mais reste sous-utilisé depuis le transfert de la pharmacie (logement de fonction du directeur général, actuellement non utilisé, logements pour des personnels ouvriers, musée en cours de fermeture et services dont le déménagement est d'ores et déjà prévu) alors que sa valeur de marché est très importante ;

- la localisation sur un double site pose problème en termes de gestion. L'AP-HP a envisagé en 2010 le regroupement des services à Nanterre par acquisition d'une parcelle contiguë à celle sur laquelle est déjà installée l'AGEPS. Toutefois le prix demandé par le vendeur de la parcelle (15 M€) étant supérieur à la valeur du terrain telle qu'estimée par France Domaines (11,5 M€), l'opération d'achat n'a pas été autorisée par la tutelle. L'opération de regroupement à Nanterre aurait pourtant pu permettre la vente du site de la rue du Fer à Moulin, estimé à 40 M€ environ et la réalisation de progrès en termes de qualité de service et d'efficacité dans l'activité pharmaceutique.

L'usage de bâtiments situés en centre-ville pour des services administratifs a le plus souvent constitué une solution de fortune. En effet, il s'est souvent agi de faire place à des activités de soins dans les bâtiments hospitaliers en transférant les services supports dans des bâtiments banalisés en dehors de l'emprise principale. Ces immeubles, en dehors des sites hospitaliers, sont facilement valorisables. Dès lors, on constate aujourd'hui un mouvement inverse qui consiste à relocaliser les services administratifs au sein de bâtiments jusqu'alors affectés aux soins mais qui ne sont plus adaptés à la prise en charge de patients. Ce mouvement résulte souvent de la difficulté à céder des lieux hospitaliers à forte charge symbolique. La relocalisation des services administratifs est donc une solution par défaut. C'est ainsi que l'AP-HP a annoncé en mars 2011, après plusieurs années de discussions, le déménagement de son siège des locaux de la rue Victoria à Paris vers l'Hôtel-Dieu.

La tentation de réaliser ce genre d'opérations est forte, mais dans nombre d'établissements, elle peut aussi avoir des conséquences négatives sur un plan financier, du fait des coûts d'aménagement et

d'entretien de bâtiments inadaptés et démesurés. A Toulouse, par exemple, le siège et les services administratifs du CHU sont implantés en centre ville à l'Hôtel-Dieu Saint Jacques. Cette localisation que ne justifie pas la nature des activités exercées (des fonctions de siège peuvent en effet être réalisées dans n'importe quel immeuble de bureau) contribue à stériliser un patrimoine qui pourrait faire l'objet d'une valorisation différente. De même, aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, l'administration est restée dans les anciens bâtiments historiques de l'hôpital civil.

B - Une opportunité de réemploi pour d'autres activités sanitaires et sociales ?

Traditionnellement, les anciens bâtiments hospitaliers ont d'abord été réutilisés pour loger des institutions sanitaires spécialisées (soins de suite, psychiatrie...), médico-sociales (pour personnes âgées ou handicapées), ou sociales (centres d'accueil pour enfants désocialisés ou personnes fragilisées).

Ce mouvement de transformation de structures hospitalières en établissements sociaux ou médico-sociaux a particulièrement concerné les sanatoriums de montagne ou les hôpitaux ruraux comme aussi des hôpitaux psychiatriques en reconversion partielle de leurs sites devenus trop importants. L'activité médicale s'étant d'une manière générale progressivement concentrée sur les hôpitaux les plus importants, nombre de bâtiments situés dans des zones isolées ont été affectés à l'accueil des personnes âgées, en rééducation ou en difficultés sociales, ou à des activités associatives diverses. C'est par exemple le cas du CHS de Rouffach, construit pour accueillir plus de 1 500 patients alors qu'il compte aujourd'hui 351 lits, qui a cherché à optimiser l'utilisation de son emprise en développant des activités connexes comme une maison d'accueil spécialisée, l'hébergement de fondations de recherche, l'accueil de réfugiés pour le compte de la préfecture...

Ce mouvement a aujourd'hui atteint ses limites. En effet, la plupart de ces activités nécessitent désormais des locaux adaptés à leurs besoins spécifiques. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les personnes âgées. La politique de maintien à domicile diminue les besoins de structure d'accueil à temps complet, sauf pour celles dont le degré de dépendance devient trop élevé. Or les normes d'accessibilité et de prise en charge sont souvent incompatibles avec l'architecture de bâtiments historiques. Par ailleurs, leur état de santé rend indispensable la proximité des plateaux techniques des grands centres hospitaliers et exclut donc une implantation en zone rurale ou montagneuse éloignée de ces derniers. La

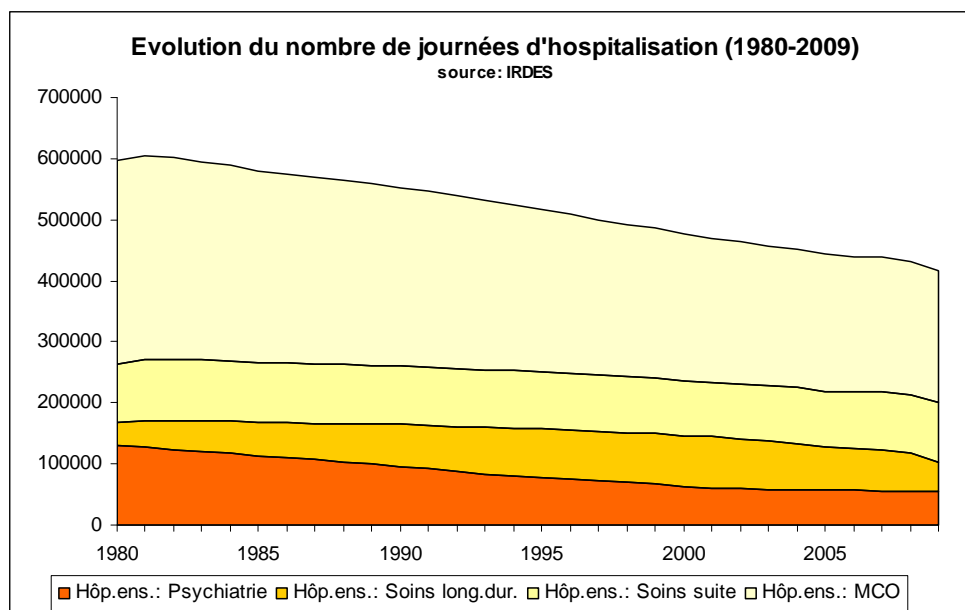
recherche de proximité avec les familles, destinée à préserver les liens sociaux, peut également influencer sur les choix géographiques, en faveur des villes. Il en est de même des structures de soins de suite et de réadaptation qui demandent de plus en plus d'équipements techniques spécifiques à la rééducation. La prise en charge en psychiatrie a également fortement évolué avec le développement des consultations ambulatoires.

Un mouvement de reconfiguration de l'offre est ainsi en cours avec la fermeture d'établissements en zone rurale isolée et l'ouverture de centres en zone urbaine alliant prise en charge ambulatoire et accueil à temps complet uniquement pour les personnes les plus dépendantes. L'UGECAM Alsace a ainsi en 2010 et 2011 cessé toute activité dans trois de ses établissements. Les HCL ont fermé récemment le château des Halles, ancienne structure de soins de suite et de réadaptation située à plus d'une heure de Lyon. Le sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet, dans l'Isère, l'un des plus célèbres de France, est désormais complètement abandonné.

Dans ce contexte, l'erreur qui a consisté naguère à ajuster l'activité de substitution aux contraintes des bâtiments disponibles, au prix de l'efficacité de la gestion et de l'efficacité de la mise en œuvre du projet, ne doit pas être réitérée. Ce sont désormais les exigences propres de l'activité susceptible d'y être relocalisée ou créée qui doivent déterminer, sur la base d'études de faisabilité rigoureuses, la décision de réutilisation éventuelle de bâtiments de court séjour désaffectés et non les enjeux locaux économiques et d'emploi qui doivent trouver d'autres solutions.

Il appartient aux agences régionales de santé (ARS) de savoir saisir les opportunités que peuvent ouvrir la reconfiguration immobilière des établissements de court séjour pour faciliter une meilleure organisation territoriale de l'offre sanitaire spécialisée et sa bonne articulation avec le secteur médico-social, mais d'être dans le même temps particulièrement vigilantes pour éviter la répétition des erreurs du passé.

Cette vigilance est d'autant plus nécessaire que l'évolution même des prises en charge va dans les années à venir de plus en plus largement déconnecter dans les hôpitaux le projet médical des contraintes de l'héritage patrimonial. Toutes les évolutions en cours de la médecine hospitalière vont en ce sens notamment le développement des consultations ambulatoires couplé avec celui des transports sanitaires, le degré de technologie croissant et le caractère de plus en plus central des plateaux techniques, la spécialisation accrue des services et le travail de réseau avec des établissements médico-sociaux en aval, avec pour conséquence une réduction des durées de séjour et par là même la possibilité de diminuer les surfaces nécessaires à l'activité de soins.



Ce mouvement est appelé à se poursuivre dans les années à venir en particulier avec le développement de la prise en charge ambulatoire. Selon l'ANAP, si aujourd'hui 50 % des budgets hospitaliers correspondent au traitement de pathologies chroniques pour des patients qui ne sont pas hospitalisés à temps plein, ce pourcentage pourrait atteindre 70 % dans une dizaine d'années. La chirurgie ambulatoire représente en France 32 % des actes chirurgicaux avec une forte hétérogénéité entre le secteur public ou privé non lucratif (21 % d'actes en ambulatoire) et le secteur privé lucratif (40 %). Aux Etats-Unis, ce taux est de 83 %. L'ANAP estime le potentiel des actes réalisés en ambulatoire à 80 %³⁹, ce qui se traduirait par une baisse de l'ordre de 30 000 lits d'hospitalisation en chirurgie

C - Des opportunités de réaménagement urbain

La reconversion des anciens sites hospitaliers dans le centre des villes peut constituer un enjeu urbanistique majeur pour les collectivités locales, confrontées alors parfois à des problématiques de réaménagement de très vastes zones qu'il n'est pas aisé de régler. C'est par exemple le cas de Strasbourg, la moitié de l'emprise des Hôpitaux universitaires, située

39. ANAP, « La Chirurgie ambulatoire, enjeux et perspectives », Etat des lieux France - Colloque Assemblée nationale 16 décembre 2009.

dans le centre historique, ayant vocation à être totalement libérée à moyen terme. Or, alors même que de nombreux bâtiments sont déjà désaffectés depuis l'ouverture du nouvel hôpital civil en 2008, les projets de réaménagement sont encore à un stade peu avancé dans leur conception architecturale comme dans leur financement. Il existe certes depuis longtemps un projet de création d'un pôle d'administration publique et d'un pôle de compétence en propriété intellectuelle sur une partie du site désaffecté mais la demande de permis d'aménager n'a été déposée qu'en juin 2011.

De fait, les opportunités urbanistiques offertes par la reconversion des hôpitaux ne sont pas toujours suffisamment anticipées (cf. II-B-4). Les conséquences s'en font surtout sentir dans les régions qui connaissent une grande tension sur le marché immobilier, à savoir l'Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Ainsi la libération de deux sites hospitaliers importants dans le 14^{ème} arrondissement de Paris (Broussais et Saint-Vincent de Paul) constitue une rare opportunité pour développer la politique de logements, les équipements publics ou les structures médico-sociales en plein centre de Paris. Mais faute d'un dialogue constructif entre l'AP-HP et la Ville de Paris, ces deux projets de reconversion sont particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Le site de Broussais est désaffecté depuis plus de dix ans et la cession n'est toujours pas achevée. La vente a été décidée en lots dont le dernier est en cours de négociation avec la commune qui se porterait acquéreur pour y faire un programme de logements. Des projets en région connaissent le même sort. Ainsi, la valorisation du site de l'ancien hôpital d'Annecy, en bordure du lac, a été confiée à un promoteur immobilier mais l'opération fait actuellement l'objet de recours contentieux.

D - Une dimension culturelle forte

Le patrimoine hospitalier a une dimension symbolique et affective qui, si elle n'est pas prise en compte, est l'une des causes de l'échec des projets de reconversion. En effet, ce patrimoine est intimement lié à l'histoire des communautés urbaines, mais aussi à l'expérience de leurs membres, qui y sont nés, y ont été soignés et y ont vu mourir leurs proches. En outre, il s'est en général bâti grâce à la générosité de personnes dont les descendants sont encore parfois attentifs à l'usage qui en est fait.

Par ailleurs, sa valeur culturelle est forte. La base Mérimée du ministère de la culture recense 404 édifices ou anciens édifices hospitaliers protégés au titre des monuments historiques. Alors que les établissements religieux d'Ancien régime ont disparu en grand nombre

avec la vente des biens du clergé durant la Révolution, les constructions hospitalières ont été protégées par leur affectation. Elles n'ont pas fait l'objet de dénaturations profondes au XIX^{ème} siècle, la nécessité d'une amélioration des conditions d'accueil s'étant fait peu sentir tant que l'hôpital n'était qu'un lieu d'accueil des plus pauvres. De ce fait, les démolitions ont commencé surtout au début du XX^{ème} siècle, le mouvement d'humanisation des hôpitaux s'étant par la suite accompagné d'une reconfiguration de l'intérieur des anciens « palais des pauvres ».

Désormais, le regard de plus en plus attentif porté par la société civile, le personnel et les architectes des bâtiments de France sur le patrimoine hospitalier limite les possibilités de démolition d'un tel patrimoine, même quand il n'est pas spécifiquement protégé. Le rôle de l'association française d'histoire des hôpitaux ainsi que d'un certain nombre d'historiens et de conservateurs qui ont fait de ces questions leur spécialité a été important dans cette prise de conscience. Toutefois, les risques courus par ce patrimoine architectural et culturel sont paradoxalement plus importants aujourd'hui qu'ils n'ont pu l'être par le passé. En effet, des établissements de premier ordre sont en cours de désaffectation et les hôpitaux, dans une moindre mesure les collectivités publiques, n'ont plus les moyens financiers de maintenir et valoriser ce patrimoine.

Ces difficultés n'épargnent pas en particulier les musées qui, dans un certain nombre d'établissements, avaient été établis dans des sites souvent emblématiques et désaffectés de toute activité hospitalière, dont ils perpétuaient la mémoire tout en contribuant à la réutilisation et à la préservation du patrimoine. Il existe de fait en France une quarantaine de musées de la médecine et une douzaine de musées hospitaliers⁴⁰. Certains ont le label de Musée de France, comme ceux de Charlieu, de Rouen, de l'AP-HP ou des HCL. Les deux derniers sont portés financièrement par les établissements hospitaliers (depuis 1934 pour l'AP-HP et 1936 pour les HCL).

Longtemps, les établissements de santé ont été en mesure de supporter le poids des déficits liés à leur politique culturelle. Le musée de l'Hôtel Miramion coûtait avant sa fermeture partielle en 2009 70 € par visiteur à l'AP-HP. Le musée des HCL affichait en 2007 un déficit de 430 000 € (déficit sous-estimé selon la chambre régionale des

⁴⁰ Le premier a été ouvert en 1894 par la ville de Charlieu en Bourgogne à la suite de la désaffectation de l'Hôtel-Dieu.

comptes⁴¹). La situation financière actuelle de ces établissements ne leur permet plus de faire face à ces engagements. C'est pourquoi, au cours des dernières années, ils ont profité de la désaffectation des lieux de soins où étaient hébergés les musées pour les fermer progressivement (Hôtel-Dieu de Marseille en 2006, Hôtel-Dieu de Lyon en 2010), ou sous la pression de l'aggravation de leur déficit (Hôtel de Miramion pour l'AP-HP).

La recherche de financeurs en mesure de se substituer à eux s'est pour l'instant révélée assez infructueuse :

- Si les services du ministère de la culture peuvent accorder des subventions pour des opérations ponctuelles de rénovation, l'Etat n'est pas à l'heure actuelle prêt à porter un projet de cette ampleur.
- Les collectivités locales ont par le passé repris un certain nombre de bâtiments hospitaliers pour y implanter des musées. En sus de l'exemple de Charlieu, on peut citer celui de Dijon, où le musée de la vie bourguignonne a été installé dans un ancien monastère racheté au CHU dans les années 1970. Toutefois, ces cessions se faisaient souvent à un prix symbolique, voire se sont transformées en simples mises à disposition des locaux, comme pour l'Hôtel-Dieu de Provins.

Les collectivités n'ont cependant le plus souvent plus les moyens de financer de nouveaux projets muséaux, en fonctionnement comme en investissement et les hôpitaux sont quant à eux contraints de mieux valoriser leur patrimoine. Les musées locaux existants peuvent toutefois travailler en étroite collaboration avec les établissements de soins. Ainsi, le musée de la vie bourguignonne procède actuellement à l'inventaire des objets les plus précieux de l'hôpital général de Dijon pour les conserver en préparation de la désaffectation du site.

- C'est donc vers des financements privés que se sont tournés récemment les hôpitaux. L'AP-HM a vendu l'Hôtel-Dieu à la ville de Marseille qui a inscrit dans les conditions du bail emphytéotique conclu pour la réalisation d'un projet hôtelier haut de gamme, la réalisation d'un espace dédiée à la mémoire hospitalière des lieux. De même, le consortium s'étant porté acquéreur fin 2010 du site de l'Hôtel-Dieu de Lyon pour y réaliser un hôtel de luxe et des bureaux s'est engagé, en acceptant le cahier des charges, à maintenir un musée de l'histoire hospitalière et des jardins ouverts sur la ville dans une partie de l'établissement. Toutefois, le plan de financement de ce musée n'a pas encore été trouvé. Selon les HCL, ni l'établissement, ni la ville de Lyon ou encore la communauté urbaine du Grand Lyon

41. Chambre régionale des comptes de Rhône-Alpes, rapport d'observations définitives sur les HCL, 1^{er} juin 2010.

ne souhaitent financer ce musée. Cette contrainte de maintien d'un lieu d'histoire hospitalière, imposée aux acquéreurs qui l'intègrent dans leur proposition financière d'achat, était aussi, pour ces deux établissements, un moyen de répondre aux oppositions locales à la fermeture d'un site hospitalier hautement symbolique.

Quant à l'appel à la générosité du public ou d'associations, que les HCL souhaitent utiliser pour rénover la chapelle de l'Hôtel-Dieu⁴², qu'ils n'ont pas cédée, il est en général insuffisant au vu des besoins de financement de ce genre de projets - même s'il peut être indispensable pour des investissements ponctuels.

L'avenir des musées hospitaliers, lié à celui des musées de la santé, est ainsi incertain. Or l'enjeu est réel, non seulement sur le plan de la préservation du patrimoine, mais également sur le plan de la transmission d'une culture et d'une tradition hospitalière dont le développement a accompagné non seulement le progrès médical, mais l'évolution de la société et dont la compréhension est essentielle pour mener à bien dans les meilleures conditions des restructurations dont le mouvement ne pourra que s'amplifier dans la période qui s'ouvre du fait des changements de mode de prise en charge comme du déficit de l'assurance maladie.

* * *

La valorisation du patrimoine privé des établissements publics de santé comporte de multiples enjeux : des enjeux financiers, des enjeux de politique de ressources humaines, des enjeux d'aménagement du territoire, des enjeux culturels. Pour mieux appréhender ces problématiques, la Cour formule les recommandations suivantes :

Budget et comptabilité :

1. définir précisément les règles applicables au budget annexe de la DNA, en particulier en ce qui concerne son périmètre et son articulation avec le budget principal ;

2. accompagner cette évolution du développement d'outils de comptabilité analytique pour apprécier la charge financière liée au patrimoine privé ;

42. Le mécénat pour la rénovation de la chapelle de l'Hôtel Dieu a mobilisé près de 700 000 € de dons en moins de deux ans.

3. améliorer l'information comptable relative au patrimoine immobilier des établissements en précisant systématiquement dans les annexes aux états financiers la valeur de marché des biens non affectés aux soins ;

Utilisation du patrimoine privé à des fins internes à l'établissement :

4. réserver strictement les logements de fonction aux seuls agents dont la présence est indispensable pour des raisons de sécurité et, s'agissant des cadres de direction, exclusivement aux chefs d'établissement avec une obligation de logement sur site ;

5. revoir la politique d'attribution et de tarification des logements de fonction pour utilité de service ;

6. réserver aux hôpitaux situés dans des zones à forte pression immobilière la possibilité de mise à disposition de logements sur conditions socio-professionnelles aux personnels hospitaliers. Définir des critères précis d'attribution et évaluer rigoureusement les résultats comme les coûts de cette politique ;

7. intégrer dans une stratégie d'efficacité globale et dans une perspective de facilitation des cessions la localisation des fonctions supports et administratives.

