

Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins

PRESENTATION

Le patrimoine immobilier des établissements publics de santé est d'une importance comparable à celui de l'Etat⁴⁵⁹. Essentiellement utilisé pour des missions hospitalières, il comporte également des biens non affectés aux soins.

C'est à ce patrimoine que la Cour s'est intéressée. Il comprend deux catégories d'actifs :

- les biens du patrimoine privé, dits « de la dotation non affectée⁴⁶⁰ (DNA) », historiquement liés à la fonction d'accueil des indigents, souvent entrés depuis très longtemps en possession des établissements grâce à des dons et des legs et de nature très diverse : forêts, terres, vignes, immeubles d'habitation, biens atypiques comme des châteaux, des théâtres ou des hôtels ;

- les anciens bâtiments hospitaliers désaffectés, à une époque plus ou moins récente, notamment dernièrement à la suite de constructions nouvelles dans le cadre de la modernisation immobilière de grande ampleur résultant du plan Hôpital 2007, puis du plan Hôpital 2012 qui lui a succédé.

Les hôpitaux dotés d'un patrimoine privé significatif sont relativement peu nombreux et concentrés dans quelques régions (Ile-de-France, Bourgogne, Rhône-Alpes, et, dans une moindre mesure, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

En revanche, les problématiques de reconversion du patrimoine qui n'est plus utilisé pour les soins concernent de très nombreux établissements sur l'ensemble du territoire.

Dans le contexte dégradé des finances hospitalières, alors que le déficit cumulé des hôpitaux a atteint près de 500 M€ et que leur endettement a dépassé 24 Md€ en 2010, l'optimisation de la gestion de ce patrimoine est indispensable, même si ce qui peut en être attendu est

⁴⁵⁹ L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP), établissement public créé en 2009, qui a notamment pour mission l'accompagnement des hôpitaux pour améliorer leur gestion immobilière, l'estime à 60 millions de m².

⁴⁶⁰ Du nom du budget annexe au budget général de l'hôpital qui en rend compte.

globalement sans commune mesure avec l'importance des ressources apportées aux établissements par l'assurance maladie.

Les établissements doivent en particulier conduire une politique active de valorisation de ces biens afin de se procurer des recettes nouvelles (par cessions ou amélioration du rendement locatif) ou d'éviter de supporter les charges d'entretien de bâtiments dont ils n'ont plus besoin.

La Cour⁴⁶¹ a cherché à identifier les opportunités, mais aussi les contraintes pour la mise en œuvre d'une stratégie plus résolue de valorisation du patrimoine hospitalier privé.

Elle a analysé les différents enjeux, à certains égards contradictoires (I), puis a examiné les difficultés juridiques et techniques auxquelles sont confrontés à cet égard les établissements (II).

Elle conclut à la nécessité d'un pilotage national et régional plus fort pour permettre d'accélérer et d'amplifier les initiatives en ce domaine (III).

I - Des enjeux multiples

La gestion et le devenir du patrimoine des hôpitaux non affecté aux soins ne revêtent pas seulement une dimension financière sous le double aspect des résultats d'exploitation qu'il dégage et du potentiel de cession qu'il peut représenter.

Son enjeu est également social, quand certains établissements utilisent les biens du domaine privé pour développer une politique de logement en faveur de leurs personnels afin de les attirer et de les fidéliser.

Plus largement, la reconversion des anciennes emprises hospitalières, parfois de grande ampleur et d'un intérêt historique et architectural marqué, intéresse nombre d'acteurs au premier rang desquels les communes, qui sont sensibles aux opportunités d'aménagement urbain qu'elle peut permettre.

⁴⁶¹ L'enquête de la Cour a répondu à une demande de la commission des finances du Sénat.

A - Un enjeu financier mal connu

1 - Des résultats d'exploitation relativement modestes

Seule la moitié des établissements publics de santé (476 sur 955) disposent d'un budget annexe au titre d'une dotation non affectée - dont la plupart des CHU-, comme le montre le tableau suivant.

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 : direction générale des finances publiques – comptes 2010

En l'absence de règles claires sur la répartition entre le budget général et le budget annexe des établissements - les charges sur les logements de fonction, les loyers versés par les associations, les produits de cessions sont, par exemple, parfois imputés dans le budget principal de l'établissement -, les comptes de la DNA sont d'une fiabilité limitée. Ils fournissent néanmoins des ordres de grandeur, relativement modestes.

Selon les données fournies à la demande de la Cour par la direction générale des finances publiques, les résultats de la DNA se sont établis en moyenne à 83 M€ par an sur la période 2002-2010, dont 25 M€ de résultat d'exploitation (gestion courante) et 57 M€ de produits nets de cessions.

Trois établissements totalisent 60 % des recettes d'exploitation (hors cessions) de la DNA en 2009 : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (28 M€⁴⁶²), les Hospices civils de Lyon (16,5 M€) et les Hospices de Beaune (10,2 M€).

⁴⁶² Dont 2,3 M€ de redevances pour brevets ou licences hors du champ de l'enquête.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Strasbourg, Lille, Marseille, Clermont-Ferrand et le centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts à Paris (notamment propriétaire du théâtre parisien des Folies Bergère) sont ensuite les seuls à bénéficier de produits d'exploitation supérieurs à 1 M€.

A l'inverse, une quarantaine d'établissements présentent en 2009 un résultat de DNA déficitaire (pour un montant total un peu supérieur à 1 M€).

Les produits de cessions restent en général d'un montant limité et ne résultent pas d'une politique déterminée de valorisation. Ils intègrent cependant, au-delà de la vente de biens « de la DNA », celles d'anciens sites hospitaliers désaffectés, qui peuvent procurer des ressources parfois élevées. Ainsi, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, ces produits ont permis d'autofinancer très largement la construction de l'hôpital européen Georges Pompidou, comme le retrace dans le tableau ci-dessous. Cette situation est toutefois spécifique au marché parisien.

Le financement de l'hôpital européen Georges Pompidou

Site hospitalier	Description du projet	Montant total des cessions
<i>Laënnec</i>	Vente à un investisseur privé (construction de logements, résidence étudiante, EHPAD, commerces et bureau).	81,7 M€
<i>Boucicaut</i>	Cession à la Ville de Paris (création d'une école), et à la société d'économie mixte Rive Gauche (SEM de la Ville de Paris) après un portage transitoire par la Caisse des dépôts et des consignations (création de logements sociaux, d'appartements thérapeutiques, d'équipements publics de proximité, etc.).	65,5 M€
<i>Broussais</i>	Vente en lots, pour l'essentiel à la Croix Rouge (transfert du siège social) et à la Ville de Paris (construction d'un EHPAD, logements). Processus de vente non achevée.	80 M€ dont 41 M€ à finaliser avec la Ville de Paris
Total produits de cessions		227,4 M€ dont 186 M€ encaissés
Investissement pour l'hôpital européen Georges Pompidou		285 M€

Source : Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

2 - Des valeurs de marché rarement évaluées

Aucune estimation globale de la valeur actualisée du patrimoine privé des hôpitaux n'est disponible, aucun recensement national n'existant même au demeurant.