Chapitre II

La valorisation du patrimoine : un difficile défi pour les établissements

Les établissements publics de santé sont les principaux acteurs de la politique de valorisation du patrimoine hospitalier. Or leur prise de conscience des enjeux d'une gestion optimisée est récente et encore très partielle, d'autant qu'ils sont souvent démunis face aux questions juridiques et techniques auxquels ils sont confrontés et que leur dialogue s'avère parfois difficile avec les élus locaux dont dépend largement la réussite de leurs efforts de valorisation

I - Une prise de conscience récente et inégale

Pendant longtemps, les établissements qui disposaient d'une dotation non affectée ont profité de cette rente, fruit de l'histoire, sans se préoccuper de son optimisation. Les bâtiments désaffectés n'ont le plus souvent pas fait pas l'objet d'une stratégie de valorisation ou d'objectifs de plus-values de cessions. Ils ont pu continuer à accueillir d'autres activités médicales ou sociales ou d'autres services publics, comme évoqué supra. Parfois, les bâtiments ont simplement été vidés, mais conservés dans le patrimoine. C'est par exemple le cas du centre hospitalier de Grasse qui est aujourd'hui encore propriétaire non seulement d'un sanatorium abandonné depuis 1976, situé en zone rurale, mais aussi d'un site au centre de la ville, dit « Petit Paris », dont une grande partie n'est plus utilisée directement par l'hôpital depuis la fin des années 1990⁴³.

43. La valorisation du site dit « du Petit Paris » est suspendue faute de positionnement clair des collectivités territoriales sur les options retenues. Pour le sanatorium, en

Toutefois, l'importance du patrimoine de certains établissements conjuguée à leurs difficultés financières croissantes les amène à chercher à mettre en place une politique de valorisation plus assumée.

A - Une gestion traditionnellement passive du patrimoine privé

Le souhait de maintenir dans la continuité le patrimoine privé des établissements fait traditionnellement partie de la culture hospitalière. Dans la présentation en première page de son ouvrage « *Vignobles et hôpitaux de France* ⁴⁴ », la société française d'histoire des hôpitaux indiquait « *le pouvoir central s'est toujours efforcé de faire vendre ces « biens de main morte » notamment pour les convertir en rentes sur l'Etat... La Révolution en aliéna une très grande partie et souvent à vil prix. L'Etat pendant les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles fit constante pression pour la vente des biens hospitaliers. Quelques établissements grâce à la sagesse et à la perspicacité de leurs administrateurs sauvèrent cependant et non sans difficulté, ce qui fut longtemps appelé le « bien sacré des pauvres » et qui est un des témoignages encore vivant de notre Civilisation.* »

Cette situation n'a évolué que lentement. Ainsi, les HUS de Strasbourg se sont séparés de leurs vignes, déficitaires, en 1999. Toutefois, le conseil d'administration a refusé de renoncer entièrement au label viticole ainsi qu'à la cave, située sous le bâtiment administratif au cœur de l'hôpital civil, en centre ville. L'AP-HP a des revenus réguliers de cession de son patrimoine privé (en dehors des sites hospitaliers désaffectés), autour de 9 M€ en moyenne entre 2001 et 2010, mais sans qu'une stratégie de valorisation définie dans la durée ait été rendue publique.

La gestion active du patrimoine privé a de fait été généralement une préoccupation secondaire. Dans de nombreux établissements, aujourd'hui encore, il est mal connu, à la fois en termes physique et financier. Sa gestion est parfois confiée à un tiers spécialiste des questions patrimoniales, qui effectue, sans toujours un contrôle suffisant de l'établissement, les tâches de base, sans objectif précis d'optimisation des recettes qu'il procure et sans contrainte globale d'amélioration de sa contribution à la réalisation des projets portés par ailleurs. Le rendement

revanche, une proposition d'achat a été faite et est cours d'expertise par l'établissement.

44. Supplément au *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n°92 avril 1998.

réel de ce patrimoine n'est pas au demeurant apprécié de manière rigoureuse. En effet, les responsables hospitaliers raisonnent traditionnellement en termes de coûts et recettes marginaux pour appréhender les bénéfices de la DNA, ce qui exclut la prise en compte de l'ensemble des coûts associés à ces biens, y compris le coût d'opportunité que représente le fait de les conserver alors que le produit de leur vente pourrait participer au financement des investissements ou au désendettement des établissements.

La gestion des terres agricoles, des forêts ou des vignes par la plupart des hôpitaux qui en détiennent est révélatrice de ce manque d'intérêt pour leur valorisation, qu'il s'agisse de cession ou d'exploitation. Ces biens sont les plus courants dans l'actif de la DNA, mais leur recensement est parfois lacunaire, la connaissance de leur valeur souvent approximative, et leur mise en valeur peu dynamique (ce que n'expliquent pas à elles seules les contraintes juridiques qui s'attachent aux baux ruraux).

En ce qui concerne les terres, la plupart des établissements les cèdent sur demande des fermiers ou de collectivités locales souhaitant réaliser des aménagements mais ils ne témoignent guère souvent d'une volonté de mettre en œuvre une politique déterminée de valorisation, même si les plus grands établissements ont récemment commencé à définir une stratégie à cet égard. Il est vrai que celle-ci est en tout état de cause complexe, car la valeur du terrain dépend de son classement en termes d'urbanisme et des perspectives éventuelles d'évolution de ce classement. La vente de parcelles individuelles, parfois de petite taille, peut de surcroît générer des délais et des frais de gestion importants. Pour y remédier, certains établissements cherchent à vendre en bloc. Ainsi, les HUS, propriétaires de 1900 ha de terres, ont étudié la possibilité de vendre en une seule fois à la communauté urbaine de Strasbourg les terrains situés sur son territoire, mais les négociations sont pour le moment bloquées car la proposition faite par cette dernière (13,5 M€), considérée comme trop faible, n'a pas été acceptée par l'hôpital. Pour sa part, l'AP-HP, qui dispose de 588 ha de terres agricoles, a fait le choix, après avoir réalisé elle-même les premières opérations, de passer, à l'automne 2010, un appel d'offres pour externaliser la vente de tous les terrains pour lesquels une évolution des règles d'urbanisme est peu probable. Le plus souvent, le produit de cessions est faible, mais les fermages l'étaient également. La charge symbolique de ces ventes est en revanche forte, car elles mettent à mal la vision de l'hôpital riche propriétaire et elles envoient un signal pour encourager la cession de biens de plus fort potentiel.

D'autres actifs ont une valeur non négligeable. C'est d'abord le cas des forêts. Leur gestion courante est généralement confiée à l'Office national des forêts (ONF) mais, même quand le cours du bois est favorable, le rendement de l'exploitation des forêts reste faible car les établissements ne réalisent pas toujours les investissements nécessaires à leur bonne exploitation ou ne le prévoient pas dans les conventions avec l'ONF (voirie, entretien, renouvellement des plantations...). Ainsi, le CHU de Dijon, qui se dit le plus important propriétaire forestier de Bourgogne avec 2 300 ha ne procède à aucun suivi de la gestion de ce patrimoine, confié à l'ONF. Confronté à un déficit de 6 M€ en 2010 et à la nécessité de trouver des sources de revenu pour financer 350 M€ d'investissement non couverts par sa capacité d'autofinancement, il a décidé de céder une partie de ce patrimoine : le choix a porté sur uniquement 10 % des propriétés, choisies avec l'ONF parce qu'elles étaient les moins rentables et les plus dispersées.

La question des vignes est encore plus emblématique. Si la plupart des hôpitaux ont cédé avec le temps leurs domaines viticoles, ceux qui ont subsisté font aujourd'hui l'objet d'une grande attention des conseils de surveillance, voire de la profession viticole et de l'opinion publique. Dans son ouvrage précité « *vignobles et hôpitaux de France* », la société française d'histoire des hôpitaux recensait en 1998 sans que cela soit exhaustif, 19 établissements avec des domaines viticoles : des CHU (Strasbourg, Bordeaux, Dijon), des centres hospitaliers et hôpitaux locaux (Hospices civils de Colmar, hôpitaux de Cadillac, Beaune, Nuits-Saint-Georges, Beaujeu ou Belleville), un CHS (Auxerre), des établissements médico-sociaux (Renaudin à Sceaux, centre départemental de repos et de soins de Colmar, Brunel à Chateauneuf-du-Pape). Le rendement des domaines viticoles est hétérogène. Cette situation a depuis lors évolué, certains établissements, notamment les HUS et le CHU de Bordeaux ayant vendu leurs vignobles, mais certains hôpitaux restent investis dans des activités viti-vinicoles. Le CHU de Dijon, propriétaire de 23 ha de vignes, en retire 90 000 € de chiffres d'affaires par an, l'ensemble étant mis en ferme et requérant donc peu d'investissement. Les hospices de Nuits, dans la même région mais avec des appellations plus prestigieuses, ont une DNA dont les produits s'élèvent en 2010 à 1,3 M€ pour 12,5 ha de vignes et le résultat net à 450 000 €⁴⁵. Leur exploitation en direct oblige toutefois l'établissement à maintenir des installations et du personnel dédiés. Par ailleurs, alors que les infrastructures d'accueil des personnes âgées de cet établissement, qui est principalement un EHPAD,

45. 220 000 € en moyenne sur les dix dernières années.

sont vétustes, aucun investissement important⁴⁶ n'a été consenti sur l'activité hospitalière depuis 1995, date à laquelle un nouvel établissement pour personnes âgées, à proximité du bâtiment historique, avait été financé par les résultats de la DNA. En revanche, des investissements sont intervenus en 2002 pour un total de 2,2 M€ sur les infrastructures viticoles (nouvelle cuverie) ou pour la qualité des extérieurs (parking pour le personnel, espaces verts...). Ainsi, fort d'un patrimoine hérité de l'histoire, cet établissement n'est pas parvenu, sur les dernières années, à l'exploiter pour rénover des conditions d'accueil et de prise en charge vieillissantes.

La gestion des immeubles de rapport, dont la valorisation potentielle est bien plus élevée que celle du foncier non bâti, est rarement optimisée – même si doit être inclus dans le calcul de cette rentabilité l'apport à l'activité de l'hôpital que constitue le logement du personnel à titre privilégié.

Le régime indemnitaire des directeurs d'hôpitaux n'a pas encouragé une gestion dynamique de la DNA. Une indemnité spécifique pour les établissements dotés d'un patrimoine privé peut être versée aux personnels de direction mais les bénéficiaires et les montants, décidés par le conseil de surveillance (et avant lui le conseil d'administration), ne sont pas fonction des résultats du budget annexe ou d'objectifs préalablement définis⁴⁷. Pour un établissement donné, le montant total de ces indemnités ne peut être supérieur à un dixième du traitement afférent à l'emploi de directeur général ou directeur. Certains établissements, parmi lesquels l'AP-HM, les HCL ou encore le CHU de Dijon, ont renoncé à cette prime⁴⁸.

B - Les Hospices de Beaune : un cas atypique

Les Hospices de Beaune se démarquent par l'importance des bénéfices dégagés par leur DNA (2 M€ en 2010 ; 3,3 M€ en 2009) par

46. Des travaux de peinture, le réaménagement des salles à manger, des travaux de mise aux normes de sécurité incendie ont été réalisés et financés par la DNA.

47. L'indemnité communément appelée « prime de DNA » est en réalité dénommée « indemnités d'exploitation agricole ou industrielle ». Elle est fondée sur les dispositions combinées d'un côté des articles 3 et 9 de l'arrêté du 20 mars 1981 relatif à l'attribution d'indemnités à certains personnels relevant du livre IX du code de la santé publique et de l'autre côté du décret du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements.

48. Les Hospices de Beaune continuent de verser aux quatre cadres de direction une prime DNA, pour un montant de 910 € annuel par personne en 2010.

rapport à leur budget hospitalier consolidé (67 M€ en intégrant les activités de court séjour, médico-sociales, de l'école d'infirmiers et de la DNA). Riche d'un patrimoine historique, immobilier et surtout viticole important, cet établissement est dans une situation atypique et privilégiée par rapport aux autres hôpitaux.

L'exploitation de ce patrimoine lui permet non seulement d'en assurer la conservation, mais également d'en tirer des revenus à même de financer une partie des investissements hospitaliers nécessaires à la modernisation des structures et à l'accueil des patients. Le montant des disponibilités figurant au bilan au 31 décembre 2010 est de 31 M€. Cette situation financière très favorable a permis aux Hospices de Beaune d'investir sans s'endetter (rénovation d'EHPAD, construction de nouveaux bâtiments pour les urgences, la stérilisation centrale et le bloc opératoire) et de financer sur la DNA des dépenses qui n'en relevaient pas strictement, telles que la création d'une crèche pour le personnel ou la rénovation des archives.

Pendant longtemps, la gestion de ce patrimoine était cependant celle d'un « bon père de famille », en lien étroit avec les négociants locaux. Au début des années 2000, l'établissement a cherché à professionnaliser cette activité et a choisi de confier, après appel d'offre, la vente des vins à la société Christie's. Cette décision a été suivie par la mise en place d'un système d'achat des vins en direct (et non plus seulement par l'intermédiaire d'un négociant) et d'un système de suivi et de participation à la vente par internet. Cette professionnalisation a permis d'augmenter de manière significative les recettes des ventes de vins.

La gestion du domaine viticole par les Hospices de Beaune

La notoriété des Hospices de Beaune est principalement liée à son domaine viticole, qui s'étend sur 70 ha dont 61 ha d'appellations Premier cru et Grand cru. L'essentiel de ce domaine est exploité directement par les Hospices et les produits sont commercialisés dans le cadre de la vente aux enchères annuelle.

Cette activité a généré un résultat excédentaire de 1,2 M€ en 2010 et 2,6 M€ en 2009. Les résultats sont fluctuants d'un exercice à l'autre car fonction de l'importance des récoltes et du prix moyen par pièce (6 887 € hors taxes en 2010 pour un fût de 288 bouteilles – 6 189 € hors taxes en 2009). Le différentiel entre le prix des vins des Hospices et un vin de Bourgogne de qualité équivalente est de 2 à 5 en fonction des crus. C'est une activité en soi pour l'hôpital qui emploie à ce titre 22 vigneron à temps plein, investit dans des infrastructures neuves (nouvelle cuverie ouverte en 1995) et a adapté ses instances de gestion à cette particularité. En effet, le conseil de surveillance et avant lui le conseil d'administration, a créé en son sein une commission des affaires patrimoniales qui se réunit régulièrement pour suivre la gestion du domaine viticole et de l'Hôtel-Dieu.

Si l'établissement semble réussir à gérer de manière satisfaisante deux métiers en parallèle, l'activité de soins et l'exploitation, à grand retentissement médiatique, des produits de la vigne, il lui est toutefois difficile de mener avec le même dynamisme la gestion du reste de son patrimoine, d'une diversité plus importante encore : immeubles d'habitation dont la gestion est confiée à une étude notariale, forêts (gestion confiée à l'ONF), musée de l'Hôtel Dieu.

La situation des Hospices de Beaune suscite une double interrogation. La première est liée à la légitimité pour un hôpital public d'exercer une activité commerciale accessoire aussi importante. La deuxième interrogation porte sur l'utilisation des bénéfices réalisés par cette activité et l'éventuelle opportunité d'une redistribution entre établissements. Dans un contexte de déficits importants des comptes sociaux, l'existence de disponibilités de plus de 30 M€ pour un budget annuel consolidé de 67M€ peut apparaître singulière. Toute idée de péréquation a toujours été vivement contestée par les établissements de santé. Au cas particulier des Hospices de Beaune, l'autofinancement des investissements par les produits de la DNA a cependant permis à l'agence régionale de santé de concentrer ses efforts financiers sur d'autres établissements. La redistribution pourrait aussi prendre d'autres formes comme le financement de programmes de recherche ou d'actions d'intérêt

général (ce qui est déjà le cas sur le plan culturel avec le financement d'actions de conservation du patrimoine sur la région). En revanche, le bénéfice de subventions (comme la subvention d'investissement de 1 M€ accordée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la rénovation d'une maison de retraite des Hospices et dont la première tranche de 300 000 € a été versée en 2010) interroge en termes d'équité dans l'allocation des moyens publics.

C - Une prise de conscience parfois tardive

La dégradation des finances des hôpitaux publics a amené leurs équipes dirigeantes à s'intéresser davantage depuis quelques années à toutes les recettes disponibles pour financer leurs dépenses de fonctionnement et d'investissement et participer au désendettement. Mais cette démarche est très inégalement avancée d'un établissement à l'autre comme en témoigne l'analyse des actions conduites à cet égard par les trois principaux groupes hospitaliers.

1 - Les HCL

Les HCL, confrontés à un déficit hors DNA de 94 M€ en 2008 après la mise en place de la tarification à l'activité, mettent en œuvre désormais un plan de retour à l'équilibre dont les gains générés par une politique immobilière active font partie intégrante. Dans leur projet d'établissement « Cap 2013 » a été ainsi fixé un objectif total de 130 M€ d'excédents de gestion du budget DNA sur 5 ans, entre 2009 et 2013. Une politique de cession de grande ampleur a alors été engagée, couplée à des objectifs d'optimisation de la gestion (augmentation des loyers, réduction des taux de vacance, optimisation des logements soumis à la loi de 1948, normalisation progressive et au cas par cas de la situation des locaux spécifiques mis à disposition de manière gratuite ou préférentielle).

La définition d'un schéma directeur immobilier a été réalisée avec l'aide d'un consultant externe. La première étape a consisté à faire réaliser un inventaire précis et chiffré du patrimoine privé. Ont été ensuite définis des critères d'arbitrage pour la cession ou la conservation des immeubles d'habitation :

- la conservation des logements correspondant le mieux aux nécessités de la politique sociale de logement de l'établissement,
- la cession des immeubles nécessitant des travaux significatifs et, au contraire, la conservation des biens à forte valeur patrimoniale et générateurs de revenus. La cession se justifie si le rendement locatif des immeubles est inférieur au coût d'emprunt des HCL.

- la cession des immeubles ou biens spécifiques (à usage d'hôtel ou de bureaux).

La mise en œuvre de ce schéma directeur immobilier a commencé en 2009. Les résultats de la DNA sont ainsi passés de 10 M€ en moyenne par an entre 2004 et 2006 (8 M€ en 2008) à 18,9 M€ en 2009 et 32,4 M€ en 2010 (dont 64 % de produits de cession). En 2011 et 2012, un résultat net de près de 40 M€ est attendu notamment grâce à une opération de cession d'un portefeuille d'immeubles. Comme prévu dans le schéma directeur immobilier, la politique de cessions concerne également une dizaine de sites dits complexes qui sont essentiellement d'anciens bâtiments hospitaliers ou administratifs. Pour ces projets, les discussions avec les collectivités locales ont lieu en amont de la mise en vente après élaboration, avec l'aide d'un prestataire externe, d'une étude de reconversion ou de valorisation du site. C'est par exemple le cas du site de La Visitation, bâtiment de 1856 acheté par les HCL dans les années 1970 pour en faire une résidence d'infirmières mais qui a finalement eu pour destination l'accueil des archives. Un compromis de vente a été signé par les HCL en septembre 2010 pour un montant de 3,4 M€ avec un promoteur qui se propose d'y construire un hôtel et un restaurant.

La reconversion de l'Hôtel-Dieu à Lyon

L'Hôtel-Dieu de Lyon est un bâtiment hospitalier datant principalement du XVII^{ème} siècle, dont la façade se développe sur près de 300m sur les rives de la Saône au cœur de la ville. Suite à sa désaffectation en décembre 2010, un compromis de bail à construction pour 94 ans a été signé en février 2011 (cette formule ayant été préférée à une cession pour des raisons essentiellement symboliques de maintien dans le patrimoine public).

Les études et les discussions avec les collectivités locales ont été anticipées près de 5 ans avant la fermeture du site. Un comité de pilotage associant le directeur général des HCL, le maire, le président du Grand Lyon et le président de la commission médicale d'établissement a assuré la conduite du projet. Des réunions publiques ont été organisées par le maire de Lyon. 11 projets répondant à un cahier des charges comportant un certain nombre d'invariants ont été présentés et examinés par le comité de pilotage.

D'ici 2017 (avec une première tranche en 2014), le groupement ayant remporté le marché doit reconverter le site hospitalier en un complexe accueillant un hôtel 5 étoiles, des bureaux, des commerces, un musée de la médecine et un centre de conférence.

Le rendement financier pour les HCL est toutefois faible (90 M€ capitalisés sur toute la période de 94 ans après déduction de la valeur nette comptable de 4 M€ - les loyers étant progressifs, ce qui en réduit encore la valeur actuelle nette). Ceci s'expliquerait notamment par l'importance du coût de reconversion qui pèse sur le repreneur du fait des contraintes architecturales liées au classement en monument historique. En tout état de cause, l'opération permet aux HCL d'éviter des coûts de gardiennage et de maintenance (estimés à au moins 1 M€ par an).

2 - L'AP-HM

L'AP-HM a également mis en place au cours des dernières années une démarche active de valorisation de son patrimoine privé. L'inventaire réalisé en 2003 a permis d'identifier l'étendue du patrimoine, son état d'occupation, son état d'entretien et la valeur vénale et locative des biens. Une mise à jour a été réalisée en septembre 2008. Cet audit a été complété en 2007 par le recensement des logements et biens non affectés à l'activité hospitalière situés sur des sites hospitaliers. Chaque bien immobilier est désormais inventorié sous forme de fiche détaillée. Le constat général qui ressort de ces audits est celui d'un patrimoine ancien et vétuste.

Doté de cet inventaire et poussé par les contraintes financières, le conseil d'administration de l'AP-HM a élaboré, dans une décision de principe d'octobre 2008, une stratégie immobilière axée prioritairement sur les cessions.

Les axes de la stratégie immobilière de l'AP-HM

1. Mise en place d'une équipe projet sous l'autorité du directeur général adjoint avec le recrutement de deux juristes, qui procèdent aux opérations de cession depuis la réalisation des dossiers de vente jusqu'aux signatures des actes en passant par les visites de biens.

2. Instauration d'une commission en charge de la valorisation (dite « commission consultative des cessions ») associant le directeur général adjoint, le représentant du trésorier payeur général, le trésorier de l'établissement, le directeur des finances de l'établissement et les services de France Domaine.

3. Cession totale du patrimoine qui ne participe ni aux obligations professionnelles (logements de fonction) ni au renforcement de l'attractivité hospitalière.

4. Double évaluation des biens à céder par les services fiscaux et par un audit privé externe, absence de cession à un prix inférieur à l'estimation France Domaine + 10 %.

Les produits de cessions se sont élevés à 15 M€ en 2010 et il est prévu qu'ils atteignent 20 M€ en 2011. L'objectif initial de 46 M€ de recettes entre 2009 et 2014, inscrit dans le plan de retour à l'équilibre signé en juillet 2009, a été réévalué en octobre 2010 à 78 M€. La direction générale estimait en mars 2011 qu'une nouvelle cible de 92 M€ était réaliste. La politique de cessions a pour corollaire une réduction substantielle des logements mis à disposition des agents, l'AP-HM considérant que le marché immobilier marseillais permet à ses salariés de se loger à des conditions acceptables dans le secteur privé⁴⁹.

Malgré cette politique active de valorisation, il reste dans le domaine de l'AP-HM quelques biens atypiques comme la Villa Gaby et la valorisation du patrimoine hospitalier désaffecté semble plus complexe. Le regroupement des activités hospitalières sur les deux sites principaux de La Timone et de l'Hôpital Nord a permis un certain nombre d'opérations de cessions : l'Hôtel-Dieu a été vendu à la ville de Marseille en 2007 pour 9,9 M€ et le centre dentaire Gaston Berger devrait également être cédé. L'hôpital Sainte-Marguerite doit être reconverti en un site de soins de suite et de réadaptation et de gériatrie.

En revanche, l'hôpital Salvator, au sud de la ville, fait l'objet de projets de reconversion pour des activités médicales ou médico-sociales portés par des praticiens et soutenus par les élus locaux, dont la logique en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins et la viabilité financière ne sont pas encore démontrées.

49. L'AP-HM restera gestionnaire d'un parc de 450 studios répartis sur les trois principaux sites hospitaliers destinés au logement temporaire des étudiants des écoles professionnelles et aux nouveaux recrutés dans certaines professions qui connaissent des difficultés de recrutement (infirmiers...).

La restructuration de l'hôpital Sainte Marguerite

Les activités de l'AP-HM étaient traditionnellement réparties sur trois grands secteurs :

- les hôpitaux Nord, à l'architecture monobloc des années 1960 ;
- les hôpitaux du centre-ville, qui, en plus de l'Hôtel-Dieu, désaffecté depuis 2006 et vendu en 2007 à la ville de Marseille et de sites mineurs en cours de valorisation, comprennent principalement la Timone et la Conception, reconstruits dans les années 1970 et 1980 ;
- les hôpitaux Sud Sainte-Marguerite et Salvator qui datent de la fin du XIX^{ème} siècle.

Dans le cadre d'une restructuration d'ensemble permise par un investissement immobilier massif, l'AP-HM a transféré les activités de médecine et chirurgie des hôpitaux Sud vers les deux autres sites. Son projet initial était de céder ces locaux à l'emprise foncière importante et architecturalement intéressants. Toutefois, elle n'a pas mené à bien ce projet et s'est finalement réorientée vers le maintien d'une activité de soins.

Partant de ses difficultés à trouver des structures d'accueil pour les patients nécessitant un suivi après leur passage à l'hôpital, l'AP-HM a décidé, en coordination avec l'ARH puis l'ARS, de consacrer les bâtiments de Sainte-Marguerite à la création d'un pôle de soins de suite et de réadaptation et gériatrie. Toutefois, en l'absence de marge de manœuvre financière, elle a dû se reposer sur des partenaires privés, une partie de l'emprise étant cédée à une clinique privée, l'autre faisant l'objet d'un bail emphytéotique au profit de l'UGECAM et des locaux étant loués à un institut de formation de psychomotriciens.

De ces deux expériences, lyonnaise et marseillaise, se dégagent de mêmes éléments de méthode qui ont suscité une dynamique de valorisation du patrimoine privé :

- un dialogue actif avec les collectivités locales ;
- un recours à des prestataires externes, spécialistes des questions immobilières et des schémas de reconversion de sites ;
- une professionnalisation des équipes en charge de la mise en œuvre de cette politique (juristes spécialistes de l'immobilier) ;

- une volonté forte de lever les obstacles (par exemple en faisant annuler les servitudes ou charges pesant sur les legs et en révisant dans la mesure du possible les conditions de loyers des baux appliquant la loi de 1948) ;
- le choix de privilégier la rapidité à une potentielle plus-value future : vente des immeubles en bloc plutôt qu'en lots séparés, vente d'immeubles avec des locataires, bail à construction peu rémunérateur sur l'Hôtel-Dieu à Lyon pour s'affranchir au plus vite de la gestion d'un site hospitalier désaffecté ;
- une affectation des produits de cessions à l'investissement et au désendettement ;
- une cible initiale prudente en termes d'objectif financier qui sera très probablement dépassée.

3 - L'AP-HP

Par rapport aux HCL et à l'AP-HM, l'AP-HP n'a pas eu jusqu'à présent de stratégie clairement affichée de valorisation de son patrimoine privé. La politique patrimoniale n'a pas constitué une priorité alors même que les enjeux financiers étaient importants et que sa situation financière nécessite de mobiliser toutes les recettes annexes⁵⁰.

Les plans stratégiques 2001-2004 et 2005-2009 n'ont pas tracé d'orientations d'ensemble sur la gestion du patrimoine privé. Seul était inscrit dans le plan 2001-2004 un objectif d'augmentation du nombre de logements pour le personnel, mais sans que soient précisées les modalités de mise en œuvre. Si une politique de valorisation financière de son patrimoine n'a jamais été définie publiquement et explicitement par l'AP-HP, il n'en demeure pas moins que de nombreuses cessions sont intervenues ces dix dernières années, pour un montant total de 343 M€ entre 2001 et 2010, l'essentiel (254 M€) portant sur le domaine hospitalier. En ce qui concerne le domaine privé, les ventes ont concerné les biens les plus éloignés de l'activité hospitalière (théâtre Mogador, mosquée de Bobigny, terrains agricoles ou urbains...). Mais durant cette même période, l'AP-HP a également procédé à des acquisitions, notamment de foncier pour la construction de logements et de lots de copropriété pour un montant total de 19 M€. L'absence de stratégie clairement assumée explique qu'il n'existe pas non plus de bilan de la politique patrimoniale de l'établissement.

50. L'AP-HP a affiché en 2010 un déficit de 70 M€ et une dette de plus de 2 Md€ pour un budget de 6 Md€

Le nouveau plan stratégique 2010-2014 prévoit de valoriser les ressources procurées par le patrimoine avec une « politique active et cadencée de cessions » et une « politique tarifaire adaptée et conforme à la réglementation » pour les activités locatives du domaine privé. Parmi les mesures récemment décidées en ce sens par l'AP-HP peuvent être notamment notées les décisions suivantes :

- l'optimisation des surfaces avec la libération de celles non indispensables au fonctionnement de l'activité hospitalière fait partie des 16 orientations prioritaires présentées par la nouvelle directrice générale en février 2011. Cet objectif laisse donc présager des potentiels de cessions de sites hospitaliers ou de parties de sites.
- une réorganisation des services du siège a été réalisée au cours du premier semestre 2011 pour confier à la direction des finances la valorisation du patrimoine privé.
- le conseil de surveillance a créé en son sein d'une commission dédiée au patrimoine.

Par ailleurs, un premier document visant à définir une stratégie patrimoniale d'ensemble a été présenté au conseil de surveillance le 15 juin 2011.

La mise en œuvre de ce plan semble dessiner une stratégie plus affirmée de valorisation globale (patrimoine hospitalier et patrimoine non affecté), même si les objectifs-cibles ou encore le rythme des opérations de cession n'apparaissent pas encore clairement.

II - Une politique délicate à mettre en œuvre

L'analyse des insuffisances historiques de la gestion du patrimoine privé comme celle des récentes initiatives de valorisation met en lumière les défis que doivent surmonter les établissements pour développer une politique patrimoniale active : définition d'une stratégie de valorisation claire, mobilisation d'expertise, maîtrise de l'encadrement juridique et des contraintes techniques, négociations avec les collectivités.

A - La définition d'une stratégie patrimoniale

La détermination d'une stratégie est indispensable pour guider les arbitrages entre conservation ou cession des biens, en fonction d'une vision claire des enjeux et des contraintes spécifiques à chaque établissement (caractéristiques des biens et notamment leur localisation,

situation financière de l'établissement...) Plusieurs options sont en effet possibles. Un établissement déficitaire peut être incité à céder un bien si son rendement est inférieur au coût de l'emprunt. Il peut choisir de procéder à des ventes en blocs, en privilégiant la perception d'une recette rapide ou au contraire vendre par lots pour ne pas déséquilibrer un marché local. Un établissement en équilibre pourra avoir un raisonnement différent et choisira d'arbitrer entre cession et conservation en fonction de leur rendement respectif. C'est la position du CHNO des Quinze-Vingts dans ses réflexions en cours sur la cession du théâtre des Folies Bergère : le loyer est de 310 000 € et le taux de rendement moyen des placements de 1 % ; l'établissement considère aujourd'hui qu'il n'est donc pas intéressant pour lui de vendre le bien à un prix inférieur à 30 M€

La stratégie définie doit faire l'objet d'une formalisation et d'une large publicité : élaboration d'un schéma directeur spécifique, délibération du conseil de surveillance, communication auprès des salariés... C'est dans cette voie que s'est engagé le CH de Provins, dont le budget DNA est déficitaire (hors produits de cessions), avec la présentation au conseil de surveillance en juillet 2011 d'un plan stratégique relatif au patrimoine non affecté.

L'élaboration d'un document d'orientation de la politique immobilière englobant patrimoine public et privé ou séparant clairement les deux sujets, définissant ses objectifs, les critères d'arbitrage entre optimisation et cession et les modalités de mise en œuvre devrait devenir une obligation pour les établissements. Ce schéma directeur immobilier gagnerait à devenir une annexe obligatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ce qui permettrait qu'il soit approuvés par l'ARS, dont le rôle doit être renforcé (voir infra).

B - L'acquisition d'une compétence immobilière spécifique

La question de la compétence se pose différemment selon les catégories d'établissements.

L'AP-HP, les HCL et l'AP-HM qui ont un patrimoine privé important et sont confrontés à des problématiques récurrentes de reconversion de sites hospitaliers, disposent des compétences internes nécessaires à la gestion du patrimoine avec une direction des affaires domaniales (HCL et jusqu'en 2011 l'AP-HP) ou un service de la dotation non affectée (AP-HM). Pour ces établissements, l'enjeu est de s'assurer de l'adéquation des profils de recrutement avec les exigences d'un métier plus proche de la fonction de gestionnaire de biens spécialisé en droit de

l'urbanisme et immobilier que de la mission traditionnelle de directeur d'hôpital.

Une deuxième catégorie correspond aux autres CHU. Ils n'ont le plus souvent pas les moyens de disposer d'un service en propre, au-delà d'un chargé de mission auprès du directeur général ou directeur général adjoint, en charge de la DNA si la composition de celle-ci le justifie (loyers, baux d'habitation ou baux ruraux...). C'est par exemple le cas à Clermont-Ferrand qui a un service des propriétés (1,5 ETP) rattaché au directeur général. Les HUS, du fait de l'importance de leur patrimoine privé, disposent d'un service de 6 personnes. En général, dans les CHU, les opérations de valorisation d'anciens sites hospitaliers sont gérées en direct par le directeur général et l'équipe de direction (directeur des finances, directeur des travaux...).

Enfin une troisième catégorie, la plus importante en masse, recouvre tous les petits établissements qui possèdent un patrimoine privé limité ou inexistant et sont confrontés de manière ponctuelle à une opération de cession d'un ancien site hospitalier. Ces établissements n'ont pas de personnels compétents en interne. Les directeurs d'établissement sont souvent livrés à eux-mêmes pour mettre en œuvre une opération de valorisation.

Pour disposer de la compétence nécessaire, la plupart des établissements doivent ainsi se tourner vers l'extérieur. Le recours à des prestataires peut permettre de répondre à un objectif de recensement du patrimoine existant (réalisation d'un inventaire du patrimoine immobilier et sa valorisation en valeur du marché) ou d'aide à la valorisation (détermination d'une stratégie avec élaboration d'un schéma directeur, réalisation d'études de reconversion de sites, aide à la cession). Les études de valorisation réalisées par des professionnels (urbanistes, économistes, architectes...) renforcent la position de l'établissement de santé dans son dialogue avec les différents partenaires et notamment les élus locaux. L'assistance de bureaux d'études est d'ailleurs un mode de fonctionnement courant pour les acteurs publics confrontés à des problématiques de valorisation⁵¹.

La recherche de compétences peut également s'appuyer sur une mutualisation entre établissements, permettant aux plus petits d'entre eux de profiter de l'expérience développée par d'autres et de manière générale, de renforcer l'expertise disponible pour tous en mettant les moyens financiers en commun. Des compétences rares, certes en matière

51. La mission pour la réalisation des actifs immobiliers (MRAI), l'agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)... - cf. infra.

de conception et de maintenance des infrastructures hospitalières (ingénieurs, techniciens...), mais aussi de valorisation du patrimoine non affecté pourraient ainsi être mutualisées, notamment par intégration dans le périmètre des fonctions mises en commun par les établissements créant des communautés hospitalières de territoires.

La communauté hospitalière de territoire

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a créé un outil dédié aux coopérations entre établissements publics de santé, les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui permet à plusieurs établissements, sur la base d'une convention, de mettre en œuvre une stratégie médicale commune, de mutualiser certaines fonctions ou d'effectuer des transferts de compétences. La décision de constituer une CHT relève de l'initiative des établissements. Elle peut être impulsée, voire imposée, par l'ARS. Le périmètre géographique et le contenu de la CHT sont du ressort des partenaires, mais la convention qui lie les établissements entre eux doit malgré tout comporter un certain nombre de mentions obligatoires (définition du projet médical commun, des transferts ou délégations de compétences et d'activités, mise en cohérence des CPOM et PGFP...). La communauté hospitalière de territoire se construit généralement autour d'un territoire de santé qui est un niveau géographique de coopération plus pertinent que la région administrative. On comptait 32 CHT ou projets de CHT au 10 janvier 2011.

Toutefois, ce modèle de mutualisation n'est pas généralisable d'une part parce ces communautés sont encore peu développées et qu'elles sont des projets structurants centrées autour d'un projet global allant au-delà de la gestion immobilière et d'autre part parce que le nombre d'établissements dotés de compétences en matière de valorisation du patrimoine se révèle encore relativement réduit. Il devrait donc aussi être envisagé des modes de coopération plus informels entre établissements, avec des prestations de services offertes par ceux qui disposent de services et ou de personnels dédiés et compétents (AP-HP, HCL, AP-HM et quelques CHU).

Cette compétence de proximité n'aura sa pleine efficacité toutefois que si elle est soutenue par un appui méthodologique et opérationnel organisé au niveau national (voir infra chapitre III).

C - Une maîtrise nécessaire des contraintes juridiques et techniques

Les opérations de valorisation du patrimoine peuvent se heurter à des difficultés liées à l'encadrement réglementaire des processus de cession des biens d'une entité publique et à des servitudes liées à leur origine (dons et legs), mais aussi à des contraintes d'occupation ou des caractéristiques architecturales spécifiques. Ces difficultés sont pourtant surmontables. Le cadre juridique de la gestion immobilière des hôpitaux a toujours été relativement souple par rapport aux contraintes auxquelles l'Etat propriétaire est assujéti, mais il est souvent mal connu des établissements qui s'imposent eux mêmes un certain nombre de règles. Le droit en la matière a toutefois récemment évolué avec la loi « hôpital, santé, territoires » (HPST).

1 - Les opérations de cessions : une compétence juridiquement peu encadrée

Les décisions en matière immobilière (acquisitions, cessions, échanges, signatures des baux...) appartenaient, avant la loi HPST au conseil d'administration. Depuis cette dernière, l'article L. 6143-7 du code de la santé publique (CSP) attribue la compétence au directeur d'établissement, après concertation avec le directoire⁵² et avis du conseil de surveillance⁵³ et stipule que celui-ci « conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ». Ces décisions de gestion immobilière sont exécutoires dès réception par l'ARS⁵⁴.

L'acte de déclassement du bien est également de la compétence du directeur, même si celle-ci est encadrée. En effet, les biens du domaine public, c'est-à-dire affectés au service public comme c'est le cas pour un bâtiment hospitalier, sont inaliénables. Avant de procéder à une cession pour un autre usage qu'un service public, l'établissement doit donc s'assurer que le bâtiment a été désaffecté matériellement et déclassé par un acte juridique spécifique. L'article L.6143-7 du CSP donne compétence au directeur après concertation avec le directoire et avis du

52. Le directoire est composé de 7 ou 9 membres et rassemble le directeur de l'établissement et des membres nommés par lui, notamment parmi la communauté médicale.

53. Art. L. 6143-3 du code de la santé publique (avis du Conseil de surveillance) et L. 6143-7 au 9° (compétence du directeur après concertation avec le directoire).

54. Article L.6143-4 du code de la santé publique.

conseil de surveillance pour décider de « l'affectation » des immeubles, sans imposer de formalité procédurale spécifique.

Par ailleurs, depuis la loi du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés⁵⁵, les établissements publics de santé peuvent anticiper le déclassement d'un bâtiment hospitalier jusqu'à trois ans avant le départ effectif des services, ce qui permet d'anticiper la vente voire l'encaissement d'une partie des produits de cessions. Cette disposition juridique permet d'éviter que d'anciens sites hospitaliers restent vacants pendant plusieurs années, le temps nécessaire à la recherche d'un acquéreur et aux procédures de vente. Le maintien de sites désaffectés durant plusieurs années entraîne en effet non seulement des charges financières lourdes (les coûts de gardiennage sont par exemple évalués à 650 000 € par an pour l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand et à 1 M€ pour l'Hôtel-Dieu de Lyon) mais aussi des risques en termes de dégradation du bâtiment, volontaire du fait notamment d'occupants sans titre ou liée au temps. Toutefois, rares sont encore les établissements qui font usage de cette possibilité⁵⁶ et les promoteurs immobiliers restent hésitants à s'engager trop en amont de la libération des services hospitaliers du fait des possibilités de dérive des délais de construction des nouveaux bâtiments prévus pour accueillir les activités transférées. Il n'existe pas d'obligation juridique spécifique de publicité et de mise en concurrence pour les cessions de biens hospitaliers, même si la plupart des établissements s'y astreignent⁵⁷ en termes de liberté d'accès, d'égalité de traitement et de transparence des procédures. Il importe ainsi que chaque établissement formalise de manière rigoureuse et explicite la procédure qui sera mise en œuvre de façon, en outre, à être lui-même protégé de toute suspicion de complaisance ou de conflit d'intérêt. Cette démarche peut aussi lui permettre d'obtenir un meilleur prix de cession.