Le montant total est inscrit au bilan des hôpitaux pour sa valeur historique de 453 M€⁴⁶³, mais il ne peut rendre compte de la valeur de marché potentielle des biens concernés. Celle-ci dépend de multiples facteurs liés à l'état du bien mis en vente, à sa destination et au marché immobilier local.

D'une manière générale, cependant, ces valeurs de bilan de biens entrés en possession des hôpitaux, parfois au Moyen-Age, apparaissent considérablement sous-estimées. 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€. Leur valeur nette comptable ne représentait que 4 % de ce montant.

Seuls quelques établissements ont entrepris un recensement physique détaillé de leur patrimoine privé et fait réaliser son estimation financière.

Le patrimoine privé de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a ainsi été évalué à 115 M€⁴⁶⁴ et celui des Hospices civils de Lyon (HCL) à 620 M€⁴⁶⁵.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui dispose du patrimoine le plus important quantitativement, mais dont le recensement détaillé a débuté plus tardivement, n'en connaît pas, en revanche, le potentiel de cession.

⁴⁶³ Donnée direction générale des finances publiques 2010.

⁴⁶⁴ Valeur 2003 hors sites hospitaliers désaffectés.

⁴⁶⁵ Valeur 2009 (y compris les sites hospitaliers désaffectés ou à désaffecter), correspondant notamment à 132 immeubles en pleine propriété, 109 lots de copropriété, 68 ha de terrains urbains dont 55 ha à Lyon et 565 baux de longue durée de terrains d'assise à des copropriétés immobilières.

Patrimoine privé de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Type de biens	Description	Nombre ou surface
Terres agricoles et bois (répartis dans 19 départements)	Terrains agricoles	588 ha
	Bois	91 ha
Logements	Répartis dans 8 départements (Ile-de-France + départements du Pas-de-Calais et des Pyrénées Atlantiques) Répartis dans 1 188 lots de copropriétés et 75 immeubles	2 764
Locaux commerciaux		173
Autres biens immobiliers	Crèches et établissements scolaires	19
	Châteaux	3
	Hôtels	2
	Autres	22

Source : Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Les valeurs vénales estimées peuvent, toutefois, être éloignées de la valeur de cession finale, tantôt moindres tantôt supérieures. Ainsi, en 2010, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille a-t-elle vendu 13 M€ un terrain préalablement estimé 1 M€. Au contraire, une partie des terrains urbains des Hospices civils de Lyon 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.

S'agissant d'hôpitaux désaffectés, la valeur nette comptable peut parfois être supérieure au prix de vente si le bien a été rénové récemment⁴⁶⁶, s'il est soumis à des contraintes architecturales ou nécessite des coûts de transformation importants ou encore s'il est situé en zone rurale où la valeur vénale du foncier est faible.

Si elles peuvent ainsi, pour quelques établissements richement dotés, constituer un apport financier parfois très appréciable, les recettes à attendre d'une meilleure gestion et d'une valorisation plus active de ce patrimoine apparaissent, en tout état de cause, globalement sans commune mesure avec l'importance des ressources allouées par l'assurance maladie au système hospitalier public, d'un montant prévisionnel, en 2011, de l'ordre de 55 Md€.

⁴⁶⁶ Compte tenu de la durée d'amortissement très longue parfois retenue - jusqu'à 80 ans -, il peut arriver que des établissements désaffectés figurent au bilan pour un montant très supérieur au produit de cession qui peut en être espéré.

B - Une utilisation parfois contestable pour le logement des personnels

Le patrimoine privé a permis, par son importance, le développement d'une politique de logement en faveur du personnel au titre des fonctions occupées ou sur critères socio-professionnels.

Limitée dans la plupart des établissements à quelques appartements, cette utilisation apparaît particulièrement développée dans les plus grands centres hospitalo-universitaires. Mal maîtrisée, cette politique appelle des remises en ordre profondes.

Le parc de logements dans le domaine privé des trois plus grands CHU

	AP-HP	HCL	AP-HM
Nombre de logements (hors immeubles sous bail emphytéotique)	2 764	1 128	425

Source : Cour des comptes à partir des données des établissements cités (Assistance publique-Hôpitaux de Paris document du conseil de surveillance de juin 2011 – Hospices civils de Lyon recensement actualisé fin 2011 – Assistance publique-Hôpitaux de Paris recensement de 2003)

1 - La dérive des logements de fonction

Les logements de fonctions, en nombre très variable selon les établissements (1 142 à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 94 aux Hospices civils de Lyon, 87 à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, 25 aux CHU d'Amiens et de Clermont-Ferrand), peuvent être attribués pour nécessité absolue de service ou pour utilité de service⁴⁶⁷.

Leurs modalités d'attribution n'ont été précisées, s'agissant des catégories d'agents éligibles et des conditions financières, que par un décret du 8 janvier 2010 et deux arrêtés d'application du même jour, pris, 24 ans plus tard, en application de l'article 77 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁴⁶⁷ La liste des catégories de personnes bénéficiant d'une concession de logement par nécessité absolue de service est fixée réglementairement et comprend en particulier les directeurs d'hôpitaux ; celles des bénéficiaires de logement par utilité de service est définie par les directeurs d'établissement.

Ces textes ont consolidé une conception très extensive des logements de fonction dans le secteur hospitalier.

Le logement de fonction pour nécessité absolue de service est, en effet, en principe, la contrepartie d'une contrainte exorbitante de droit commun pesant sur un agent public, en l'espèce une présence pouvant être considérée comme obligatoirement constante sur le lieu de travail⁴⁶⁸.

Or le décret du 8 janvier 2010 ne précise pas le nombre minimal de jours de garde requis pour les personnels de direction de la fonction publique hospitalière⁴⁶⁹ et n'impose pas que le logement ainsi attribué soit situé dans l'enceinte de l'hôpital où ces derniers ont été nommés. Il entérine ainsi le fait que le lien entre attribution d'un logement de fonction par nécessité absolue de service et la continuité du service public s'est largement distendu : 80 % des directeurs d'hôpital de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et des Hospices civils de Lyon sont logés en dehors des sites hospitaliers et 50 % à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

L'attribution aux agents non logés d'une indemnité compensatrice mensuelle, d'un montant brut à Paris de 1 828€ par mois, en témoigne également.