55. Article L. 6148-6 du code de la santé publique qui renvoie à l'article L. 2141-2 du code général de la propriété des personnes publiques.

56. L'usage de ces nouvelles dispositions juridiques peut présenter un risque financier pour l'établissement qui devra indemniser l'acquéreur s'il ne parvient pas à désaffecter le site dans le délai de trois ans.

57. Les hôpitaux n'en doivent pas moins, comme toute personne publique, se conformer aux lignes directrices arrêtées par la Commission européenne dans sa communication n° 97/C/209/03 concernant les éléments d'aide d'État contenus dans des ventes de terrains et de bâtiments par les pouvoirs publics et imposant, sauf à recourir à une « procédure d'offre inconditionnelle » comme l'adjudication, le respect de diverses conditions dont le recours à un expert indépendant.

Le rôle de France Domaine dans la cession des biens hospitaliers et la détermination du prix de mise en vente est aujourd'hui assez flou et ces incertitudes ont été renforcées par la loi HPST. Plusieurs questions restent posées à cet égard :

- le caractère obligatoire de l'avis : avant 2009, selon le ministère de la santé, l'avis de France Domaine était facultatif⁵⁸, en revanche certains services de France Domaine⁵⁹ considéraient qu'il entrait dans leur champ de compétence obligatoire. La loi HPST, bien que faisant des hôpitaux des établissements publics d'Etat, n'a pas mis fin à ces divergences d'interprétation ;
- le champ de l'avis, portant sur les conditions financières de l'opération ou plus largement sur son opportunité comme c'est le cas pour l'Etat ;
- la nature de l'avis, conforme ou non : lie-t-il le directeur d'établissement qui ne peut céder un bien à un prix inférieur à l'évaluation des Domaines, sauf à bénéficier d'une décision favorable du ministre du budget ? La question de la portée de l'avis (conforme ou non) est stratégique car les exemples vus sur le terrain montrent que les évaluations de France Domaine sont parfois déconnectées du prix du marché tel qu'il est estimé par des prestataires externes et tel qu'il apparaît suite aux offres d'achat, à la hausse comme à la baisse. Les raisons avancées pour ce décalage tiennent d'une part, pour les projets les plus simples, au fait que les évaluations sont réalisées par comparaison avec des ventes trop anciennes, dans un contexte de marché immobilier mouvant. D'autre part, pour les projets de

58. Guide de dynamisation du patrimoine immobilier : « L'article 11 de la loi n° 95-127, du 8 février 1995, relative aux marchés publics et délégations de service public impose aux communes, aux départements et aux régions, la consultation du service des domaines lorsque ces collectivités locales procèdent à des cessions immobilières. Cependant, cette loi ne vise pas expressément les établissements publics des collectivités locales concernées. Une circulaire du 12 février 1996 indique que les établissements publics des Départements et des Régions seraient soumis à l'obligation de consulter le service des domaines lorsqu'ils procèdent à des cessions immobilières (circulaire NOR : FPPA9610025C, du 12 février 1996, relative à l'article 11 de la loi n° 95-127, du 8 février 1995, concernant les opérations immobilières réalisées par les collectivités territoriales et certaines de leurs établissements publics, BO du Ministère de l'Équipement, du 10 juin 1996, n° 15). Cette interprétation est toutefois discutable dans la mesure où elle va au-delà de ce qui est prévu par la loi ».

59. Courrier de réponse de 2009 du TPG Rhône Alpes à la CRC relatif à l'évaluation des sites hospitaliers de l'Antiquaille et Debrousse qui vise le décret n°86-455 du 14 mars 1986.

reconversion, les évaluations sont réalisées selon des méthodes laissées à la libre appréciation des évaluateurs, méthode par comparaison ou méthode du compte à rebours opérateur⁶⁰. La première est insuffisante pour des opérations de reconversion complexes, or elle est la plus largement utilisée, la seconde, plus pertinente, nécessite des compétences particulières et des informations précises sur l'état d'avancement du projet de reconversion.

La valeur d'un terrain ou d'un bien hospitalier désaffecté dépend en tout état de cause directement de ce qui va y être implanté. Cette situation donne tout son intérêt aux « clauses de retour à meilleure fortune » (partage des bénéfices en cas de constructions plus denses) dans les actes de vente de terrains à reconvertir. Cette pratique est courante dans les actes de ventes des friches militaires valorisées par la mission pour la réalisation des actifs immobiliers (MRAI). Elle pourrait permettre de contourner les problèmes d'évaluation financière des sites à céder et ainsi de préserver les intérêts financiers des établissements. Toutefois elle reste difficile à mettre en œuvre avec les collectivités locales compte tenu des risques de requalification de potestativité⁶¹ et donc de nullité de la vente.

De manière générale, les conséquences de la loi HPST sur l'encadrement juridique des opérations immobilières des établissements de santé n'ont pas été anticipées. Leur nouveau statut d'établissements publics d'Etat a en effet des conséquences en termes de cessions, mises à bail, acquisitions, échanges et autorisations d'urbanisme. Les incertitudes sur l'état du droit applicable ont pu freiner les projets de cession de certains établissements – le CHU de Dijon expliquant son absence de projets de reconversion du site du centre-ville⁶² par cette situation d'insécurité juridique. Elles sont également sources potentielles de contentieux sur toutes les transactions immobilières (acquisitions comme cessions) réalisées depuis le 21 juillet 2009 et les autorisations d'urbanisme octroyés depuis cette date sur les biens hospitaliers.

60. La méthode par comparaison se base sur la valeur du bien en l'état à partir de références de transactions récentes. La méthode du « compte à rebours opérateurs » consiste à déterminer la valeur d'un terrain, d'une charge foncière ou d'un immeuble à reconstruire, à rénover ou à réhabiliter, en partant du prix de vente final d'une opération de promotion, de réhabilitation ou d'aménagement et en déduisant le coût des travaux et les différents frais liés à l'opération.

61. La condition potestative est celle qui fait dépendre l'exécution de la convention d'un évènement dont l'une ou l'autre des parties cocontractantes a la maîtrise.

62. Une réflexion sur le projet de reconversion a toutefois été engagée avec la Société d'économie mixte d'aménagement de l'agglomération dijonnaise.

Un groupe de travail⁶³ a certes été mis en place au premier semestre 2011 par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) pour clarifier ce cadre juridique. Il devrait permettre de préciser certaines règles, mais cette initiative intervient tardivement.

2 - La révision des conditions et charges liées aux dons et legs

Une grande partie du patrimoine privé des hôpitaux provient de donations ou de legs qui peuvent être grevés de conditions de nature à limiter ou empêcher l'établissement de disposer librement de ces biens. Parfois même, la cession priverait l'hôpital de tout droit sur l'immeuble. Ainsi la Villa Gaby à Marseille a été léguée par une actrice de music-hall à sa mort en 1920 à la ville de Marseille, à charge pour l'AP-HM, en vertu d'une délibération du conseil municipal de 1955, d'en faire un établissement hospitalier ou d'affecter les produits de cession à la création d'un hôpital dans un délai de deux ans, faute de quoi la ville pourrait déclarer la donation à l'AP-HM comme nulle et non avenue. Ces clauses pourraient signifier que les produits d'une future cession reviendraient à la commune. De même, l'hôpital Debrousse à Lyon a été historiquement exploité par les HCL, mais le propriétaire en était en réalité l'AP-HP, bénéficiaire originelle du legs. Les deux établissements ont trouvé un compromis qui a permis aux HCL de se voir rétrocéder 27,3 % des produits de la vente⁶⁴.

La méconnaissance par les établissements du droit applicable aux servitudes qui pèsent sur les dons et legs, les plus courantes étant l'inaliénabilité et la destination (affectation du don à une fonction précise), a souvent freiné les opérations de cessions. Or les dispositions du code de la santé publique et du code civil permettent de réviser les conditions d'un legs ou d'une donation lorsque l'exécution de la condition ou de la charge est devenue « extrêmement difficile ou sérieusement dommageable »⁶⁵. L'article 900-4 du code civil permet

63. Ce groupe de travail réunit la DGOS, l'ANAP, France Domaine, la direction des affaires juridiques du ministère de la santé, deux ARS et deux établissements (AP-HP et HCL).

64. Protocole d'accord AP-HP/HCL du 28 mai 2008 avec un avenant signé fin 2010.

65. Article L6145-10 du code de la santé publique « Lorsque, par suite d'un changement de circonstances, l'exécution des conditions et charges grevant une donation ou un legs fait à un établissement public de santé devient soit extrêmement difficile, soit sérieusement dommageable, la révision de ces conditions et charges peut être autorisée par arrêté du représentant de l'Etat dans le département si l'auteur de la libéralité ou ses ayants droit acceptent les mesures envisagées ; dans les autres cas, la

même au juge d'autoriser l'aliénation de tout ou partie des biens faisant l'objet de la libéralité sous réserve que le produit de la cession soit affecté à des fins en rapport avec la volonté du donateur.

Il existe deux moyens de réviser les conditions d'un don ou legs :

- la révision administrative qui nécessite l'accord préalable du donateur ou de ses ayants droits et une autorisation du Préfet ;
- la révision judiciaire auprès du tribunal de grande instance qui permet à l'hôpital de formuler une demande de révision des libéralités auprès des héritiers ou auprès du ministère public s'il est prouvé que les héritiers ne sont pas connus.

Ainsi, la première étape pour les établissements qui souhaitent réviser les conditions d'une donation ou d'un legs consiste à retrouver les héritiers. Pour ce faire, l'appel à un généalogiste est couramment utilisé par l'AP-HP, les HCL ou l'AP-HM qui sont les trois établissements le plus souvent confrontés à ces sujets. Cette étape peut être longue notamment si les héritiers sont nombreux, dispersés hors du territoire français et déconcertés par l'objet de la sollicitation de l'hôpital⁶⁶. Elle rallonge parfois la procédure de cession de plusieurs années.

La jurisprudence est plutôt favorable aux établissements. Elle considère par exemple que la condition d'inaliénabilité ne peut être perpétuelle. Conformément aux dispositions de l'article 900-4 du code civil, la possibilité de céder un bien issu d'une donation ou d'un legs assorti d'une condition d'inaliénabilité est acceptée par le juge dès lors que les conditions d'une activité de soins de qualité ne sont plus réunies et que l'établissement s'engage à affecter les produits de la cession à l'investissement hospitalier. C'est ainsi que le tribunal de grande instance de Paris a autorisé l'AP-HP, en décembre 1999, à aliéner les terrains de l'hôpital Boucicaut, legs de la veuve du fondateur du Bon Marché à la fin du XIX^{ème} siècle, à condition que le produit de cette vente soit affecté au financement de la construction de l'hôpital européen Georges Pompidou, situé également sur la rive gauche de la Seine. De même les HCL, dont une grande partie du patrimoine est issue de dons et legs, ont obtenu des jugements favorables pour plusieurs de leurs biens et attend des décisions de justice pour des sites que l'établissement souhaite valoriser (Croix Valmer, Givors, Centre Livet, Château des Halles, Hôpital Renée Sabran

révision est autorisée dans les conditions prévues aux articles 900-2 à 900-8 du code civil ».

66. Et peuvent croire, à tort, qu'ils auront droit à une quote-part du produit de la cession...

à Giens). Sur son parc immobilier privé de 132 immeubles en pleine copropriété, 11 font l'objet de conditions de legs.

Quelques exemples de legs consentis aux HCL

➤ En 1925, les HCL ont reçu des époux Rouyer-Warnier une propriété de 9 ha à la Croix-Valmer près de Saint-Tropez pour y accueillir un préventorium marin pour les enfants anémiques et en situation familiale précaire. Mais en 1972, le préventorium a fermé, son projet médical n'ayant plus lieu d'être. Jusqu'en 2006, le domaine de la Croix Valmer a donc accueilli les colonies de vacances des enfants du personnel des HCL, gérées en direct. En 2006, la gestion en a été confiée à une association, moyennant une participation symbolique. Cette situation, à l'origine d'un déficit annuel de plus de 100 000 € par an, a été critiquée par la Chambre régionale des comptes dans un rapport sur la gestion des HCL de juin 2010. Pour procéder à la cession de ce bien évalué à 8,5 M€ (probablement davantage en cas de modification du plan local d'urbanisme), les HCL ont entamé la procédure de révision du legs, la recherche des héritiers est en cours et le tribunal de Draguignan devrait se prononcer sur la levée de contraintes de legs avant la fin de l'année 2011. Depuis 1972, les conditions du legs ne sont de fait plus respectées mais la contrainte juridique a malgré tout retardé les opérations de cession et généré un important déficit.

➤ L'hôpital Renée Sabran à Giens (Var) est également issu d'un legs. Les HCL souhaiteraient valoriser le patrimoine de ce site qui accueille des activités de gériatrie et de SSR qui n'ont plus leur place dans le projet médical d'un établissement lyonnais. Toutefois la contrainte posée par le legs sur une partie du site contraint les HCL à envisager un scénario alternatif avec la cession uniquement de 1,5 ha de terrains nus pour lesquels les HCL sont propriétaires par acquisition sur un total de 30 ha. Sur le reste du terrain issu d'un legs, les HCL ont fait le choix d'un programme de baux de longue durée (logements et équipements médico-sociaux) auprès de promoteurs.

➤ Le château des Halles et ses 90 ha de terrain, situé à près d'une heure de Lyon, faisait également l'objet d'un legs assorti d'une clause de révocation en cas d'arrêt de l'activité hospitalière. Peu adapté aux évolutions de la prise en charge des malades et trop éloigné de Lyon, ce site a été fermé⁶⁷. Une récente décision du tribunal de grande instance vient de permettre la cession de ce bien estimé à 4 M€

Les difficultés inhérentes à la cession d'un bien légué ne sont donc pas tant liées à la révision des conditions des donations et des legs qu'à la longueur des délais pour y parvenir et à la nécessité de disposer de la compétence juridique appropriée pour mener à bien les procédures.

67. L'activité des HCL était répartie sur 20 sites en 2006, contre 14 fin 2011.

3 - Les difficultés liées à la levée des contraintes d'occupation

Un bien vacant est mieux et plus rapidement valorisable, qu'il s'agisse de logements ou de sites hospitaliers désaffectés.

Pour les immeubles, la principale difficulté est liée à la nature juridique des baux qui peuvent limiter les efforts de valorisation du propriétaire. Deux situations peuvent être distinguées.

La première concerne les baux relevant de la loi de 1948. Ces logements, construits avant le 1er septembre 1948, situés dans certaines communes limitativement énumérées, sont classés par catégories en fonction de leurs équipements et de leur confort. Les loyers sont très modérés, la durée du bail indéterminée avec un droit au maintien dans les lieux pour le locataire, son conjoint et dans certaines conditions ses ascendants ou descendants.

Proportion de logements loués sous le régime de la loi de 1948 dans le patrimoine des établissements en 2010

<i>Etablissements</i>	<i>Nombre de logements loi 48</i>	<i>En % de la totalité des logements du parc privé</i>
AP-HP	390	14 %
HCL	247 (plus de la moitié occupée par des agents HCL)	12 %
AP-HM	une vingtaine	4 %

Source : établissements cités

La cession d'un bien loué sous ce régime est possible mais elle se traduira par une décote sur le prix de vente pouvant aller de 20 à 50 %. L'AP-HM a ainsi choisi de vendre ses logements loués sous le régime de la loi de 1948 pour répondre à son objectif de cession progressive de l'ensemble de son parc de logements, en acceptant la décote – l'enjeu étant assez faible pour elle, puisque seuls 4 % des biens sont concernés. Il est également possible, mais dans des conditions restrictives, de faire libérer les locaux à des fins de cession ou d'en optimiser la gestion en augmentant les loyers, au vu des caractéristiques d'occupation du logement et des revenus des locataires. Les HCL ont commencé à mettre en œuvre cette démarche. L'AP-HP y réfléchit également.

Le régime des baux classiques (loi de 1989) peut également se révéler inapproprié pour mettre en œuvre une politique de cession de logements devenus vacants ou pour avoir une politique de logement du

personnel plus active, puisqu'il ne prévoit pas la possibilité d'insérer des conditions de fonction⁶⁸. Cette situation explique en partie que près d'un tiers des logements de l'AP-HP et 15 % de ceux des HCL soient occupés par des locataires non salariés de l'hôpital - mais qui peuvent être d'anciens salariés. Les établissements concernés essaient de réagir à cette situation de différentes manières. Les HCL n'ont pas de clause de fonction dans leurs contrats de location mais lorsqu'un locataire quitte ses fonctions dans l'établissement, il ne peut plus bénéficier de la décote de 20 % par rapport aux loyers du marché prévue par une décision du conseil d'administration du 16 décembre 1988. Toutefois, l'ajustement intervient souvent avec retard car le service de gestion du patrimoine n'est pas automatiquement destinataire de la liste des personnels ayant quitté leurs fonctions. L'hôpital des Quinze-Vingts a adopté une autre solution en louant ses logements, tous situés à proximité immédiate de l'hôpital, avec des baux de 5 ans assortis de clauses d'utilité de service. Ces règles sont appliquées à tous les nouveaux locataires du parc privé et des logements HLM construits sur les terrains de l'hôpital sous la forme d'un bail emphytéotique.

Les contraintes d'occupation se posent également pour la cession des anciens sites hospitaliers. Désaffectés, ils suscitent de multiples demandes de mise à disposition qui se traduisent généralement par un maintien ou une arrivée sur le site d'activités annexes, associatives, universitaires, de recherche... Si leur présence limite les frais de gardiennage, elle peut ensuite devenir un obstacle à la vente. L'occupation par des activités diverses peut au demeurant résulter des accords passés par l'établissement bien antérieurement à toute perspective de désaffectation. L'exemple de l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Paris est à cet égard emblématique : cet établissement a vocation à être cédé à la suite du transfert des activités de pédiatrie à Necker (été 2010) et d'obstétrique-gynécologie à Port Royal (fin 2011). Cependant, il va continuer à accueillir les services de l'établissement français du sang (départ prévu en 2012), l'aide sociale à l'enfance de la Ville de Paris (départ prévu fin 2013) et des laboratoires de l'INSERM, répartis dans tous les bâtiments du site de Saint-Vincent de Paul et pour lesquels un regroupement dans un seul bâtiment n'est pas possible. Actuellement, ce

68. L'article 4 de la loi du 6 juillet 1989 prévoit en effet qu'est réputée non écrite toute clause « Qui prévoit la résiliation de plein droit du contrat en cas d'inexécution des obligations du locataire pour un motif autre que le non-paiement du loyer, des charges, du dépôt de garantie, la non-souscription d'une assurance des risques locatifs ou le non-respect de l'obligation d'user paisiblement des locaux loués, résultant de troubles de voisinage constatés par une décision de justice passée en force de chose jugée ».

site majeur au centre de la capitale ne fait l'objet d'aucun projet concret de valorisation, du fait de la difficulté du dialogue avec la ville de Paris, mais aussi parce que la convention qui lie l'AP-HP à l'INSERM prévoit une obligation de relogement à l'identique. La levée de cette contrainte ne dépend que de l'action de l'AP-HP et peut être levée, le cas échéant en y affectant une partie des recettes de la vente.

4 - Les obligations liées à la protection du patrimoine historique

Certains biens hospitaliers sont classés ou inscrits à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques. Des règles particulières doivent dans ce cas être respectées pour les opérations de cession :

- notification préalable au préfet de région qui présente ses observations pour l'aliénation d'un bâtiment classé⁶⁹, notification dans les quinze jours qui suivent l'aliénation pour un bâtiment inscrit ;
- préservation des bâtiments classés et inscrits ;
- travaux de restauration sous le contrôle de l'architecte des bâtiments de France.