S'agissant des logements attribués pour utilité de service, les dispositions du décret du 8 janvier 2010 ont obligé certains établissements (l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et les Hospices civils de Lyon essentiellement, mais également, dans des proportions moindres, nombre de petits hôpitaux) à faire évoluer leurs pratiques : les agents ainsi logés devront désormais verser un loyer⁴⁷⁰. Celui-ci sera cependant fixé par l'assemblée délibérante de l'établissement⁴⁷¹, et non pas déterminé par les services de la direction générale des finances publiques, comme pour les opérateurs de l'Etat, bien que, depuis la loi Hôpital, santé, patients, territoire du 21 juillet 2009, les établissements publics de santé soient devenus des établissements publics de l'Etat.

Alors même que l'objectif dans la fonction publique d'Etat est de supprimer progressivement les logements attribués pour utilité de

⁴⁶⁸ Conseil d'Etat, Ass, 2 décembre 1994, n° 147 962, Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais.

⁴⁶⁹ 3 379 agents au 31 décembre 2010.

⁴⁷⁰ Le délai accordé aux établissements pour se mettre en conformité avec ces nouvelles dispositions a été rallongé d'un an (11 janvier 2013) par le décret n° 2011-2031 du 29 décembre 2011.

⁴⁷¹ Soit sous forme de forfait en fonction du niveau de rémunération, soit d'après la valeur locative servant de base à la taxe d'habitation, ou, le cas échéant, d'après la valeur locative réelle.

service, la fonction publique hospitalière conforte ainsi ce type d'attribution.

Si les particularités du fonctionnement hospitalier peuvent expliquer cette singularité, encore convient-il que les règles en soient plus rigoureusement précisées, qu'il s'agisse des fonctions pouvant être concernées ou des conditions financières de mise à disposition d'un logement.

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 et les dérives potentielles d'un tel système d'avantages en nature doivent conduire à remettre en cause un dispositif devenu un simple avantage de rémunération et non plus l'outil indispensable à la réalisation d'une mission de service public.

Il est impératif, à tout le moins, de réserver les logements attribués pour nécessité absolue de service aux seuls directeurs de sites hospitaliers et non à l'ensemble de leurs collaborateurs, aux responsables de services fonctionnels ou aux cadres mis à disposition d'autres administrations, et de les situer obligatoirement au sein de l'établissement de santé.

2 - L'attribution de logements sur critères socio-professionnels

Pour répondre à des contraintes de recrutement du personnel dans un contexte de marché immobilier onéreux, quelques établissements logent une partie de leurs agents sur critères sociaux dans leur parc privé. Les hôpitaux peuvent aussi signer des conventions avec des organismes HLM (parfois à titre gratuit, comme les Hôpitaux universitaires de Strasbourg).

Les Hospices civils de Lyon disposent d'un parc privé important de près de 1 500 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 marché⁴⁷², les modalités d'attribution des 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 Hospices civils de Lyon et 19 % sont vacants, essentiellement pour travaux ou projets de cessions.

⁴⁷² En application d'une délibération du conseil d'administration des Hospices civils de Lyon du 16 décembre 1988, cet abattement vaut non seulement pour le personnel en activité, mais également pour le personnel retraité et le conjoint survivant.

Toutefois, la problématique des logements des personnels est essentiellement parisienne.

Le centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts possède un peu plus de 150 logements à la fois dans son domaine privé et sous forme de bail emphytéotique avec un bailleur social. Il 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.

C'est cependant surtout l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui déploie, avec une particulière ampleur, une telle politique. Cet établissement dispose de plus de 11 000 logements⁴⁷³. Son patrimoine, constitué pour une faible part de logements situés à l'intérieur des sites hospitaliers, comprend surtout un important parc privé et un nombre plus élevé encore de logements réservés chez différents bailleurs sociaux au moyen de droits de réservation et de baux emphytéotiques qu'elle a pu consentir sur des terrains lui appartenant.

Le parc de logements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en 2010⁴⁷⁴ (nombre de logements)

Domaine public	1 251
Domaine privé	2 764
Bail emphytéotique (auprès de bailleurs sociaux)	4 118
Droit de réservation (auprès de bailleurs sociaux)	2 455
Logements dans des cités du personnel	386
Foyers infirmiers (chambres)	454
Total	11 428

Source : Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

L'importance de ce parc permet à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris d'en utiliser une partie pour attirer les professionnels de santé dont le recrutement connaît des tensions récurrentes, en particulier les infirmières, mais également d'autres personnels paramédicaux comme les manipulateurs radio ou les masseurs kinésithérapeutes. Au 1^{er} semestre 2011, 23 % des nouvelles attributions ont ainsi été effectuées

⁴⁷³ Les effectifs de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'établissent à environ 90 000 agents.

⁴⁷⁴ Seuls les logements de la « DNA » (domaine privé) et ceux réservés chez des bailleurs sociaux en contrepartie de la conclusion de baux emphytéotiques ou d'achat de droits de réservation relèvent du patrimoine privé de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

au bénéfice de ces catégories pour lesquels l'AP-HP a besoin de renforcer son attractivité. L'établissement cherche plus largement, en remédiant à la cherté des loyers dans la région parisienne⁴⁷⁵, à faciliter le logement de ses personnels à proximité des établissements où ils travaillent.

Cette politique n'est pas en soi anormale, dès lors qu'elle permet effectivement de répondre à des problématiques de ressources humaines qui ne peuvent être résolues par ailleurs compte tenu des règles de rémunération dans la fonction publique. Toutefois, elle doit être clairement définie, lisible dans ses objectifs et rigoureuse dans ses critères. Il importe aussi qu'elle soit évaluée dans la charge qu'elle représente comme dans ses résultats.

En l'espèce, son coût global n'est pas connu. Pour l'estimer, il conviendrait d'analyser non seulement les dépenses 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 réservation⁴⁷⁶, les subventions directes à des constructeurs sociaux ainsi que l'apport représenté par les baux emphytéotiques consentis à conditions avantageuses, ou encore le montant des travaux à réaliser à l'expiration de ces baux lorsque les bailleurs n'ont pas entretenu le patrimoine.

Il n'est pas certain, par ailleurs, que cette politique remplisse le volet social de son objectif.

Ainsi, les coûts des projets immobiliers sont tels, non seulement à Paris et en petite couronne, mais également dans 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.

En outre, un tiers des personnes ainsi logées dans ce parc ne sont pas, ou ne sont plus, des agents de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : 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, soit un total de 2 846 personnes. Un tel constat ne peut que conduire à s'interroger sur la pertinence de la politique mise en œuvre.

⁴⁷⁵ Les loyers du parc privé de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris sont de 40 à 50 % inférieurs aux loyers libres hors charges.

⁴⁷⁶ Montant moyen par logement de 60 000 € à 100 000 € à Paris, 45 000 € en grande banlieue.

C - Des intérêts complexes à concilier

Le patrimoine hospitalier est indissociable de l'histoire : histoire de la médecine, histoire architecturale, histoire des communes et de leurs administrés.

Dans ce contexte, les opérations de reconversion ont une importance symbolique forte et se révèlent d'une grande complexité.

1 - Les limites du réemploi pour d'autres activités sanitaires et sociales

La libération d'emprises foncières de taille souvent importante a d'abord représenté une opportunité pour la réorganisation de l'offre sanitaire et sociale sur un territoire donné.

Les anciens bâtiments hospitaliers ont fréquemment été réutilisés pour accueillir des institutions sanitaires spécialisées (soins de suite, psychiatrie, etc.), médico-sociales (pour personnes âgées ou handicapées) ou sociales (centres d'accueil pour enfants désocialisés ou personnes fragilisées), avec le double avantage d'une continuité de vocation et du maintien de l'emploi local.

Ce mouvement a atteint ses limites.

En effet, la plupart de ces activités nécessitent désormais des locaux adaptés à leurs besoins spécifiques, notamment pour l'accueil des personnes âgées. Or les normes d'accessibilité et de prise en charge sont souvent incompatibles avec l'architecture de bâtiments anciens. De même, la proximité des plateaux techniques des grands centres hospitaliers, désormais reconnue comme éminemment souhaitable, rend difficile une implantation en zone rurale ou montagneuse éloignée de ces derniers.

Dans ce contexte, l'erreur qui a consisté naguère à ajuster l'activité de substitution aux contraintes des bâtiments disponibles, au détriment de l'efficacité de la prise en charge et de l'efficience de la gestion, ne doit pas être réitérée.

Ce sont désormais les exigences propres de l'activité susceptible d'y être réimplantée ou créée qui doivent déterminer, sous le contrôle des agences régionales de santé (ARS), 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.

2 - Le rôle clé des collectivités territoriales

La désaffectation de bâtiments hospitaliers au cœur des villes, sur des emprises souvent très vastes, constitue un enjeu majeur de réaménagement urbain pour les collectivités locales.

Ces collectivités entendent ainsi maîtriser la nature et le calendrier des opérations de reconversion en fonction de leurs besoins et jouent, à cet égard, de leur capacité à influencer sur les projets de valorisation du patrimoine des hôpitaux. Les communes ou leurs communautés détiennent, en effet, les compétences en matière d'urbanisme (compétence d'élaboration des plans locaux d'urbanisme, d'octroi des permis de construire) et peuvent exercer leur droit de préemption.

A Paris, par exemple, les emprises hospitalières font partie des zones réservées pour l'implantation de grands services urbains qui ont pour objet de rassembler les équipements et services publics nécessaires au fonctionnement de la ville. La concrétisation d'éventuelles opérations de cession pour d'autres utilisations nécessite donc que le plan local d'urbanisme soit modifié ou révisé.

Or les intérêts de l'hôpital et de la collectivité ne sont pas toujours convergents, même si le maire, qui ne l'est plus de droit, est encore aujourd'hui président du conseil de surveillance dans la plupart des établissements publics de santé.

Pour sa part, le directeur de l'établissement cherche à maximiser le produit des cessions, alors que la collectivité peut souhaiter le minimiser, soit parce qu'elle se porte acquéreur, soit parce qu'elle souhaite qu'y soient construits des logements sociaux ou des équipements collectifs ou qu'y soient réalisés 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 de grandes métropoles, pour des projets majeurs sur les plans financier et urbanistique (l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris, le site de La Grave à Toulouse), mais aussi, fréquemment, des établissements de plus petite taille ou en zone rurale (ainsi le sanatorium désaffecté depuis 1996 de Pierrefeu-du-Var dépendant du centre hospitalier de Toulon).

Les différents exemples de projets de valorisation de sites hospitaliers désaffectés étudiés par la Cour montrent que la qualité des échanges avec les collectivités et l'anticipation des difficultés pouvant se poser est déterminante pour leur réussite.

Dans cette perspective, les nouveaux positionnements respectifs du maire et du directeur après la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (HPST), conjugués à l'accroissement des contraintes financières des hôpitaux, devraient faire évoluer la nature du dialogue des établissements hospitaliers avec les communes, dans le sens d'un meilleur équilibre, pour trouver un compromis protégeant au mieux l'intérêt général.

II - La valorisation du patrimoine : un défi difficile pour les établissements

Les établissements qui disposaient d'une dotation non affectée ont eu tendance à profiter de cette rente, fruit de l'histoire, sans se préoccuper, en règle générale, de son optimisation. Toutefois, leurs difficultés financières croissantes les amènent dorénavant à chercher à mettre en place une politique de valorisation plus affirmée.

A - Une prise de conscience récente et inégale

1 - Une gestion traditionnellement passive du patrimoine privé

Pendant longtemps les biens du domaine privé, au demeurant souvent mal entretenus, ont été mis en location dans des conditions peu avantageuses et les sites désaffectés abandonnés, totalement ou partiellement, utilisés pour accueillir des activités supports (telles les blanchisseries, services administratifs ou ateliers) pour lesquelles ils sont inadaptés ou encore laissés gratuitement à disposition de partenaires externes, d'une grande diversité (organismes de recherche, associations, etc.).

Le souhait de ne pas se défaire de ce patrimoine faisait traditionnellement partie de la culture hospitalière au nom du « bien sacré des pauvres »⁴⁷⁷.

Dans de nombreux établissements, le patrimoine privé est encore aujourd'hui mal connu, à la fois en termes physique et financier, géré sans objectif d'optimisation des recettes et sans perspective globale d'amélioration de sa contribution à la réalisation des projets portés par ailleurs. Son rendement réel n'est pas apprécié de manière rigoureuse.

⁴⁷⁷ Selon l'ouvrage « Vignobles et hôpitaux de France » publié en 1998 par la Société française d'histoire des hôpitaux.

Les responsables hospitaliers raisonnent en effet 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 question des vignobles est particulièrement emblématique de cet état d'esprit.

Si la plupart des hôpitaux ont cédé avec le temps leurs domaines viticoles⁴⁷⁸, notamment les Hôpitaux universitaires de Strasbourg et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux en 2006, certains subsistent, avec des résultats très inégaux.