Doivent également être pris en compte les coûts et délais liés aux fouilles archéologiques préventives, comme à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Les HUS, sur leur ancien site de l'hôpital civil, en centre-ville, sont confrontés à ces deux questions, archéologie préventive et protection au titre des bâtiments historiques, alors que leurs projets actuels comme ceux de la ville prévoient la destruction de la majeure partie des bâtiments du site, construits principalement au début du XX^{ème} siècle.

Ces contraintes peuvent ralentir les délais de vente d'un bien immobilier et induire une décote sur les prix de cession mais elles ne constituent pas un obstacle à des opérations de valorisation. Elles supposent que les directeurs d'hôpitaux les intègrent dans les réflexions sur leurs projets de valorisation et anticipent par un étroit contact avec les services de l'architecture et du patrimoine comme avec les associations de protection du patrimoine les difficultés qui pourraient survenir.

69. Article 8 de la loi du 31 décembre 1913 sur les monuments historiques.

D - Un dialogue complexe avec les collectivités territoriales

Si la valorisation du patrimoine hospitalier ne se heurte en réalité à aucune contrainte technique ou juridique dirimante, de nombreux projets sont en fait retardés du fait de désaccords entre l'hôpital et la commune. Le premier cherche à maximiser le produit des cessions alors que la seconde a intérêt à les minimiser, soit parce qu'elle se porte acquéreur, soit parce qu'elle souhaite qu'y soit construits des logements sociaux, des équipements collectifs ou des espaces verts - autant d'éléments réduisant la charge foncière d'un terrain et donc le prix de vente pour l'hôpital. Les exemples sont multiples. Ils concernent des grandes métropoles, pour des projets d'ampleur sur les plans financier et urbanistique (l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris -cf supra-, le site de La Grave à Toulouse⁷⁰) mais aussi fréquemment des établissements de plus petite taille ou en zone rurale. Ainsi le centre hospitalier de Toulon n'a pu valoriser que très récemment le sanatorium désaffecté depuis 1996 de Pierrefeu-du-Var du fait des fortes réticences du maire aux précédents projets de reconversion.

La loi HPST, si elle a renforcé les pouvoirs du directeur d'établissement par rapport à ceux du conseil d'administration devenu conseil de surveillance et a supprimé la présidence automatique du maire⁷¹, n'a pas en ce domaine modifié les conditions du dialogue, car c'est la commune qui détient la compétence en matière d'urbanisme et de droit du sol.

Les communes ou leurs communautés élaborent en effet les plans locaux d'urbanisme (PLU)⁷² qui déterminent la qualification des différents secteurs d'un territoire. Or le changement de destination d'un site hospitalier rendu nécessaire par sa cession implique en général de modifier le zonage du PLU. En effet, la plupart de ces sites sont classés en zones urbaines accueillant des services publics ou d'intérêt collectif. A Paris par exemple, les emprises hospitalières font partie des zones de grands services urbains (GSU) qui ont pour objet de rassembler les équipements et services publics nécessaires au fonctionnement de la ville. Faire évoluer le PLU, soit par modification, soit par révision, suppose

70. Des négociations sont en cours avec la commune de Toulouse depuis fin 2010. Une évaluation financière a été demandée à France Domaine et le CHU a candidaté à l'appel d'offre de l'ANAP de juillet 2011 pour se faire accompagner dans la valorisation de ce site.

71. Deux établissements rencontrés dans le cadre de cette enquête ne sont pas présidés par des représentants du maire, l'AP-HP et le CHU de Clermont-Ferrand.

72. Article L.123-1 du code de l'urbanisme.

dans tous les cas une enquête publique et des délais de plusieurs mois et cette initiative doit être portée par les élus. La demande de modification du PLU peut venir soit de l'acquéreur – ce qui rallonge les délais de vente, puisque les compromis contiennent en général des clauses prévoyant que la cession ne soit effective qu'une fois les permis de construire obtenus et purgés de recours, soit du directeur d'établissement qui souhaite ainsi sécuriser le projet de valorisation. Cette dernière option est celle privilégiée par les HCL mais aussi par de petits établissements comme le centre hospitalier des Sables-d'Olonne qui a obtenu en mai 2011 une modification du PLU pour anticiper les projets de reconversion de son ancien site, qui sera partiellement libéré fin 2011.

Les communes et leurs établissements publics de coopération intercommunale disposent par ailleurs du droit de priorité ou du droit de préemption urbain⁷³. Le droit de priorité leur permet d'acquérir un bien en amont de la vente, au prix fixé par les services de France Domaine, ce qui évite l'organisation inutile d'un appel à projets. Au contraire, le droit de préemption, qui ne peut être cumulé avec le droit de priorité⁷⁴ s'exerce au stade de la vente, lorsque l'hôpital a trouvé un acheteur et au prix proposé par ce dernier. Le droit de priorité ne concernait jusqu'à la loi HPST que l'AP-HP⁷⁵, les autres établissements de santé étant soumis au droit de préemption urbain. A la suite de la loi HPST et du fait de la modification de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique, la question de l'application du droit de priorité à l'AP-HM, aux HCL et aux établissements publics nationaux⁷⁶ au delà de l'AP-HP est en cours d'expertise par la DGOS dans le cadre du groupe de travail déjà évoqué sur les conséquences de la loi HPST sur la gestion immobilière des hôpitaux.

Le maire octroie également les permis de construire, d'aménager ou de démolir⁷⁷. Ces pouvoirs lui confèrent traditionnellement un rôle stratégique dans les projets de valorisation du patrimoine non affecté, les promoteurs ne pouvant mener à bien des projets en cas d'hostilité de la

73. Voir loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement.

74. Article L.211-3 du code de l'urbanisme.

75. Article L. 240-1 du code de l'urbanisme, modifié par la loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion pour y introduire l'application du droit de priorité à l'AP-HP en référence aux dispositions de l'article L. 6147-1 du code de la santé publique (dans sa version antérieure à la loi HPST).

76. La formulation d'« établissements publics nationaux » pourrait même laisser penser que le droit de priorité peut s'appliquer à tous les établissements publics de santé dans la mesure où ceux-ci sont, depuis la loi HPST, rattachés à l'Etat.

77. Article L.422-1 du code de l'urbanisme.

collectivité. La loi HPST, en rattachant les hôpitaux non plus aux collectivités locales mais à l'Etat, a toutefois modifié sur certains points ce cadre juridique. Tant que l'hôpital reste propriétaire du terrain, c'est désormais le préfet qui est compétent pour octroyer ces permis. Le CHU de Clermont-Ferrand a ainsi déposé les permis de démolir nécessaires à la bonne valorisation du site de l'Hôtel-Dieu auprès des services préfectoraux en amont de l'opération de cession.

Plus largement, les collectivités sont traditionnellement les premiers acquéreurs des grands sites publics en reconversion : patrimoine de réseau ferré de France, du ministère de la défense, de certains hôpitaux... Pourtant, si certains projets sont encore portés par les communes ou leurs démembrements (ex : site de l'Antiquaille à Lyon acquis par une société d'économie mixte de la ville ; Hôtel-Dieu de Carpentras repris par la commune pour en faire un espace culturel), ces dernières n'ont plus forcément la volonté et les moyens de se porter acquéreurs des sites hospitaliers, d'autant que la restructuration des établissements de santé est postérieure aux autres grandes vagues de désaffectation (notamment les sites militaires) et que dès lors, les projets les plus importants que pouvaient porter les collectivités ont souvent déjà été réalisés.

L'intervention de la commune peut néanmoins s'avérer nécessaire, ne serait-ce qu'en tant qu'intermédiaire, soit dans des situations où un bien ne trouve pas d'acquéreur soit pour des projets de réaménagement urbain trop complexes. Dans ce cas, elle peut faire porter le projet par un établissement public foncier. Par exemple, intervient dans la reconversion de l'hôpital de Lagny-Marne-La-Vallée l'établissement public foncier d'Ile-de-France, qui a signé en décembre 2010 une convention avec la communauté d'agglomération de Marne-et-Gondoire pour assurer le portage technique et financier de la création d'un nouveau quartier urbain sur le site. De même, à Toulon, le site de Chalucet, désaffecté d'ici le début de l'année 2012 à la suite de l'ouverture du site de Sainte Musse, va être cédé, au prix estimé par France Domaines (9 M€), à l'établissement public foncier régional qui intervient pour le compte de la mairie de Toulon. Le projet de valorisation du site de La Grave à Toulouse, sous forme de pôle culturel et de logement, pourrait également être porté par un établissement public foncier, l'établissement public foncier du Grand Toulouse.

Toutefois, les établissements publics fonciers sont uniquement des outils qui supposent que la collectivité locale soit in fine l'acquéreur. Ils ne sont pas des acquéreurs en propre. Ainsi, pour la cession du site de Jegourel à Pontivy, l'hôpital a cherché à collaborer avec l'établissement

public foncier de Bretagne, mais celui-ci a répondu qu'il ne pouvait intervenir qu'à la demande d'une collectivité locale⁷⁸.

Les différents exemples de projets de valorisation de sites hospitaliers désaffectés étudiés par la Cour montrent que la qualité du dialogue avec les collectivités est déterminante pour leur réussite. Cette problématique est relativement nouvelle car pendant longtemps les collectivités locales pilotaient les projets sans que les directeurs d'établissements cherchent à optimiser ces cessions, qui se faisaient régulièrement pour un montant symbolique. Ce type de situation peut encore se rencontrer.

Ainsi, dans le cadre du transfert à venir des principales activités du CH du Sud Francilien sur un site unique situé sur les communes de Corbeil et d'Evry, les opérations de cession d'un des trois grands sites hospitaliers désaffectés, celui de l'hôpital « Louise Michel » à Evry-Courcouronnes pourraient conduire à une mauvaise valorisation alors même que la construction du nouvel établissement pose déjà des problèmes financiers lourds. Des études menées par un cabinet privé en 2003⁷⁹ avaient pourtant estimé le potentiel de cession de ce site entre 8 et 8,6 M€ L'évaluation de France Domaine réalisée en 2007 sur la base de la valeur des bâtiments en l'état (sans projet de reconversion) était de 1,9 M€⁸⁰. L'étude de reconversion menée par l'ANAP dans le cadre de l'appel à projet de 2008 (cf. infra) avait ensuite permis de définir un projet d'aménagement du site en accord avec les collectivités concernées et une estimation du prix de vente entre 8 et 10 M€ Sur la base de ce même projet, la communauté d'agglomération a présenté fin 2010 un contre-chiffre d'une valeur négative. Les discussions entre l'hôpital et les collectivités ont été bloquées plusieurs mois et ont finalement repris en juillet 2011. L'établissement avait par ailleurs sollicité dès les années 2004-2005 auprès de la commune une modification du PLU mais la collectivité n'a toujours pas donné suite à cette demande.

De manière générale toutefois, le nouveau positionnement du maire et du directeur après la loi HPST, conjugué à l'accroissement des contraintes financières des hôpitaux, ne peut que faire évoluer la nature du dialogue des établissements hospitaliers avec les communes dans le sens d'un meilleur équilibre. La nécessité de trouver un compromis

78. Courrier du 20 novembre 2009 du directeur général de Foncier de Bretagne au directeur général du Centre Hospitalier du Centre Bretagne.

79. Le marché immobilier de l'Île de France a évolué fortement à la hausse depuis 2003.

80. Cette évaluation ne prend pas en compte les coûts de démolition, estimés d'après un devis de 2005, à 2,1 M€

protégeant au mieux l'intérêt général et répondant aux critères de l'ensemble des acteurs devient plus prégnante.

Pour que la discussion entre l'hôpital et la ville sur un projet de reconversion soit fructueuse, certains établissements ont pris l'initiative et conduit, à leurs frais, une étude de valorisation avec l'aide d'un prestataire extérieur. Plus généralement, certains ont fait le choix de mettre en place des comités de pilotage. Ces comités de pilotage ont intérêt à être larges et peuvent associer le personnel de l'hôpital, les collectivités locales, les représentants de l'Etat, l'ARS... Ils permettent de définir de manière collégiale un projet de reconversion avant l'appel à candidatures.

Dans les situations où le dialogue, même élargi, entre l'hôpital et la commune ne permet pas de trouver un consensus, ou si l'établissement n'est pas en mesure de disposer de l'ensemble des compétences techniques indispensables, il peut s'avérer nécessaire d'avoir recours à une structure d'assistance. C'est dans un rôle plus appuyé et plus efficace des tutelles que peut se dessiner une solution (voir infra).

De plus en plus d'établissements hospitaliers sont confrontés à la nécessité de valoriser leur patrimoine privé suite à des restructurations et à une nouvelle configuration de leurs sites consacrés à la prise en charge des patients. Ce n'est plus seulement une problématique pour les quelques propriétaires historiques de logements, de terrains ou de vignes ou de forêts.

Pour accompagner les établissements dans la conduite des projets de valorisation, la Cour recommande de mettre en place les règles suivantes :

Définir une stratégie patrimoniale :

8. rendre obligatoire la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier, intégrant lorsque cela s'avère utile une réflexion particulière sur la valorisation du patrimoine non affecté ;

Acquérir la compétence :

9. professionnaliser les équipes des grands établissements qui ont besoin d'une compétence en interne pour la gestion de leur patrimoine ;

10. faire appel à des compétences externes chaque fois que cela est nécessaire (consultants privés, mutualisation entre établissements, tutelles) pour les autres établissements confrontés ponctuellement à une problématique de valorisation ;

Connaître le cadre juridique :

11. actualiser et diffuser des guides juridiques pour l'aide à la cession ;

12. clarifier très rapidement les dispositions juridiques s'appliquant aux actes de gestion du patrimoine après la loi HPST, notamment la portée des avis de France Domaine et le périmètre d'application du droit de priorité des communes ;

13. diffuser plus largement l'information sur les modalités de révision des charges pesant sur une donation ou un legs ;

14. mettre en œuvre une politique d'optimisation des loyers ou des produits de cession afférent aux logements loués sous le régime de la loi de 1948 ;

Anticiper les opérations de reconversion :

14. inciter à utiliser la nouvelle disposition de la loi du 17 février 2009 permettant le déclassement d'un bâtiment hospitalier au plus trois ans avant le départ effectif des services pour éviter toute occupation nouvelle des bâtiments ;

15. formaliser les conditions d'occupation de tous les organismes tiers (associations, universités, laboratoires, notamment) dans de documents contractuels retraçant les droits et obligations de chacun des partenaires et faisant apparaître les avantages financiers pour l'hôpital ainsi que le caractère nécessairement précaire du droit du bénéficiaire. Publier un bilan annuel retraçant la réalité de ces occupations ;

16. solliciter, auprès des collectivités compétentes, les modifications du plan local d'urbanisme en amont de l'opération de cession ;

17. professionnaliser la discussion avec les élus locaux sur la base d'une étude de reconversion du site réalisée par un prestataire externe ;

18. définir le projet de reconversion et sélectionner l'acquéreur au sein d'un comité de pilotage élargi et transparent.

Chapitre III

La nécessité d'un pilotage national et régional plus affirmé

Alors que la très grande majorité des établissements publics de santé ne peuvent pas réussir seuls une politique de valorisation de leur patrimoine privé, l'implication des tutelles hospitalières sur ces sujets n'a longtemps pas été à la hauteur des enjeux. Des initiatives récentes ont été toutefois prises, mais des modes de pilotage plus efficaces sont encore à définir.

I - Des problématiques longtemps non prioritaires

Pendant longtemps, ni l'administration centrale, ni les ARH (puis les ARS) ne se sont intéressées au patrimoine qui n'était pas directement utilisé pour le service public hospitalier. Les opérations importantes de construction de nouvelles structures ou de modernisation d'anciennes dans le cadre du plan Hôpital 2007 se sont ainsi réalisées sans prise en compte systématique des problématiques de gestion patrimoniale, que ce soit pour contribuer au financement des investissements ou pour optimiser la gestion des surfaces.

A - Un manque de prise en compte du potentiel financier du patrimoine privé

1 - Des administrations centrales traditionnellement en retrait

Les administrations centrales ne se sont historiquement pas intéressées à la valorisation du patrimoine privé. La DNA, considérée

comme indépendante de l'activité médicale et largement obsolète, car issue d'une générosité publique rendue inutile par l'avènement de la sécurité sociale, a été laissée à la responsabilité unique du directeur d'établissement.

Les directions concernées - DGOS et DGFIP - n'ont pas cherché ensemble à obtenir une vision patrimoniale fiable, ni sur un plan physique, ni sur un plan comptable. Des informations dont elles disposaient, elles ont peu fait usage et n'ont guère veillé à l'application rigoureuse des règles, pourtant peu nombreuses, qui régissent le budget annexe de la DNA. Ainsi, le respect des dispositions interdisant à un établissement d'avoir sur trois exercices consécutifs une DNA déficitaire ne fait l'objet d'aucun contrôle spécifique (voir supra).

De fait les tutelles n'ont pas pris conscience jusqu'il y a peu de l'importance parfois de ce patrimoine, ni de son potentiel, en particulier financier. Ainsi, la circulaire DHOS/CNAMTS du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé ne cite pas, dans l'inventaire des mesures à examiner pour la construction d'un plan de redressement, les recettes tirées de la valorisation du patrimoine immobilier privé. De même, le comité national des risques financiers, composé de représentants des administrations de tutelle et qui examine la situation financière particulièrement critique d'une trentaine d'hôpitaux, n'interroge pas les établissements de manière systématique sur la possibilité de dégager des ressources exceptionnelles par la mobilisation du patrimoine privé.

L'idée d'une meilleure gestion du patrimoine hospitalier, notamment du patrimoine non affecté aux soins, n'est pourtant pas nouvelle. Dès 1999, consciente des enjeux financiers, la caisse nationale de l'assurance maladie proposait dans son plan stratégique de regrouper la dotation non affectée des hôpitaux au sein d'une agence nationale, « dont le rôle d'expertise serait prédominant [...] et dont la gestion pourrait être déconcentrée au niveau régional »⁸¹. Cette suggestion n'a toutefois pas eu de suite du fait des réticences des établissements et des administrations de tutelle.

C'est également le potentiel financier du patrimoine privé qui a guidé l'élaboration de la disposition de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui prévoyait que « les établissements de santé peuvent reverser à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une partie du produit net

81. Proposition n°11 du plan stratégique adopté par le conseil d'administration de la CNAMTS le 12 juillet 1999.

comptable des cessions de leurs terrains et des bâtiments. Les sommes ainsi reversées sont exclusivement affectées au financement des investissements hospitaliers ». Toutefois cette disposition, si elle illustre la volonté de faire profiter tous les établissements de la richesse historique de certains d'entre eux, avait été introduite, dans le projet du gouvernement, comme une mesure de bouclage budgétaire évaluée à 115 M€ pour l'assurance maladie, sans expertise préalable des modalités de mise en œuvre. La rédaction était d'ailleurs purement incitative et imprécise sur le cadre juridique des opérations. Ce dispositif n'a jamais été mis en œuvre.

2 - Un pilotage régional inexistant

Sans consignes ni outils de la part des administrations centrales, les ARS, comme avant elles les ARH, ne connaissent pas les DNA des établissements et leurs potentialités. Leur analyse financière se focalise sur les résultats d'exploitation et non sur les bilans comptables qui permettraient d'appréhender l'état de l'actif et de rentrer dans une logique de gestion patrimoniale.

Ainsi, l'ARS Rhône Alpes a attribué une dotation exceptionnelle de 11 M€ en 2010 au CHU de Saint-Etienne pour que ce dernier puisse faire face à ses difficultés financières⁸², sans examiner le potentiel de la DNA et demander une politique active de cessions. Cet établissement dispose pourtant d'un patrimoine privé dont une partie est facilement valorisable (une dizaine de logements de fonction vacants, 450 ha de forêts, des immeubles dont les locataires ne sont pas ses agents...). Par ailleurs, alors que le regroupement des activités sur le site Nord de l'hôpital libère progressivement les sites de Bellevue, la Charité et Trousseau, une réflexion a été entamée pour la reconversion du seul site de Bellevue, une partie devant être cédée pour un montant de 2,1 M€ à un organisme mutualiste pour y installer un EHPAD.

A l'exception des opérations de cessions nécessaires au financement de l'Hôpital européen Georges Pompidou, l'ARS Ile-de-France et avant elle, le conseil de tutelle, n'ont jusqu'à présent pas davantage incité l'AP-HP à mettre en place une politique active de valorisation de son patrimoine privé, alors que les enjeux financiers sont considérables.