Le CHU de Dijon, propriétaire de 23 ha de vignes, en retire 90 000 € de recettes par an, l'ensemble étant mis en fermage et requérant donc peu d'investissement.

Les vignobles des Hospices de Nuits Saint-Georges, dans la même région mais avec des appellations plus prestigieuses, ont rapporté 1,3 M€ de recettes en 2010 pour 12,5 ha de vignes, mais leur exploitation en direct oblige toutefois l'établissement à maintenir des installations et du personnel dédiés et le résultat de la DNA n'a été que de 0,45 M€.

Les Hospices de Beaune ont, pour leur part, fait le choix de professionnaliser cette activité : ils bénéficient d'un domaine viticole important (70 ha) et d'une forte notoriété qui procurent des recettes de l'ordre de 7 M€ par an.

⁴⁷⁸ 19 établissements possédaient cependant encore en 1998 des domaines viticoles, selon l'ouvrage « Vignobles et hôpitaux de France » précité.

La gestion du domaine viticole des Hospices de Beaune : un cas atypique

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 d'une vente aux enchères annuelle.

C'est une activité en soi pour l'hôpital qui emploie à ce titre 22 vigneron à temps plein et investit régulièrement dans des infrastructures nécessaires à l'activité viticole. La vente des vins s'est professionnalisée au cours des années 2000, avec notamment le choix d'un commissaire priseur par appel d'offres.

Les Hospices de Beaune se démarquent par l'importance des bénéfices dégagés par leur DNA (2 M€ en 2010 ; 3,3 M€ en 2009 dont l'essentiel tient à l'activité viticole, le reste résultant de l'exploitation du Musée de l'Hôtel Dieu et d'autres éléments du patrimoine comme des forêts et des immeubles d'habitation) par rapport à leur budget hospitalier consolidé (67 M€).

L'exploitation de ce patrimoine permet aux Hospices de Beaune, non seulement d'en assurer la conservation, mais également d'en tirer des revenus à même de financer, sans s'endetter, une partie des investissements nécessaires à la modernisation des structures hospitalières et à l'accueil des patients (31 M€ de disponibilités figuraient au bilan au 31 décembre 2010).

2 - Une attention encore inégalement développée

Si, depuis quelques années, les directions hospitalières s'intéressent davantage à mobiliser l'ensemble des ressources susceptibles de financer les dépenses d'investissement et de participer au désendettement de leurs établissements, cette démarche est encore inégalement avancée comme en témoigne l'analyse des actions conduites par les trois principaux le centre hospitalier universitaire (CHU).

a) Les Hospices civils de Lyon

Les Hospices civils de Lyon, confrontés à un déficit hors DNA de 94 M€ en 2008, mettent en œuvre un plan de retour à l'équilibre dont font partie intégrante les gains réalisés par une politique immobilière active.

Dans le cadre d'un schéma directeur immobilier, une politique de cession de grande ampleur a été engagée, couplée à des objectifs d'optimisation de la gestion : augmentation des loyers, réduction des taux de vacance, examen de la situation des logements soumis à la loi de 1948, normalisation progressive de la situation des locaux mis à disposition de manière gratuite ou préférentielle.

Un inventaire précis et chiffré du patrimoine privé a été réalisé et des critères d'arbitrage ont été définis pour la cession ou la conservation des immeubles d'habitation. La politique de valorisation concerne également les biens hospitaliers désaffectés comme l'Hôtel Dieu.

La reconversion de l'Hôtel-Dieu à Lyon

L'Hôtel-Dieu de Lyon est un bâtiment hospitalier datant du XVIIème siècle qui, après transfert de toutes ses activités médicales dans des structures plus modernes, a fermé en décembre 2010.

Sa reconversion a fait l'objet d'études et de discussions depuis plusieurs années au sein d'un comité de pilotage associant le directeur général des Hospices civils de Lyon, le maire et président du Grand Lyon et le président de la commission médicale d'établissement. Un compromis de bail à construction pour 94 ans a été signé en février 2011 avec un acquéreur qui doit reconvertir le site hospitalier en un complexe accueillant un hôtel de luxe, des bureaux, des commerces, un centre de conférence et un musée de médecine.

Le faible rendement financier de l'opération pour les Hospices civils de Lyon (90 M€ capitalisés sur toute la période de 94 ans) est expliqué par l'importance du coût de reconversion qui pèse sur le repreneur du fait notamment des contraintes architecturales liées au classement des bâtiments au titre des monuments historiques.

Les résultats de la DNA des Hospices civils de Lyon sont passés de 10 M€ en moyenne par an entre 2004 et 2006 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. L'intégralité des recettes dégagées par la DNA est affectée au financement des investissements de l'hôpital.

b) L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

L'inventaire réalisé en 2003 par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a permis de détailler l'étendue du patrimoine, son état

d'occupation, son état d'entretien et la valeur vénale et locative des biens.

La stratégie immobilière définie en 2008 est prioritairement axée sur les cessions dont les produits se sont élevés à 15 M€ en 2010 et devraient atteindre 20 M€ en 2011, l'établissement prévoyant 92 M€ de recettes entre 2009 et 2014.

Cette 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 privé.

La valorisation du patrimoine désaffecté est 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, pour partie, l'objet de projets de reconversion pour des activités médicales ou médico-sociales. Ces projets, portés notamment par des médecins, ont été conduits sans concertation préalable avec l'agence régionale de santé et n'ont pas encore démontré leur pertinence en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins et de viabilité financière.

c) L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris n'a pas eu jusqu'à présent de stratégie explicite de valorisation de son patrimoine privé alors même que les enjeux financiers étaient importants et que sa situation financière nécessite de mobiliser toutes les recettes annexes envisageables⁴⁷⁹.

Les plans stratégiques 2001-2004 et 2005-2009 n'ont pas tracé d'orientations d'ensemble. Seul était inscrit dans le premier plan un objectif d'augmentation du nombre de logements pour le personnel, mais sans qu'en soient précisées les modalités de mise en œuvre.

Pour autant, de nombreuses cessions sont intervenues ces dix dernières années, pour un montant total de 343 M€, l'essentiel (254 M€)

⁴⁷⁹ L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a affiché en 2010 un déficit de 70 M€ et une dette de plus de 2 Md€ pour un budget de 6 Md€.

portant sur des sites hospitaliers désaffectés. Dans le domaine « de la DNA », les ventes ont concerné les biens les plus éloignés de l'activité hospitalière (théâtre Mogador, mosquée de Bobigny, terrains agricoles ou urbains, etc.). Mais, durant cette même période, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a également procédé à des acquisitions, notamment foncières pour la construction de logements et de lots de copropriété pour un montant total de 19 M€.

Le nouveau plan stratégique 2010-2014 prévoit de mettre en œuvre une « politique active et cadencée de cessions » et une « politique tarifaire adaptée et conforme à la réglementation » pour les activités locatives du domaine privé. Un premier document visant à définir une stratégie patrimoniale d'ensemble a été présenté au conseil de surveillance le 15 juin 2011. Semble ainsi se 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.

B - Une politique délicate à mettre en œuvre

Pour développer une politique patrimoniale active, les établissements doivent surmonter plusieurs défis : définition d'une stratégie de valorisation claire, mobilisation d'expertise, maîtrise de l'encadrement juridique et des contraintes techniques.

1 - La définition d'une stratégie patrimoniale

La détermination d'une stratégie est indispensable pour guider les arbitrages entre conservation ou cession des biens. 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.

La stratégie définie doit, en tout état de cause, 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 et des différentes parties prenantes. Ce n'est cependant que rarement le cas, les opérations étant le plus souvent gérées

au coup par coup, sans vision d'ensemble, au gré des opportunités ou en fonction des contraintes financières du moment.

L'élaboration d'un document d'orientation de la politique immobilière définissant ses objectifs, les critères d'arbitrage entre optimisation et cession, et les modalités de mise en œuvre, notamment en termes de calendrier, devrait devenir une annexe obligatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements et les agences régionales de santé.

Un tel dispositif permettrait de davantage recourir aux possibilités ouvertes depuis la loi du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés⁴⁸⁰ en sécurisant les échéances des opérations. Les établissements publics de santé peuvent, en effet, désormais 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.

Toutefois, rares sont encore les établissements qui font usage de cette faculté⁴⁸¹ 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.

2 - L'acquisition d'une compétence immobilière spécifique

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

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille sont dotés d'un patrimoine privé important et confrontés à des problématiques récurrentes de reconversion de sites hospitaliers, mais ils disposent des compétences internes nécessaires à la gestion du patrimoine.

Les autres centres hospitaliers universitaires n'ont, le plus souvent, pas un service spécifique, mais peuvent s'appuyer sur un chargé de mission en charge de la DNA si la composition du patrimoine le justifie. Les opérations de valorisation d'anciens sites hospitaliers sont

⁴⁸⁰ 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.

⁴⁸¹ L'usage de ces nouvelles dispositions juridiques peut aussi 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.

alors, en général, suivies en direct par le directeur général et l'équipe de direction (directeur des finances, directeur des travaux notamment).

Les petits établissements, dotés d'un patrimoine privé limité ou inexistant, ne sont confrontés que de manière ponctuelle à une opération de cession et ne disposent pas des personnels compétents en interne.

Pour mener à bien des opérations complexes, la plupart des établissements doivent donc se tourner vers des prestataires de services spécialisés que ce soit pour recenser le patrimoine existant, définir une stratégie de valorisation ou la mettre en œuvre.

L'élaboration des cahiers des charges demeure cependant une tâche à assumer directement sans que les compétences de l'établissement soient toujours à hauteur de problématiques parfois complexes. La mutualisation entre établissements, permettant aux plus petits d'entre eux de profiter de l'expérience développée par d'autres plus importants peut à cet égard être un moyen de partager les compétences.

3 - Une maîtrise nécessaire des contraintes juridiques et techniques

Les opérations de valorisation du patrimoine privé peuvent se heurter à des difficultés liées à l'encadrement réglementaire des processus de cession et à des servitudes liées à son origine (dons et legs), le plus souvent surmontables, mais qui peuvent en revanche allonger les délais de cessions et parfois peser sur le prix de vente.

a) Des incertitudes juridiques sur le régime des cessions

Depuis la loi hôpital, patients, santé, et territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST), le directeur d'établissement est compétent pour conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans, après concertation avec le directoire et avis du conseil de surveillance. Ces décisions de gestion immobilière sont exécutoires dès leur réception par l'agence régionale de santé.

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.

Le rôle de France Domaine dans la cession des biens hospitaliers et la détermination du prix de mise en vente n'est pas défini clairement. Plusieurs questions demeurent posées depuis le changement de statut des établissements publics de santé sur le caractère obligatoire ou non de l'avis, le champ de l'avis (uniquement sur les conditions financières de l'opération ou plus largement sur son opportunité comme c'est le cas pour l'Etat), la portée de l'avis et sur la nécessité ou non qu'il soit conforme.

De manière générale, les conséquences de la loi hôpital, patients, santé, et territoires du 21 juillet 2009 sur l'encadrement juridique des opérations immobilières des établissements de santé n'ont pas été anticipées. Leur nouveau statut d'établissement public 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 mise en vente de certains établissements. 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 arrêtées depuis cette date sur les biens hospitaliers.

Un groupe de travail a été tardivement mis en place au premier semestre 2011 par le ministère de la santé pour clarifier ce cadre juridique et devrait permettre de préciser certaines règles. Il importe que ces clarifications indispensables puissent être désormais apportées dans les meilleurs délais.

b) La révision des conditions et charges liées aux dons et legs

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 fait hésiter les établissements à réaliser des opérations de cessions.

Or les dispositions du code de la santé publique et du code civil permettent de réviser (par une procédure soit administrative soit judiciaire) 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 ».

La jurisprudence est d'ailleurs plutôt favorable aux établissements et considère, par exemple, que la condition d'inaliénabilité ne peut être perpétuelle. Un bien légué et grevé de conditions peut ainsi être cédé dès lors que les conditions d'une activité de soins de qualité ne sont plus

réunies et que les produits de la cession sont affectés à un nouvel investissement hospitalier. Il en est allé ainsi de l'hôpital Boucicaut de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, légué par la veuve du fondateur du Bon Marché, dont le produit de la vente a été employé à la construction de l'hôpital européen Georges Pompidou.

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 administrations centrales et régionales sur ces sujets n'a longtemps pas été à la hauteur des enjeux.

Le plan « Hôpital 2007 » (2003-2007) qui a contribué à accroître les surfaces hospitalières et à désaffecter d'anciens sites hospitaliers, n'a ainsi que très marginalement pris en compte la cession de ces derniers dans le financement des investissements nouveaux. Des initiatives ont, toutefois, été prises, tardivement, mais des modes de pilotage plus efficaces sont encore à définir.

A - Des initiatives tardives et limitées

Les administrations centrales et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puis de santé (ARS) ne se sont longtemps pas intéressées à la valorisation du patrimoine privé. Les directions concernées - direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère de la santé et direction générale des finances publiques (DGFIP) au ministère chargé du budget - n'ont pas cherché ensemble à obtenir une vision patrimoniale fiable, ni sur un plan comptable ni en termes d'inventaire physique.