82. Le CHU justifie cette dotation comme une modération des aides contractuelles pour tenir compte de l'impact du passage à la tarification à l'activité.

Cette situation commence cependant à évoluer. Dans le cadre des réexamens des projets d'investissement, rendus nécessaires par la situation financière des établissements, certaines ARS⁸³ intègrent désormais dans leurs expertises ou dans celles qui sont demandées aux services de la DGFIP la problématique de valorisation du patrimoine non utilisé qui n'avait pas été intégrée lors du lancement du plan Hôpital 2007.

B - Une méconnaissance du potentiel patrimonial des établissements par le plan Hôpital 2007

C'est dans ce contexte d'absence de connaissance précise du patrimoine hospitalier, privé comme public, qu'a été élaboré et mis en œuvre depuis 2003 le plan « Hôpital 2007 », dont l'objectif était de permettre la relance de l'investissement immobilier et de faire face au constat de vétusté d'un certain nombre de bâtiments hospitaliers. Les opérations financées ont favorisé le mouvement d'accroissement des surfaces hospitalières et ont accentué et généralisé la problématique de reconversion ou valorisation des bâtiments désaffectés à la suite de la construction de structures nouvelles. En effet, la construction neuve a été largement préférée à la réhabilitation et la relance massive des investissements a suscité des reconstructions intégrales de certains établissements⁸⁴.

La question de la valorisation des bâtiments à désaffecter, recette potentielle mais aussi charge réelle durant la période intermédiaire, n'a été traitée par les tutelles ni dans l'examen des opérations sollicitant des financements Hôpital 2007, ni dans celui des opérations sollicitant des dotations régionales discrétionnaires. Les plans de financement initiaux des opérations Hôpital 2007 ne comportaient qu'à titre exceptionnel⁸⁵ des prévisions argumentées et réalistes de produits de cessions des anciens sites. Souvent, lorsque des estimations de recettes étaient inscrites, leur réalisme aurait pu aisément être questionné. Parfois, il s'agissait d'une évaluation imprécise de France Domaine, réalisée sur la

83. C'est le cas de l'ARS de Picardie.

84 Cf. rapport annuel de la Cour des comptes sur les lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2009 chapitre VI « Hôpital 2007, la relance des investissements immobiliers ».

85. Par exemple pour le CH des Sables-d'Olonne où les produits de cession devaient représenter 5,9 M€ sur une première tranche d'investissements hors équipements alors évalué à 35 M€ (avenant au CPOM de 2007). Dans le cadre de la revue de projets du plan Hôpital 2012, l'ARS a actualisé ces chiffres : 41,5 M€ d'investissements hors équipements pour un produit de cession de 9,6 M€

base des m² de surface hospitalière et non sur la base d'un projet de reconversion. D'autres fois, l'origine des estimations n'est même plus connue (au CHU d'Amiens, Hôpital Nord, le montant inscrit au plan global de financement pluriannuel –PGFP- étant de 32,5 M€ mais sans aucune indication du mode d'évaluation de cette somme, ce qui a poussé l'ARS à demander qu'une estimation domaniale soit réalisée). Dans d'autres cas enfin, comme pour le CH du Sud Francilien, les produits de cessions des sites désaffectés devaient contribuer au financement des équipements du nouvel établissement sans qu'un objectif chiffré n'ait été clairement établi.

Les recettes de cession ont souvent été rajoutées a posteriori dans le PGFP. C'est notamment le cas pour le CHU de Dijon (le montant des produits de valorisation du site de l'Hôpital Général inscrits dans le PGFP était de 10 M€ initialement puis a été porté à 15 M€ pour un investissement de 364 M€) et le CH de Lagny-Marne la Vallée (35 M€ de produits de cession inscrits pour un investissement de 265 M€).

Le plus souvent, lorsque des cessions ont été prévues par l'établissement dans ses dossiers de demande de financement, les ARS n'interviennent ensuite que très peu pour s'assurer de leur réalisation. Dans les régions visitées par la Cour, peu d'exemples d'implication réelle de l'ARS dans la conduite d'un projet ont été constatés. En Auvergne, le directeur général de l'ARS copilote cependant la cession de l'Hôtel-Dieu dont le produit de la vente, estimé à 30 M€, doit contribuer au financement du nouvel Hôpital Estaing (dont le coût s'élève à 260 M€). Il participe aux comités de pilotage avec le directeur de l'hôpital et les collectivités locales et c'est à sa demande que le CHU a fait conduire une étude de valorisation du site puis une étude d'aide à la cession.

Les aspects techniques de la mise en œuvre d'un projet de reconversion, au-delà de la dimension financière, n'ont que peu suscité l'attention des tutelles. Au ministère de la santé la mission d'appui pour l'investissement hospitalier (MAINH) comme ses correspondants ingénieurs dans les ARH se sont d'emblée positionnés d'abord comme des professionnels de la construction et non de la reconversion⁸⁶.

86. La lettre de mission du 27 mars 2003 adressée au directeur de la MAINH ne fait d'ailleurs aucune mention de la problématique de valorisation des actifs immobiliers hospitaliers.

II - Une mobilisation récente

Dans un contexte marqué par d'importantes réformes de la politique immobilière de l'Etat, une mission d'audit de modernisation sur la politique immobilière des établissements de santé a été confiée à l'IGAS et l'IGF en 2007. Il s'agissait, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP), d'établir un diagnostic sur le patrimoine immobilier des hôpitaux (affecté ou non aux soins) et de définir une stratégie et un mode de pilotage pour sa meilleure gestion. Ce rapport est resté confidentiel et a été peu suivi d'effets. Il a néanmoins contribué à une prise de conscience par les administrations centrales des enjeux de la politique de gestion patrimoniale.

A la suite de ce rapport d'audit, le ministre de la santé a demandé en effet à l'IGAS en décembre 2009 de piloter, avec la direction de l'hospitalisation et l'ANAP, un groupe de travail chargé de proposer une politique immobilière au niveau national et les modalités de sa déclinaison par les ARS et les établissements. .

L'Assemblée nationale s'est également préoccupée des difficultés de gestion du patrimoine immobilier hospitalier dans le cadre des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) consacrés en 2010 au fonctionnement de l'hôpital⁸⁷. La MECSS préconisait ainsi d'instaurer une obligation pour les établissements de santé d'établir un bilan patrimonial annuel précis et réévalué chaque année et de mettre en place des plans de gestion de leur patrimoine. Elle évoquait aussi l'idée d'une délégation à un office public de gestion du patrimoine hospitalier et d'une utilisation des produits de cessions d'immeubles au développement des aides au logement des personnels hospitaliers.

Une première réponse à ces demandes d'un pilotage plus actif a consisté à concevoir un outil de recensement du patrimoine et à amplifier la démarche expérimentale d'appui à la valorisation de leur patrimoine proposée aux établissements.

87. Rapport d'information n° 2556 du 26 mai 2010 de la commission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale « Le fonctionnement de l'hôpital ».

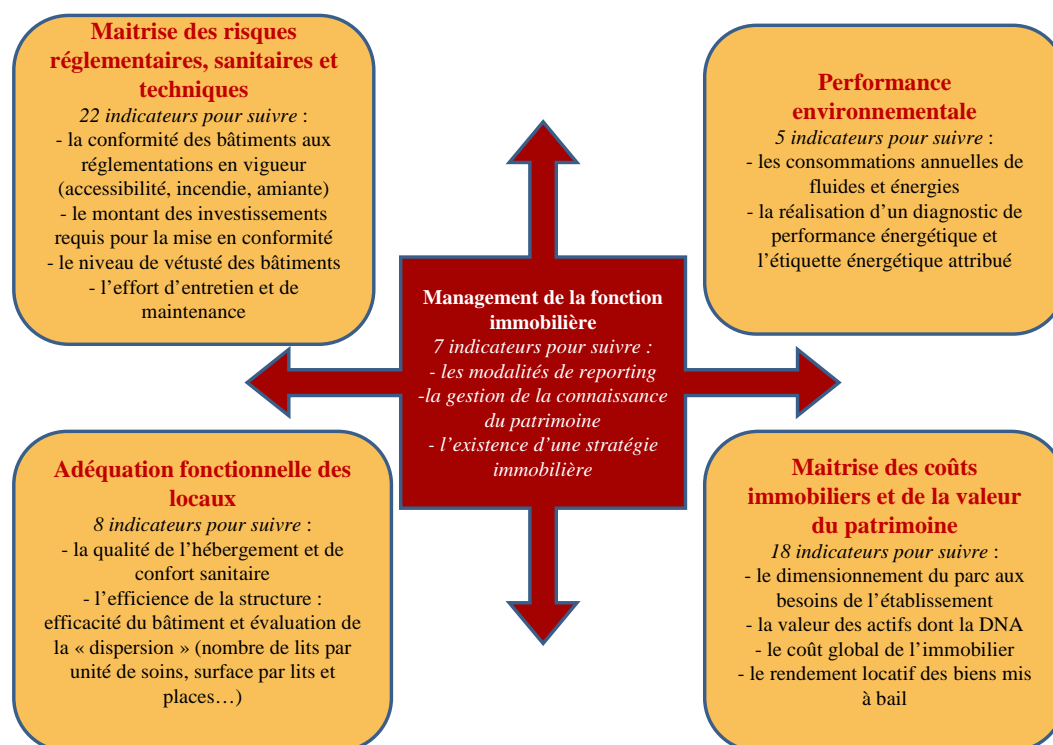
1 - La réalisation d'un inventaire physique général : un projet encore balbutiant

Contrairement à l'Etat qui cherche à mettre en place, non sans difficultés au demeurant, un outil de recensement de son patrimoine avec le tableau général des propriétés de l'Etat, intégré depuis 2009 dans l'application Chorus⁸⁸, les administrations ne disposent pas d'un inventaire national du patrimoine immobilier des hôpitaux, affecté aux soins ou non.

Dans le prolongement du rapport de l'IGAS et l'IGF mentionné supra, la DGOS avec l'aide de l'ANAP a conduit au cours de l'année 2010 un groupe de travail pour élaborer un outil de recensement de ce patrimoine. Le cahier des charges a été construit avec un prestataire privé et devrait donner lieu à un développement informatique par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) d'ici la fin de l'année 2011. Cet outil de recensement n'est pas spécifique au patrimoine privé mais vise au premier chef la gestion par les établissements de leur patrimoine hospitalier avec 60 indicateurs répartis selon 4 axes.

88. La Cour a toutefois considéré dans son acte de certification des comptes de l'Etat pour 2010 que la mise en place de Chorus n'avait permis ni de mettre en cohérence, ni de fiabiliser les données du parc immobilier provenant de systèmes antérieurs hétérogènes.

Les objectifs du projet d'inventaire du patrimoine immobilier hospitalier



Source : ANAP

Les ambitions élevées de cet outil montrent que celui-ci va au-delà de la réalisation d'un simple inventaire normalisé et consolidé du patrimoine hospitalier et non hospitalier, préalable pourtant indispensable à la mise en œuvre d'une politique patrimoniale. Il correspond à un observatoire qui tend en réalité à poser les prémices d'un instrument de gestion immobilière. Son développement informatique dépend en outre de la capacité de l'ATIH⁸⁹ à le mettre en œuvre même si son récent contrat d'objectifs et de performance prévoit bien la réalisation de cet inventaire.

89. Cf. insertion au rapport annuel de la Cour des comptes sur les lois de financement de la sécurité sociale de 2011.

Ce projet très lourd suscite également des questions sur la capacité et la motivation des établissements pour le mettre en œuvre et sur la nature exacte des objectifs poursuivis. Certes le projet prévoit, de manière pragmatique, d'adopter une démarche progressive, avec un socle de données à fournir dès le lancement du recensement et un champ complémentaire que les établissements pourront renseigner ultérieurement en fonction de leur niveau d'avancement et de maturité dans la gestion patrimoniale de leur parc immobilier. Toutefois les visites réalisées par la Cour dans les établissements de santé montrent que les plus importants d'entre eux ont ou sont en train de développer leur propre outil (SAP pour l'AP-HP, logiciels de type GMAO aux HCL, aux HUS...) et que les établissements de taille plus modeste n'auront pas les moyens en interne pour renseigner les indicateurs demandés. Leur bonne volonté et leur rigueur dans l'utilisation de l'outil ne seront garanties que s'ils y trouvent un intérêt en termes de retour d'information ou d'enrichissement du dialogue avec les tutelles. Or les objectifs de ce nouvel outil en termes d'amélioration du dialogue de gestion et du pilotage, au service d'une politique immobilière assumée, régionale comme nationale, n'ont pas encore été clairement exprimés.

Pour prendre en compte les difficultés ainsi relevées par la Cour, l'ANAP a certes tout récemment prévu que l'outil serait finalement renseigné en trois étapes au lieu de deux pour permettre une appropriation progressive de l'outil. Mais cette progressivité sera insuffisante à en faire un outil partagé si dans le même temps ne sont pas mis en place les autres pré-requis identifiés par l'ANAP pour la réussite de ce projet : identifier des référents au niveau de chaque établissement et de chaque ARS ; mettre en place un dispositif d'animation du réseau de référents ; créer, par cet inventaire, un outil de pilotage pour les établissements de leur politique patrimoniale en permettant le parangonnage entre établissements comparables.

2 - L'expérimentation d'une démarche d'aide à la valorisation

Parallèlement à sa mission centrale de pilotage du plan Hôpital 2007, la MAINH a élaboré des outils méthodologiques variés dont un guide de valorisation du patrimoine hospitalier en 2005. Ce guide méthodologique, conçu avec l'aide de consultants extérieurs et d'un comité de pilotage réunissant notamment des directeurs d'hôpitaux et des professionnels de l'immobilier, décrit les principes généraux d'une démarche de dynamisation du patrimoine, pas seulement par la cession, et donne des exemples d'opérations déjà menées par certains établissements. Ce guide est complété par des annexes juridiques et techniques ainsi que

par une boîte à outils regroupant des documents types susceptibles d'être rencontrés au cours d'une opération de valorisation.

Cet outil pratique et complet semble cependant avoir fait l'objet d'une appropriation limitée par les acteurs hospitaliers, faute probablement d'impulsion par les ARH et d'incitations suffisantes. En effet, des éléments techniques ne peuvent qu'être au service d'orientations stratégiques qui dans ce cas étaient inexistantes, faute de cadrage par les tutelles hospitalières.

La MAINH a ensuite initié une démarche d'expérimentation en 2006, en collaboration avec la mission pour la réalisation des actifs immobiliers du ministère de la défense (MRAI) qui dispose d'une grande expérience au titre des emprises militaires, pour assister deux établissements hospitaliers, Toulon et Blois, dans leur projet de reconversion de sites. Elle cherchait ainsi à développer une expertise pour aider ensuite les établissements qui auraient besoin d'une assistance ponctuelle dans des opérations de cessions. Le bilan de ce projet est intéressant mais mitigé pour la MAINH. A Blois, c'est finalement la ville qui a racheté le terrain de l'ancien site de psychiatrie pour procéder à sa reconversion dans le cadre d'une concession d'aménagement. A Toulon, le site de Pierrefeu-du-Var est toujours à l'état de friche, quinze ans après le départ des activités médicales. Récemment, un projet de complexe hôtelier de luxe a reçu l'aval des collectivités locales et une promesse de vente a été signée fin 2010.

La MAINH a procédé à un nouvel appel à projets en 2008 et sélectionné quatre sites (Dunkerque, Voiron, Grasse et Courcouronnes) pour cette fois-ci les assister tant dans la conception du projet de reconversion que dans la cession des biens. L'ANAP, qui a remplacé la MAINH en octobre 2009, a poursuivi ces quatre projets. Le mode opératoire est identique dans les quatre cas et repose sur l'appel à un prestataire privé pour élaborer une étude de reconversion⁹⁰ et sur l'organisation des discussions avec les collectivités locales et les autres acteurs du projet d'aménagement. L'ANAP assiste donc techniquement le directeur d'établissement et prend à sa charge l'intégralité des frais d'étude. L'état d'avancement des quatre dossiers ne permet pas de juger de l'efficacité de ce pilotage puisqu'aucun des projets de cession n'a encore été mené à son terme, même si celui du CH de Dunkerque est bien

90. L'étude de reconversion comprend 3 phases :

- phase 1 : diagnostic ;
- phase 2 : recherche de scénarii ;
- phase 3 : définition, après validation par un comité de pilotage, du scénario cible avec l'élaboration du cahier des charges de vente.

avancé. Sur les trois autres dossiers, l'ANAP n'a pas été en mesure de convaincre les collectivités locales de soutenir la reconversion des sites hospitaliers et les négociations sont restées longtemps bloquées, faute d'un portage central et local suffisamment fort.

Avant qu'un bilan complet n'ait pu être ainsi dressé, un nouvel appel à projet a été lancé en juillet 2011 pour accompagner une douzaine d'établissements. Pour la première fois, la contractualisation est tripartite en associant également les ARS. D'ores et déjà plusieurs établissements ont fait part de leur intérêt, attestant d'un fort besoin de soutien et d'appui⁹¹.

III - Un mode de pilotage et d'assistance à construire

Si la prise de conscience des enjeux liés à la bonne gestion du patrimoine hospitalier se développe progressivement, les objectifs de cette politique et le mode de pilotage restent à définir et à mettre en œuvre.

A - Le préalable : la définition d'une politique nationale et sa déclinaison par les ARS

L'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux (orientations stratégiques instables, questionnements juridiques et techniques, dépendance vis-à-vis des collectivités locales et des pressions extérieures...) exige de la part des autorités de tutelle une volonté forte et affirmée de les résoudre.

1 - La nécessité d'affirmer une stratégie forte au niveau central

La politique immobilière de l'Etat a fait l'objet au cours des années récentes d'une attention déterminée, se traduisant par une mobilisation de l'ensemble des acteurs, y compris au niveau ministériel, la rénovation des outils, la fixation d'objectifs précis, une meilleure connaissance du patrimoine, notamment des opérateurs... Cette politique a commencé à être transposée, avec les ajustements nécessaires tenant à la spécificité de son organisation, au sein du régime général de sécurité sociale. Il est désormais indispensable qu'elle soit également déclinée dans le monde

91. Plusieurs établissements dont le CHCB (site de Pontivy) et le CHU de Toulouse (site de La Grave) ont déjà posé leur candidature.

hospitalier, compte tenu de l'importance à tous égards des enjeux d'un patrimoine dont l'importance équivaut à celle du parc immobilier de l'Etat.

L'acteur principal de cet engagement stratégique est le ministère de la santé. C'est lui qui doit fixer les grands objectifs d'une politique immobilière des établissements de santé et notamment amplifier les efforts de valorisation du patrimoine non affecté aux soins. Déjà important, ce dernier va en effet se gonfler dans les années à venir à mesure que s'achèveront les opérations du plan Hôpital 2007, puis du plan Hôpital 2012, sans préjudice à plus long terme de l'incidence de l'évolution des modes de prise en charge qui devrait conduire à libérer de nouvelles emprises.

La question de la détermination chaque année d'un objectif global chiffré de recettes de cessions pourrait ainsi être examinée et la faisabilité de sa prise en compte dans la fixation de l'ONDAM hospitalier étudiée..

Dans cette perspective, et afin d'assurer une cohérence générale, l'élargissement des compétences du Conseil de l'immobilier de l'Etat⁹² au secteur hospitalier⁹³ devrait être envisagé. Les établissements de santé étant devenus des établissements publics de l'Etat, cette instance est légitime à jouer un rôle dans la définition des orientations de la politique immobilière de ces établissements et le calendrier de mise en œuvre.

En tout état de cause, il est essentiel que les ministères concernés dissipent au plus vite le flou issu de ce changement de statut, qu'il s'agisse du rôle de France Domaine, de la question de l'extension du droit de priorité ou de l'autorité compétente pour accorder les permis de construire et de démolir. Ces questions, pendantes depuis deux ans, doivent désormais être clarifiées sans délai.

92. Créé en 2006, il est composé de deux députés et de deux sénateurs, de représentants de la chambre des notaires de Paris, de l'ordre des géomètres experts et du Conseil national des barreaux, de six personnalités qualifiées dans le domaine de l'immobilier issues du secteur public et des entreprises privées et d'une personnalité étrangère qualifiée dans la gestion et la valorisation des patrimoines publics. Il a pour mission de formuler des recommandations et des préconisations opérationnelles pour améliorer la gestion du patrimoine immobilier de l'Etat. Il suit et évalue pour le compte du ministre l'avancement de la démarche de modernisation et l'évolution du parc immobilier de l'Etat.

93. Orientation d'ailleurs suggérée dans le communiqué du Ministre du Budget à l'occasion de l'installation de M. Yves Deniaud dans ses fonctions de président du conseil immobilier de l'Etat (6 octobre 2010).

Le rôle des tutelles est également de répondre aux situations qui semblent insolubles. Il faut en effet admettre que certains sites sont extrêmement difficiles à valoriser (marché immobilier atone, contraintes techniques importantes sur le site...). Pour ces situations, la possibilité de cession à l'euro symbolique dans un cadre strictement réglementé peut être une solution car elle permet d'éviter de laisser à l'abandon des sites hospitaliers et de limiter les coûts de maintenance et de gardiennage. Les établissements publics de santé ne peuvent procéder à des aliénations de leur patrimoine privé à titre gratuit, en application d'un principe général qui interdit aux personnes publiques de faire des libéralités⁹⁴. Les cessions à titre gratuit peuvent toutefois être légales lorsqu'elles sont justifiées par des motifs d'intérêt général et qu'elles comportent des contreparties suffisantes⁹⁵. Ces conditions ne peuvent pas toujours être remplies. Le recours à une cession à l'euro symbolique existe pour les friches militaires dans les territoires particulièrement sinistrés en application de l'article 67 de la loi de finances pour 2009⁹⁶. Le dispositif est doublement encadré : la liste limitative des sites concernés est fixée par décret en Conseil d'Etat et une « clause de retour à meilleure fortune » est applicable pour une durée de 15 ans avec une rétrocession à l'Etat de 50 % de la plus-value réalisée (déduction faite des coûts d'aménagement...). Sous réserve de respecter le principe d'autonomie des établissements, un mécanisme similaire pourrait être envisagé pour les friches hospitalières.

2 - Le rôle déterminant des ARS

Fortes d'une orientation stratégique nationale claire et assumée, les ARS seraient à même de mettre en œuvre cette politique. En effet, le niveau régional est le cœur du dispositif à construire : niveau de proximité suffisant avec les acteurs hospitaliers et les collectivités locales, niveau stratégique pour le suivi financier des établissements et niveau où le décroisement entre le sanitaire et le médico-social est possible.

94 Décision du Conseil constitutionnel du 25 et 26 juin 1986 « La Constitution s'oppose à ce que des biens ou des entreprises faisant partie de patrimoines publics soient cédés à des personnes poursuivant des fins d'intérêt privé pour des prix inférieurs à leur valeur » (D. n° 86-207, DC : Rec. cons. Const. p. 61) ; CE, 6 avr. 1998, Communauté urbaine de Lyon.

95 CE, 3 nov. 1997, Commune de Fougerolles

96. Article 67 de la LFI pour 2009 : « I- Les immeubles domaniaux reconnus inutiles par le ministre de la défense dans le cadre des opérations de restructuration de la défense réalisées entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2014 peuvent faire l'objet de cessions à l'euro symbolique et avec complément de prix différé aux communes les plus fortement affectées par les restructurations et qui en font la demande ».

Aujourd'hui, la politique immobilière, en particulier dans son volet de valorisation, n'est pas une priorité pour les ARS. Or elle pourrait aisément être intégrée dans les objectifs fixés par les ministres aux directeurs généraux d'ARS. Ceux-ci pourraient disposer pour mettre en œuvre cette politique des schémas directeurs immobiliers qui seraient élaborés par les établissements et conçus comme une annexe obligatoire aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) - approuvés par l'ARS, contrairement aux projets d'établissement. Ces schémas comporteraient un volet sur le patrimoine hospitalier, un volet sur les sites hospitaliers désaffectés ou sous-utilisés à valoriser et un volet sur le patrimoine privé pour les établissements qui en possèdent. L'élaboration de ces schémas pourrait s'inspirer des schémas pluriannuels de stratégie immobilière demandés aux opérateurs de l'Etat avec un volet diagnostic (état des lieux physique et technique) et un volet stratégique à cinq ans (détermination d'un ou plusieurs scénarii de rationalisation et d'optimisation du parc avec les avantages, inconvénients, enjeux financiers...). Certains établissements de santé⁹⁷ utilisent déjà des schémas directeurs mais de leur propre initiative, sans cadrage global, sans approbation par les ARS et sans prise en considération d'ensemble des problématiques patrimoniales.

A partir de ces schémas directeurs immobiliers réalisés par les établissements et de l'outil national de recensement en cours de conception, les ARS pourraient élaborer à terme un schéma immobilier régional et intégrer les problématiques immobilières dans les projets régionaux de santé. L'objectif d'un tel schéma serait de décliner les orientations nationales de la politique immobilière au plan territorial en prenant en compte l'évolution des implantations hospitalières, la nature des patrimoines et les besoins de santé. Son élargissement rapide aux structures médico-sociales serait indispensable.

Le second outil sur lequel pourrait reposer le pilotage par les ARS est le levier financier. Les orientations données aux ARS par les tutelles devraient les obliger à conditionner les investissements aux cessions ou à la mobilisation des ressources tirées du patrimoine privé lorsque l'établissement en possède. Cette démarche permettrait de mutualiser de manière indirecte les produits de cessions entre établissements richement dotés en patrimoine privé et ceux qui ne le sont pas, ces derniers pouvant

97. Schémas directeurs immobiliers et techniques par groupe hospitalier réalisés par l'AP-HP, schéma directeur pour l'optimisation de la valorisation du patrimoine privé par la HCL.

ainsi bénéficier si besoin, à niveau global inchangé, de crédits complémentaires d'aide à l'investissement⁹⁸.

B - Trois options possibles pour valoriser plus efficacement le patrimoine privé

Plusieurs critères peuvent guider les choix à venir pour la définition d'un mode de pilotage plus efficace de la valorisation du patrimoine hospitalier :

- le niveau de gestion : centralisé ou décentralisé ;
- le périmètre de la stratégie immobilière : biens non affectés aux soins (y compris sites désaffectés) ou ensemble de l'immobilier hospitalier ;
- le degré d'autonomie et de responsabilisation des établissements : structure d'assistance aux établissements ou de prise en charge complète du projet, transfert ou non de la propriété des biens à un tiers ;
- la création de nouveaux organismes ou l'élargissement des missions des organismes existants.

Confrontés à des problématiques analogues, d'autres acteurs publics ont trouvé des réponses qui peuvent apporter un éclairage sur les options possibles pour mettre en place un nouveau mode de gestion patrimoniale pour le secteur hospitalier. Les établissements publics de santé, en jouissant d'une personnalité morale et d'un patrimoine en propre, se caractérisent toutefois par une autonomie que n'ont pas d'autres entités. Les solutions préconisées doivent prendre en compte cette caractéristique.

1 - Option n° 1 : une centralisation des opérations de cession auprès d'une entité ad hoc avec transfert de la propriété des biens

La valorisation du patrimoine est un métier spécifique qu'il pourrait être envisagé d'externaliser auprès d'une entité ad hoc. Une telle structure permettrait de :

98. Ceci répondrait ainsi à l'objectif du législateur formulé dans le cadre de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 mais sans avoir à créer une ingénierie spécifique pour affecter de manière centralisée les produits de cessions à l'investissement.

- décharger les directeurs d'une mission de valorisation du patrimoine qui exige du temps et des compétences précises ;
- générer, dès la désaffectation du site, des recettes pour l'hôpital du fait de la cession à la structure ad hoc – un intéressement sur les plus-values ultérieures pouvant aussi être prévu ;
- professionnaliser le processus de valorisation grâce à des équipes de spécialistes et une mutualisation des expériences ;
- mutualiser les sites à céder, ce qui peut intéresser les grands investisseurs et dans le même temps faciliter la cession de biens plus difficiles à valoriser, intégrés dans un lot ;
- réduire le coût total des opérations grâce à la mutualisation des dépenses (marchés d'études, dépenses de publicité, notamment).

Un tel schéma suscite toutefois de nombreuses questions. Le transfert de propriété, au-delà de la réticence culturelle du secteur hospitalier, pose des problèmes juridiques. Une compétence obligatoire se heurterait directement au principe d'autonomie des établissements publics de santé. Même sur la base d'un recours volontaire, le transfert de propriété pose par ailleurs la question du respect de la volonté du donateur pour les biens issus de dons et legs. Par ailleurs, une telle structure a besoin de fonds propres pour acquérir les biens et réaliser les investissements nécessaires à leur valorisation (études de reconversion, travaux de démolition et de désamiantage, évaluations financières, etc.). Le contexte financier actuel rend difficilement envisageable un apport en capital de la part de l'Etat ou de l'assurance maladie pour financer une structure de valorisation immobilière. Au demeurant, au-delà des questions juridiques et financières, il n'est pas certain qu'un transfert de propriété à un tiers, moins directement intéressé par la valorisation du bien et moins bien informé des enjeux politiques et urbanistiques locaux, soit la formule la plus efficace pour la réussite d'un projet de reconversion.

L'exemple de la SOVAFIM (Société de valorisation foncière et immobilière), chargée en 2006 des opérations de cessions des biens immobiliers désaffectés de réseau ferré de France puis d'autres biens de l'Etat ou de ses établissements publics, renforce les réserves sur un tel modèle dont le bilan récemment dressé par la Cour⁹⁹ a appelé de sa part de vives critiques.

99 Cf. rapport public annuel 2011

2 - Option n° 2 : une centralisation obligatoire de la compétence sans transfert de propriété

Une centralisation de la compétence de valorisation peut s'envisager sans transfert des biens. Les avantages de ce modèle sont assez similaires à ceux de l'option précédente : décharger les directeurs d'établissement d'une mission annexe mais prenante, professionnaliser une mission qui exige des compétences spécifiques, mutualiser les sites à céder.

Un tel choix a été fait pour la valorisation des friches militaires avec la création de la Mission pour la réalisation des actifs immobiliers (MRAI), service interne du Ministère de la Défense, ou pour celle des anciennes prisons confiée jusqu'en juin 2009 de l'Agence publique pour l'Immobilier de la justice (APIJ), établissement public administratif.

Le rôle de la mission pour la réalisation des actifs immobiliers (MRAI)

La MRAI a été créée en 1987. Elle a pour objet d'accompagner l'ensemble des services locaux du ministère de la défense dans la définition de nouveaux usages pour les emprises militaires libérées, en conciliant ses intérêts et ceux des collectivités locales. Pour les sites particulièrement complexes, elle engage avec les collectivités locales et les préfetures des études de reconversion, déléguées auprès de prestataires privés dont elle prend en charge le coût.

Elle est composée d'une douzaine de collaborateurs et a permis de mener à bien environ 2 200 opérations de cessions d'emprises militaires (bases aériennes, écoles, logements, casernes, hôpitaux militaires bases sous-marines, etc.), soit environ 90 par an. Les produits de cessions reviennent au ministère de la Défense par exception à la règle générale des biens de l'Etat qui prévoit qu'une fraction des produits est affectée au désendettement et le solde seulement rétrocédé au ministère concerné. Les actes de vente prévoient systématiquement une clause de retour à meilleure fortune (en général sur 10-12 ans) qui permet au vendeur de bénéficier des plus-values réalisées par l'acheteur si le projet est modifié postérieurement à l'acte de vente.

L'estimation financière et les opérations de vente sont réalisées par France Domaine. La MRAI dispose cependant d'une possibilité de réaliser elle-même les opérations de cession à l'amiable avec une collectivité locale au prix estimé par France Domaine et sans procédure d'appel d'offre. Les cessions à l'euro symbolique sont exceptionnelles et basées sur une liste limitative fixée par un décret du 3 juillet 2009.

Un schéma de centralisation de la valorisation du patrimoine non affecté aux soins peut toutefois susciter un certain nombre de questions. Le caractère obligatoire, même sans transfert de propriété, peut se heurter aux réticences culturelles et aux difficultés juridiques liées à l'autonomie des établissements publics de santé. Un acteur central sera peut être moins incité qu'un directeur d'établissement, soumis notamment aux contraintes financières, pour faire aboutir rapidement les projets de cessions. La connaissance des enjeux locaux est moins fine et le dialogue avec les collectivités moins proche.

3 - Option n° 3 : une structure nationale d'assistance, saisie sur une base volontaire par les établissements publics de santé

La troisième option correspond à un schéma décentralisé où la compétence du directeur d'hôpital dans la conduite des opérations de valorisation de son patrimoine est conservée mais sa responsabilisation accrue. Il repose sur l'idée que les établissements sont les plus à même de mener à bien les opérations de valorisation de leur patrimoine mais que le fonctionnement des structures actuelles doit être largement amélioré.

Néanmoins les hôpitaux, notamment ceux qui ne disposent pas en propre de compétences immobilières et qui sont confrontés à des situations particulièrement complexes de reconversion, ont besoin d'une structure pour les accompagner dans leur projet. Ce mode d'assistance permettrait aux directeurs d'établissement d'avoir un interlocuteur clairement identifié pour les aider dans leur projet de valorisation, à la fois dans le dialogue avec les collectivités locales et sur les aspects techniques.

Les ARS devraient se positionner comme les relais au niveau local pour orienter les établissements vers cette structure nationale d'assistance et devraient en tout état de cause donner leur accord avant toute saisine et en suivre les développements.

Cette troisième option est celle qui respecte le mieux la nature juridique des établissements publics de santé. Elle laisse la responsabilité de la valorisation du patrimoine au directeur d'établissement tout en leur offrant une possibilité d'accompagnement par un organisme national compétent et dont le positionnement pourra faciliter le dialogue avec les collectivités locales. Elle pose la question de l'autorité compétente et légitime pour assumer cette mission d'assistance.

C - Le choix de la structure nationale d'assistance aux établissements

Trois possibilités ont été plus spécifiquement examinées, même si elles ne sont pas exclusives¹⁰⁰ : France Domaine, la MRAI et l'ANAP.

Confier les opérations de valorisation du patrimoine hospitalier privé à France Domaine serait cohérent avec un objectif d'harmonisation des politiques immobilières entre les administrations publiques. Toutefois les services de France Domaine n'ont actuellement pas les capacités pour assumer un tel surcroît d'activité. L'exemple de la MRAI démontre par ailleurs que pour les projets de reconversion complexes, France Domaine ne travaille pas seul mais avec d'autres administrations.

Confier la valorisation des biens du domaine privé hospitalier à la MRAI permettrait de mutualiser une compétence qui existe déjà et qui a fait la preuve de son efficacité avec la valorisation de plus de 2 200 sites depuis sa création en 1987. Les projets de reconversion des sites hospitaliers et dans une moindre mesure la vente d'un immeuble du parc privé, exigent les mêmes compétences techniques et les mêmes capacités relationnelles dans le dialogue avec les collectivités locales que celles qui sont nécessaires pour un site militaire. La MRAI a d'ailleurs été amenée à conduire des opérations de valorisation d'hôpitaux militaires, comme ceux de Rochefort et Lorient. Elle a également assisté la MAINH en 2006 pour les premières opérations d'accompagnement à la cession de deux sites hospitaliers (voir supra). En termes de calendrier, même si la reconversion des sites militaires n'est pas totalement achevée (300 projets seraient encore à traiter dans les années à venir), la charge de travail de la MRAI est amenée à décroître. L'élargissement de ses missions aux établissements publics de santé pourrait donc s'inscrire dans un calendrier favorable.

Toutefois, les établissements de santé présentent des caractéristiques très particulières, dont la prise en compte nécessite une expérience spécifique. Il pourrait donc être envisagé de créer une « MRAI hospitalière », mais ceci conduirait à multiplier les structures de valorisation du patrimoine public. Or une structure qui pourrait assumer les missions dévolues à la MRAI existe déjà dans le secteur hospitalier. La politique immobilière, avec un volet d'accompagnement aux cessions, fait partie du champ d'intervention de l'ANAP. Celle-ci s'inspire d'ailleurs des méthodes de travail de la MRAI pour mener à bien les

100. De nombreuses autres options peuvent être envisagées, par exemple sur le modèle de l'APIJ (agence de maîtrise d'ouvrage déléguée pour la construction des nouveaux hôpitaux, avec un volet reconversion).

opérations de cessions qu'elle accompagne. C'est faute de portage politique et de compétences techniques que cette mission reste aujourd'hui annexe dans le portefeuille de l'ANAP. Si la mission confiée à l'ANAP par le législateur comprend bien l'optimisation du patrimoine immobilier, elle s'inscrit dans la vocation générale de l'agence qui est « d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers »¹⁰¹, ce qui semble réduire le champ à l'immobilier affecté aux soins. Une modification législative pour asseoir la compétence de l'ANAP sur l'immobilier non affecté aux soins serait donc souhaitable. L'accroissement de ses compétences techniques devrait alors se concrétiser par une mise en adéquation des moyens, (environ 1,5 ETP à l'ANAP contre une douzaine de personnes à la MRAI) qui pourrait être facilitée par une affectation d'une partie des plus-values de cessions aux moyens de fonctionnement, par des échanges techniques avec les équipes de la MRAI et par une mobilisation de France Domaine sur les opérations les plus lourdes.

Un meilleur pilotage national et régional est nécessaire pour permettre la mise en œuvre d'une politique de valorisation du patrimoine privé. Pour y parvenir, la Cour recommande de :

19. prendre en compte le potentiel financier de la DNA et de la valorisation des sites hospitaliers désaffectés dans les prochaines opérations d'investissement (notamment dans la tranche 2 du plan Hôpital 2012) ;

20. définir les orientations d'une politique immobilière au niveau national et élargir la mission du Conseil de l'immobilier de l'Etat au secteur hospitalier ;

21. étudier la faisabilité de la prise en compte d'un objectif global de cessions dans la détermination de l'ONDAM hospitalier ;

22. affirmer le rôle des ARS dans le pilotage de la politique immobilière en créant les outils (schémas directeurs immobiliers) et les incitations (incitations financières pour les établissements, incitations en termes d'objectifs pour les directeurs d'ARS...) permettant d'optimiser la valorisation du patrimoine ;

23. inclure officiellement dans les missions de l'ANAP la fonction d'assistance à la valorisation du patrimoine.

101. Article L. 6113-10 du code de la santé publique.

Conclusion

L'enquête faite par la Cour à la demande de la commission des finances du Sénat met en lumière les enjeux considérables du patrimoine non affecté aux soins, problématique qui longtemps n'a pas été, à quelques exceptions près, l'objet d'une politique active et efficace. Les établissements ont donné priorité à son utilisation pour le logement de leurs personnels dans des conditions mal maîtrisées ou à leur réutilisation pour des activités annexes au détriment souvent de sa cession. Les tutelles n'ont pris que récemment conscience de son potentiel de valorisation dans un contexte marqué par des restructurations immobilières massives et l'importance des contraintes financières.

La valorisation du patrimoine non affecté aux soins, que ce soit par une politique de cessions ou d'optimisation des conditions de son utilisation par l'établissement, ne peut certes à elle seule résoudre la question des déficits hospitaliers et du financement des investissements. Elle participe cependant aux règles de bonne gestion des fonds publics et doit accompagner un mouvement plus profond d'optimisation du patrimoine immobilier affecté aux soins.

Dans ce cadre, les établissements, confrontés à une complexité de contraintes, dont celles du déséquilibre de leurs relations avec la collectivité où ils sont implantés n'est pas la moindre, doivent pouvoir disposer d'une structure d'assistance qui leur permette, sur la base d'une saisine volontaire, de conduire des négociations de cession dans une relation plus équilibrée tant avec les communes qui maîtrisent leur plan local d'urbanisme qu'avec des acquéreurs potentiels.

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettre de saisine du président de la commission des finances du Sénat

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

IVPhpf-10-657

KCC A1009728 CDC
24/11/2010

Paris, le 23 novembre 2010

COMMISSION
DES
FINANCES

LE PRÉSIDENT

Monsieur le Premier président,

J'ai l'honneur de vous demander, au nom de la commission des finances du Sénat, la réalisation par la Cour des comptes, en application de l'article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, de cinq enquêtes portant respectivement sur :

- la réforme des tutelles des majeurs ;
- la fusion de la direction générale des impôts (DGI) et la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) ;
- l'Agence de l'outre-mer pour la mobilité (LADOM) ;
- le bilan de la réforme des offices agricoles et de la création de l'agence de services et de paiement (ASP) ;
- la gestion du patrimoine immobilier hospitalier.