L'analyse de la situation financière des établissements faite par les agences régionales se focalise encore sur les résultats d'exploitation et non sur les bilans qui permettraient d'appréhender l'état de l'actif et d'entrer dans une logique de gestion patrimoniale.

Un pilotage plus actif des dossiers immobiliers a toutefois cherché récemment à s'affirmer : un outil de recensement du patrimoine est en cours de mise en œuvre et la démarche expérimentale d'appui à la valorisation de leur patrimoine proposée aux établissements a été tout dernièrement amplifiée.

1 - L'inventaire physique général : un projet lourd et encore inabouti

Il n'existe pas d'inventaire national du patrimoine immobilier des hôpitaux, affecté aux soins ou non.

Aussi la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a-t-elle conduit, avec l'aide de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), en 2010 un groupe de travail chargé d'élaborer un outil de recensement de ce patrimoine. Le développement informatique a été confié à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Cet outil de recensement qui devrait être déployé en 2012 n'est pas spécifique au patrimoine privé mais vise, au premier chef, la gestion par les établissements de l'ensemble de leur patrimoine hospitalier avec 60 indicateurs répartis selon 4 axes⁴⁸². Il ne constitue pas simplement un inventaire normalisé et consolidé des biens concernés, préalable pourtant indispensable à la mise en œuvre d'une politique patrimoniale, mais correspond plutôt à un observatoire de la gestion immobilière hospitalière.

Sa mise en œuvre est très lourde et dépend directement de la capacité et la motivation des établissements à alimenter la base de données. Les établissements de taille modeste n'auront probablement pas les moyens internes pour renseigner les indicateurs demandés.

La réussite de cet outil suppose la mise en place d'un certain nombre de pré-requis recensés par l'Agence nationale d'appui à la performance : identifier des référents dans chaque établissement et chaque agence régionale de santé, mettre en place une animation du réseau de référents, et, enfin, créer, grâce à 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

Depuis 2006, la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) au sein du ministère de la santé avait initié une démarche d'expérimentation, en collaboration avec la Mission pour la réalisation des actifs immobiliers (MRAI) du ministère de la défense, qui

⁴⁸² Maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques ; adaptation fonctionnelle des locaux ; performance environnementale ; maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine.

dispose d'une grande expérience au titre des emprises militaires, pour assister, dans un premier temps, deux établissements hospitaliers (Toulon et Blois), puis quatre autres établissements (Dunkerque, Voiron, Grasse et Courcouronnes) dans leur projet de reconversion de sites.

L'Agence nationale d'appui à la performance, qui a remplacé la MAINH en octobre 2009, a poursuivi ces projets.

Le mode opératoire repose sur l'appel à un prestataire privé pour élaborer une étude de reconversion (diagnostic, scénarii, cahier des charges pour le scénario cible) et sur l'organisation des discussions avec les collectivités locales et les autres acteurs du projet d'aménagement. L'Agence nationale d'appui à la performance assiste 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 cet accompagnement, puisqu'aucun des projets de cession n'a encore abouti à une vente effective, même si ceux de Dunkerque et Courcouronnes font aujourd'hui l'objet d'un compromis de vente.

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 et associe également les agences régionales de santé. D'ores et déjà, plusieurs établissements ont fait part de leur intérêt, attestant d'un fort besoin de soutien et d'appui.

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

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

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

La politique immobilière des établissements publics de santé doit faire l'objet d'une action déterminée entraînant une mobilisation de l'ensemble des acteurs. Il importe ainsi que le ministère de la santé en fixe les grands objectifs et en précise les modalités. Dans cette perspective, la question de la détermination, chaque année, d'un objectif global chiffré de recettes de cessions pourrait être examinée.

Pour assurer une cohérence des politiques publiques, l'élargissement des compétences du conseil de l'immobilier de l'Etat⁴⁸³ au secteur hospitalier pourrait également être envisagé, dès lors que les établissements de santé sont devenus des établissements publics de l'Etat.

Fortes d'une orientation stratégique nationale claire et assumée, les agences régionales de santé (ARS) devraient décliner cette politique au niveau régional. A partir des schémas directeurs immobiliers réalisés par les établissements, eux-mêmes annexés obligatoirement aux contrats d'objectifs et de moyens, et de l'outil national de recensement en cours de conception, elles pourraient élaborer à terme un schéma immobilier régional et intégrer les problématiques immobilières dans les projets régionaux de santé.

Parallèlement, les agences régionales devraient subordonner les investissements et le recours à l'emprunt à la mobilisation du patrimoine privé lorsque l'établissement en possède. Cette démarche permettrait de mutualiser de manière indirecte les produits de cessions entre établissements richement dotés et ceux qui ne le sont pas, ces derniers pouvant ainsi bénéficier si besoin, à niveau global inchangé, de crédits complémentaires d'aide à l'investissement.

2 - La nécessité d'une structure nationale d'assistance à la valorisation

Confier la valorisation du patrimoine immobilier hospitalier non affecté aux soins à une entité unique, à compétence nationale, répondrait à des objectifs d'externalisation d'une mission non stratégique pour l'hôpital, de professionnalisation du processus et de meilleure efficacité grâce à la mutualisation des sites à valoriser.

Ce choix a été fait pour la valorisation des actifs du ministère de la défense avec la création de la Mission pour la réalisation des actifs immobiliers en 1987. Toutefois, un schéma de centralisation obligatoire, qu'il s'accompagne ou non d'un transfert de la propriété des biens à un

⁴⁸³ 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 chargé du budget, l'avancement de la démarche de modernisation et l'évolution du parc immobilier de l'Etat.

organisme national, pose des difficultés juridiques et culturelles inhérentes à l'autonomie des établissements publics de santé et peut ne pas être la meilleure réponse pour des projets qui nécessitent une très bonne connaissance des enjeux locaux.

Le schéma d'un pilotage décentralisé dans lequel le directeur de l'hôpital reste compétent dans la conduite des opérations, une fois approuvé par l'agence régionale de santé son schéma directeur immobilier, mais peut faire appel, s'il le souhaite et si l'agence régionale donne son accord, à une structure d'assistance de niveau national, constitue sans doute une réponse mieux adaptée au fonctionnement des hôpitaux. Un tel organisme d'appui pourrait à la fois apporter le soutien technique et juridique nécessaire et intervenir dans le dialogue avec les collectivités locales comme un tiers permettant de résoudre des situations de blocage.