Comme nous en étions convenus, le champ et la portée de ces enquêtes ont été précisés, en tant que de besoin, au travers de fructueux échanges techniques entre, d'une part, le secrétariat de la commission des finances et, d'autre part, le secrétariat général de la Cour des comptes.

En vous en remerciant par avance, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Jean Arthuis

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président de la Cour des comptes
13, rue de Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

ANNEXE 2

Typologie des bâtiments hospitaliers

Une typologie des bâtiments et propriétés, tels qu'ils ont été légués aux établissements par l'histoire, permet de mieux saisir les principaux enjeux de la reconversion des sites hospitaliers. Les hôpitaux sont en effet le fruit d'une succession de structures dont les plus anciennes datent de la fin du Moyen-âge¹⁰².

- **Les établissements issus de la période médiévale et de la Renaissance** dont peu de bâtiments figurent encore à l'actif des établissements de santé.

Les constructions médiévales sont rarement intactes. En dehors de celles qui ont été transformées en musées par les collectivités (Hôtel-Dieu de Tonnerre) ou en églises (Hôtel-Dieu du Mans aujourd'hui Eglise Sainte Jeanne d'Arc), il en subsiste des vestiges dans le patrimoine des établissements de santé : désaffectés ou sous-utilisés (Hôtel-Dieu de Provins), reconvertis en espace culturel (Hôtel-Dieu de Beaune) ou imbriqués dans des structures hospitalières et médico-sociales en activité (chapelle de l'hospice de Seclin, aujourd'hui un EHPAD) ou en cours de désaffectation (ancienne chapelle de l'hôpital général de Dijon). On trouve également dans les établissements de santé d'anciennes pharmacies, en particulier aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

- **Les établissements de la période du Grand Renfermement** (XVII^{ème}, XVIII^{ème} siècle), longtemps réagencés et remodelés pour être affectés à des activités hospitalières, mais qui posent désormais des problèmes complexes de reconversion.

Le XVII^{ème} siècle vit un renouveau de la construction hospitalière, en particulier par l'édification de bâtiments de très grande taille. D'un côté, une certaine médicalisation entraîna la création d'hôpitaux spécialisés, comme celle de Saint Louis à Paris pour les « pestiférés ». De l'autre côté, la politique d'enfermement des pauvres, invalides,

102. En dehors constats réalisées par la Cour, les développements historiques présentés ci-dessous sont issus principalement des publications de la société française d'histoire des hôpitaux et de deux ouvrages :

- Les hôpitaux et l'investissement, Claire Bouinot et Benoît Péricard, LGDJ, 2010 ;

- L'hôpital dans la France du XX^{ème} siècle, Christian Chevandier, Perrin, 2009 ;

Ils doivent également beaucoup à la coopération active de Pierre-Louis Laget, chercheur au service du patrimoine culturel du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais.

prostituées et orphelins se matérialisa par l'ouverture de grandes structures telles que la Salpêtrière, Bicêtre ou l'hôpital de La Grave à Toulouse.

Ces bâtiments sont encore affectés à l'activité hospitalière (La Salpêtrière, Saint-Louis à Paris), récemment désaffectés ou en cours de désaffectation (CHU de Dijon, Hôtels-Dieu de Clermont-Ferrand, Lyon, Douai ou Valenciennes) ou utilisés pour héberger des activités annexes et administratives dans l'attente d'une éventuelle désaffectation (Hôtel-Dieu et hôpital de La Grave à Toulouse). Ils constituent les enjeux de reconversion les plus spectaculaires.

- **Les hôpitaux pavillonnaires du XIX^{ème} siècle**, pour beaucoup encore en service bien qu'inadaptés aux exigences de la médecine et de l'optimisation financière.

L'organisation pavillonnaire est une conséquence de la médicalisation progressive de l'hôpital : bâtiments séparés reliés par des couloirs de circulation - architecture issue des théories hygiénistes (hôpital Lariboisière à Paris 1854 ; hôpital Sainte Marguerite à Marseille 1887)-, puis, à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, pavillons indépendants spécialisés par pathologie, organisés comme un espace urbain indépendant (hôpital Boucicaut 1897, hôpital civil à Strasbourg dans la première moitié du XX^{ème} siècle, nouvelle Pitié à Paris 1911, Hôpital Nord d'Amiens 1935, hôpital Edouard Herriot à Lyon 1933).

Le mouvement de reconstruction et, en corollaire, de désaffectation progressive des anciens hôpitaux, à l'œuvre depuis quelques années, touche particulièrement les établissements pavillonnaires, dont l'architecture induit des coûts de fonctionnement élevés et des difficultés de circulation des flux de malades, de personnels et de matériel. Leur reconversion est assez simple : leur emprise foncière large, sur des terrains rattrapés par l'urbanisation, leur donnent un potentiel de valorisation élevé pour des constructions neuves, seuls les pavillons les plus significatifs étant conservés.

- **Les hôpitaux locaux et ruraux** construits principalement au XIX^{ème} siècle, dont la reconversion en établissements médico-sociaux est longtemps apparue comme une alternative à la fermeture.

Ces bâtiments ne posent pas de difficultés techniques majeures sur le plan de la reconversion. Toutefois, du fait de l'atonie du marché immobilier dans certaines zones rurales ou en ralentissement économique, leur valeur de marché peut être très faible.

Les problématiques de reconversion sont similaires pour les sanatoriums, construits à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème},

généralement en zone rurale ou montagnarde isolée, pour faire face à l'extension de la prévalence de la tuberculose et qui sont difficilement valorisables.

- **Les établissements psychiatriques**, dont l'importance de l'emprise foncière et immobilière a longtemps fait partie du projet thérapeutique, mais qui sont aujourd'hui souvent surdimensionnés.

La volonté d'isoler les personnes atteintes de maladies mentales des autres usagers des hôpitaux a émergé au milieu du XIX^{ème} siècle. Les établissements psychiatriques actuels (centres hospitaliers spécialisés) datent donc souvent de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle comme le CHS du Vinatier, près de Lyon, construit en 1877. Bien souvent toutefois les conseils généraux se sont contentés d'installer les patients dans des bâtisses déjà existantes loin des centres de peuplement (CHS de Prémontré dans l'Aisne, implanté dans une ancienne abbaye en 1867).

Le système pavillonnaire a été adopté plus tôt pour la construction des CHS que pour celle des centres hospitaliers et n'a pas été remis en cause au XX^{ème} siècle. Ces établissements disposent donc en général de nombreux bâtiments, mais aussi d'emprises foncières importantes qui étaient partie intégrante du projet thérapeutique et des conditions de séjour de résidents appelés à y rester à vie. Jusqu'à un décret du 14 avril 2011 – destiné à faciliter l'implantation urbaine de cliniques privées autorisées en psychiatrie-, les articles D. 6124-463 et suivants du code de la santé publique (CSP) prévoyaient ainsi des ratios minimum de surfaces bâties et non bâties par usager dans les hôpitaux psychiatriques. Or les conditions d'exercice de la psychiatrie ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies. L'amélioration du traitement des maladies mentales, notamment avec l'utilisation des neuroleptiques et le développement des consultations ambulatoires ont profondément modifié les besoins immobiliers des établissements, alors que le mouvement dit « d'humanisation » entraînait une remise à niveau progressive des installations. Le parc français est passé de 130 000 lits en 1970 à 70 000 en 2000 et 57 000 en 2011.

Les établissements construits en périphérie des villes, aujourd'hui rattrapés par l'urbanisation, peuvent trouver assez facilement des opportunités de valorisation de leur patrimoine inutilisé. Ainsi, les HCL ont-ils construit leur nouvel hôpital femme-mère-enfant sur un terrain appartenant auparavant au CHS du Vinatier. Le centre hospitalier de Clermont de l'Oise, en Picardie, projette de procéder à une reconstruction sur le site du CHS situé dans la même commune afin de partager les infrastructures. Toutefois, nombre d'établissements psychiatriques sont situés en milieu rural isolé et ils forment un ensemble imbriqué, notamment du fait de leur mur d'enceinte et des installations techniques

(chaufferie, voiries...). Il est donc difficile d'isoler une partie de l'emprise pour des cessions lorsqu'il n'y a pas lieu d'installer d'autres activités médicales.

- **Les hôpitaux blocs construits après 1935**, en service mais dont les plus anciens commencent à poser de lourdes questions de maintenance et de réhabilitation.

Les années 1930 ont marqué une révolution dans l'architecture hospitalière, « *l'hôpital cessant d'être un monument pour devenir un outil* »¹⁰³. La construction hospitalière de l'après-guerre s'est orientée vers des immeubles de grande hauteur standardisés sous l'impulsion du pouvoir central. La première génération de bâtiments, construite après la réforme de 1958, permit la création de plus de 100 000 lits, par exemple Henri Mondor à Créteil (1969), le CHU de Nancy (1973) ou La Timone à Marseille (1974). Une deuxième vague d'hôpitaux monoblocs s'est imposée à partir du milieu des années 1960, de taille plus modeste, destinée aux centres hospitaliers de moins grande taille, autour de modèles conçus à l'initiative de la direction des hôpitaux, en particulier ceux de type « Beaune » (300 lits), « Duquesne » (250 à 400 lits) et « Fontenoy » (500 lits).

Ces établissements posent aujourd'hui des problèmes lourds de qualité. Ils n'ont fait l'objet que de peu de maintenance préventive depuis 40 ans, sont de moins en moins adaptés aux évolutions de l'exercice médical qui voit se développer la prise en charge ambulatoire et ne répondent plus aux normes actuelles de confort (pas de chambre à un lit) ou de sécurité, notamment en termes de désamiantage (CHU de Caen et Clermont-Ferrand) et de protection contre l'incendie. Des crédits ont été spécifiquement prévus pour ces opérations dans le cadre du plan hôpital 2012. Les « Beaune » par exemple, sont confrontés à des obligations de mise en sécurité dont les coûts sont lourds pour ces petits établissements (au CH de Beaune, la reconstruction est prévue pour 40 M€, au CH de Provins les travaux sont évalués à 6 M€).

103. Le premier hôpital en hauteur construit en France, l'hôpital Beaujon, Georges Beisson, revue de la société française d'histoire des hôpitaux, octobre 2010, p. 34.

ANNEXE 3

Liste des personnes rencontrées

1. Services administratifs nationaux

Secrétariat général des ministères sociaux

Nicolas Grivel, adjoint au secrétaire général en charge du pilotage des ARS

Gilles de Lacaussade, responsable de l'instance ARS – accompagnement régional

Olivier Obrecht, chargé de mission

DGOS

Annie Podeur, directrice générale

Yannick Le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

Emmanuel Luigi, adjoint au sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Elisa Yavchitz, chef du bureau Efficience des établissements de santé public et privé (PF1)

Ahmed El-Bahri, adjoint au chef du bureau PF1, pôle investissement et patrimoine

Pierre-Hugues Glardon, bureau PF1, pôle optimisation de la gestion

DGFLP

Benoit Sablayrolles, Chef du secteur "valorisation" - Bureau CL2A

Service des collectivités locales

Daniel Dubost, chef de service de France Domaine

Pierre Brun, responsable des pôles juridiques

Michel Thévenet, responsable du service France Domaine département du Rhône

Christian Thalamy, trésorier payeur général à l'AP-HP

Fédération hospitalière de France

Gérard Vincent, directeur général

Yves Gaubert, responsable du pôle finances et banque de données

ANAP

Christian Anastasy, directeur général

Christian Berehouc, directeur associé

Anabelle Billy, chargée de mission

MRAIL

Jacques Brucher, responsable de la mission

APIJ

Jean-Pierre Weiss, directeur général

2. Agences régionales de santé**ARS Alsace**

Pascal Mathis, directeur général adjoint

Pierre Boileau, responsable du pôle allocation des ressources

ARS Picardie

Fabrice Laurain, directeur délégué à l'efficiencia des établissements
sanitaires et médico-sociaux

ARS Bourgogne

Didier Jaffre, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie

Virginie Blanchard, responsable du département financement à la
direction de l'offre de soins et de l'autonomie

ARS PACA

Dominique Deroubaix, directeur général

Martine Riffard-Voilque, Directrice de la Direction Patients, offre de soins, autonomie

Sophie Douté, département qualité et performance

Sandrine Assayah, service appui à la performance

Vincent Unal, cellule suivi CHU, CLCC

Bernard Damiani

Jean-Marie Couetdic

ARS Rhône- Alpes

Yves Dary, responsable du pôle financement des hôpitaux

ARS Auvergne

François Dumuis, directeur général

Ivan Gillet, directeur général adjoint

ARS Ile-de-France

Andrée Barreteau, directrice de l'offre de soins et médico-sociale

Philippe Larivière, chargé du suivi des investissements immobiliers au titre des plans nationaux

Dorothée Henin, chargé du suivi financier des investissements immobiliers

ARS Nord-Pas-de-Calais - par téléphone

Pierre Boussemart, responsable du service appui à la performance

ARS Bretagne - par téléphone

Pierre Bertrand, directeur général adjoint

Olivier Paugam, ingénieur

3. Etablissements de santé

AP-HP

Raoul Briet, président du conseil de surveillance

Jean-Marie Le Guen, ancien président du conseil d'administration

Monique Ricomes, secrétaire générale

Philippe Sauvage, directeur économique et financier

Emmanuel Quissac, chef du service de la stratégie et de la politique financière

Didier Bourdon, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, sécurité

Didier Cazejust, directeur du patrimoine foncier, de la logistique et du logement

Denis Marchal, chef du département administration et valorisation du patrimoine

Françoise Combrisson, chef du département logements et activités locatives

Alain Burdet, directeur adjoint des ressources humaines

Cécile Castagno, DRH, département santé-social

Guylaine Demarais, DRH, chef du département des cadres dirigeants

Philippe Sudreau, directeur du groupe hospitalier Saint-Louis – Lariboisière – F Widal

Olivier Jones, chef du bureau de l'analyse et de la réglementation comptable

Delphine Barillet, bureau de l'analyse et de la réglementation comptable

Eliane Sujol-Chieze, directrice du siège

Nicole Boisseau, direction du siège

M. Dessalces, adjoint au chef du département administration et valorisation du patrimoine

M. Ramassamy, chef du service travaux-gérance,

Isabelle Fofol, responsable de la coordination et du suivi des travaux

Jean Parmentier, contrôleur financier

AP-HM

Jean-Paul Segade Directeur général

Jean-Michel Budet, directeur général adjoint

Sébastien Vial, directeur des travaux et des services techniques

Thomas Talec, directeur des finances

Nathalie Amsellen, direction des finances

Mme Catherine Schmitt, responsable de la valorisation du patrimoine

Mme Lucie Lieutaud, juriste, en charge des baux commerciaux

HCL

Daniel Moinard, directeur général

Julien Samson, directeur général adjoint

Jean-Louis Magnillat, directeur des affaires domaniales

Luc Fabres, directeur-adjoint des affaires domaniales

Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Patrick Guillot, directeur général

Jean-François Lanot, directeur général adjoint

Eric Heller, responsable du pôle de gestion des sites

Beata Mottier, responsable DNA

Dominique Schaff, direction des infrastructures et travaux

Vincent Rebstock, adjoint à la direction des infrastructures et travaux

Bertrand Maury, attaché à la direction du budget

Florent Chambaz, responsable du pôle de gestion des finances, du système de soins et de la qualité

Gérard Stark, responsable budget et contrôle de gestion

CHU Amiens

Etienne Duval, directeur général adjoint

Cécile Chevance, responsable du pôle finances et performance

Antoine Quemerais, attaché au pôle finances et performance

Véronique Tiercelin, attachée d'administration au pôle finances et performances

Bernard Claeys, ingénieur général construction du nouveau CHU

Thierry Veleine, coordonnateur, pôle investissements et logistique

CHU Clermont-Ferrand

Alain Meunier, directeur général

Guy Mathiaux, directeur des finances, de la contractualisation et du système d'information

Guy Blanzat, directeur des services techniques

Christine Rougier, directrice des sites de l'Hôtel-Dieu et du CHU Estaing

CHU de Saint-Etienne - par téléphone

Maxime Vert, attaché d'administration à la direction des finances

CHU de Dijon

Barthélémy Mayol, directeur général adjoint

Hervé Charbit, directeur des affaires financières et de la clientèle

CHR de Metz-Thionville

Véronique Anatole-Touzet, directrice générale

Dominique Peljak, directeur général adjoint

François Gasparina, directeur des finances

Gilles Gollet, directeur des travaux, du biomédical, de la maintenance, de l'environnement et de la sécurité

Hôpital local de Nuits Saint Georges

Frédéric Pluchot, directeur délégué

Marie-Christine Bottou, responsable des services administratifs

Natacha Niquet, adjoint administratif

Hospices de Beaune

Antoine Jacquet, directeur

Bernadette Aune, directrice adjointe en charge des questions financières

Centre hospitalier Centre Bretagne (Pontivy)

Jean-Pierre Dupont, directeur général

Jérôme Meunier, directeur des finances de la clientèle et de la contractualisation

René Anes, ancien directeur adjoint (à la retraite)

Centre hospitalier Bretagne Sud (Lorient) – par téléphone

Pierre-Yves Le Grogneq, directeur adjoint

Centre hospitalier Côte de Lumière Les Sables d'Olonne - par téléphone

Didier Jegu, directeur général

Georges Guillard, directeur des activités financières et du système d'information

Centre hospitalier intercommunal de Toulon – La Seyne-sur-Mer – par téléphone

Michel Perrot, directeur général

Centre hospitalier du Sud Francilien – par téléphone

Georges Ouvrier, directeur des achats et de la logistique

CHS de Rouffach

Jacques Defer, directeur des finances

Centre hospitalier Léon Binet à Provins – par téléphone

Maxime Morin, directeur général

Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts

Eliane Chemla, présidente du Conseil d'administration

Jean-François Segovia, directeur général

Marie Dunyack

Romain Duvernois

Rolande Mbow

Jérôme Foulquier

Marie-Thérèse Falais

Centre hospitalier de Grasse – par téléphone

Philippe Limouzy, directeur général

Centre hospitalier de Draguignan – par téléphone

Jean Christophe Rousseau, directeur

UGECAM

Direction nationale

Vaez Ollivera, directeur général

UGECAM Alsace

Gaëtan Madoz, directeur général

Sylviane Fargeon, directrice adjointe

Roger Muller, responsable du pôle logistique

Delphine Genatio, responsable audit contrôle de gestion

Daniel Rebmann, agent comptable

4. Personnalités qualifiées

Edouard Couty, conseiller maître, ancien directeur des hôpitaux et ancien DG du CHU de Strasbourg

Guy Bernfeld, directeur général de crédit agricole immobilier

Alain Donnadiou, président, Icade Conseil

Florence Semelin, directrice, Icade Conseil

Guy Vallet, IGAS ancien directeur de l'AP-HM

Paul Castels, IGAS, ancien directeur des HCL et du CHU de Strasbourg

Pierre-Louis Laget, service du patrimoine culturel, Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais

Jacques Poisat, professeur à l'université de Saint-Etienne

Aurore Legay-Juy, responsable des affaires juridiques à la cité internationale universitaire de Paris

ANNEXE 3**Glossaire**

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APIJ	Agence publique pour l'immobilier de la justice
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BEA	Bail emphytéotique administratif
BEH	Bail emphytéotique hospitalier
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHNO	Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJF	Code des juridictions financières
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRC	Chambre régionale des comptes
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DNA	Dotation non affectée
DRAC	Direction régionale des affaires culturelles
DSS	Direction de la sécurité sociale
EFS	Etablissement français du sang

EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
EPF	Etablissement public foncier
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
HCL	Hospices civils de Lyon
HL	Hôpital local
HPST (loi)	Hôpital, patients, santé et territoires
HUS	Hôpitaux universitaires de Strasbourg
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MAINH	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MOP	Loi MOP : loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage public
MRAI	Mission pour la réalisation des actifs immobiliers
ONF	Office national des forêts
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLI	Prêt locatif intermédiaire
PLS	Prêt location social
PLU	Plan local d'urbanisme
PLUS	Prêt locatif à usage social
POS	Plan d'occupation des sols
RALFSS	Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale
RGPP	Révision générale des politiques publiques
ROD	Relevé d'observations définitives
SAFER	Société d'aménagement foncier et d'établissement rural
SOVAFIM	Société de valorisation foncière et immobilière
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
VNC	Valeur nette comptable