Les missions de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui comprennent déjà la politique immobilière, avec un volet d'accompagnement aux cessions, pourraient être expressément complétées par la loi pour s'étendre au patrimoine privé. L'objet actuel de l'ANAP est en effet « d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers »⁴⁸⁴, ce qui semble réduire son accompagnement des établissements à l'immobilier affecté aux soins.

⁴⁸⁴ Article L. 6113-10 du code de la santé publique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La gestion du patrimoine privé, non affecté aux soins, n'a pendant longtemps et, à quelques exceptions près, pas fait 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 sa réutilisation pour des activités annexes au détriment souvent de sa cession.

Les cessions sont de fait demeurées rares ou effectuées à un prix qui tenait moins compte de la valeur de marché des emprises dans une optique d'optimisation des recettes que des projets de substitution que pouvaient porter d'autres acteurs, en particulier les communes. Les administrations de tutelle 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 privé ne peut toutefois certes pas à elle seule résoudre la question des déficits et de l'endettement hospitaliers et du financement des investissements. Elle participe cependant de la nécessité absolue de mobiliser toutes les possibilités de ressources et toutes les marges d'efficience dans un cadre financier durablement très contraint.

Le ministère de la santé doit ainsi impérativement se doter d'une stratégie claire et mobilisatrice, qu'il s'agisse du logement des agents dont les dérives exigent une réaction immédiate ou des modalités de cession à préciser.

Il importe à cet égard, que, sous le contrôle des agences régionales de santé, les établissements établissent des schémas directeurs immobiliers soumis à approbation et opposables à l'ensemble des acteurs. Confrontés à des situations souvent d'une grande complexité sans disposer la plupart du temps des compétences techniques, juridiques et financières nécessaires, ils doivent pouvoir s'appuyer sur 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.

A cette fin, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. améliorer l'information budgétaire et comptable relative au patrimoine immobilier hospitalier privé en précisant systématiquement dans annexes aux états financiers la valeur de marché des biens non affectés aux soins ;*

2. *mettre fin aux dérives de la politique de logement des établissements en :*
 - *réservant strictement les logements de fonction aux seuls agents dont la présence est indispensable pour raisons de sécurité et, s’agissant des cadres de direction, exclusivement aux chefs d’établissement avec obligation de logement sur le site ;*
 - *redéfinissant la politique d’attribution et de tarification des logements pour utilité de service ;*
 - *réservant aux hôpitaux situés dans des zones à forte pression immobilière la possibilité de mise à disposition de logements sur critères socio-professionnels précis au personnel hospitalier et en évaluer régulièrement les résultats et les coûts ;*
 3. *rendre obligatoire la rédaction d’une annexe au contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier, intégrant lorsque cela apparaît utile une réflexion particulière sur la valorisation du patrimoine non affecté ;*
 4. *clarifier rapidement les dispositions juridiques s’appliquant aux actes de gestion du patrimoine après la loi HPST du 21 juillet 2009, notamment la portée des avis de France Domaine et le périmètre d’application du droit de priorité des communes ;*
 5. *définir une stratégie immobilière au niveau national et élargir la mission du conseil de l’immobilier de l’Etat au secteur hospitalier ;*
 6. *affirmer le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans le pilotage de la politique immobilière en créant les outils (schémas directeurs immobiliers) permettant d’optimiser la valorisation du patrimoine et en prenant systématiquement en compte le potentiel de valorisation du patrimoine privé dans le financement des investissements ;*
 7. *inclure explicitement dans les missions de l’Agence nationale d’appui à la performance (ANAP) la fonction d’assistance à la valorisation de l’ensemble du patrimoine hospitalier.*
-

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre du travail, de l'emploi et de la santé	972
Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement	975
Directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)	977
Directeur général des hospices civils de Lyon	983
Directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)	986
Directeur des hospices civils CH Philippe Le Bon	989
Directeur de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)	990

REPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Les observations de la Cour sur ce que la communauté hospitalière publique appelle couramment Dotation Non Affectée (DNA) rejoignent les axes d'amélioration de la gestion que mes services mettent en œuvre.

Pour en venir aux questions essentielles posées par la Cour, je partage ses conclusions sur trois points qui me semblent en effet devoir être mis en exergue.

En premier lieu, il est effectivement indispensable, de définir une stratégie nationale d'optimisation de la gestion du patrimoine hospitalier (proposition n° 5). Cette stratégie existe depuis fin 2009, date à laquelle elle a été lancée autour des axes suivants :

- articuler de nouveaux projets d'investissement avec d'anciens projets financés, notamment par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ;*
- favoriser des démarches d'optimisation de la gestion de patrimoine comprenant les reconversions, les cessions, ou la dynamisation de la gestion dans un cadre juridique complexe ;*
- développer des compétences et des ressources consacrées à la gestion de patrimoine.*

Le socle de cette politique réside dans la mise en place d'un observatoire du patrimoine immobilier hospitalier (dit « inventaire du patrimoine »), partagé entre les établissements publics de santé (EPS), les agences régionales de santé (ARS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cet observatoire doit permettre d'améliorer la connaissance de ce patrimoine, de mieux maîtriser les risques réglementaires, sanitaires et techniques, d'intégrer la performance environnementale, et de professionnaliser sa gestion par les établissements de santé. Le déploiement national de cet outil aura lieu en 2012.

La gestion du patrimoine privé des établissements publics de santé varie selon les établissements, constituant en conséquence une ressource potentielle plus ou moins déjà exploitée. Mais le financement des investissements, comme l'apurement des déficits des établissements, doit provenir à titre principal d'une exploitation structurellement saine des activités, en particulier de soins, et ne saurait dépendre des seules démarches de valorisation du patrimoine privé. D'ailleurs, dans la très grande majorité des établissements publics de santé, le patrimoine privé n'est pas suffisant pour constituer une réelle ressource d'investissement, facilement mobilisable.

La clarification rapide des dispositions juridiques (proposition n° 4) est en second lieu un préalable, comme peut l'être l'inventaire. Celle-ci, fort complexe en raison de l'imbrication et parfois de la contradiction des normes, est en cours. J'ai demandé à mes services de produire des fiches juridiques ayant vocation à faire l'objet d'une large diffusion en 2012 auprès des établissements et des ARS. Cette clarification, pour porter ses fruits, doit être suivie de modifications des textes, afin de mettre en cohérence les différentes dispositions de valeur législative ou réglementaire.

La question de l'évaluation des biens et des rapports avec les collectivités territoriales me paraît également importante. La difficulté pour certains établissements d'obtenir une estimation fiable de la valeur potentielle d'un bien rend nécessaire le recours à un organe d'évaluation indépendant chargé de l'évaluation de la valeur marchande des biens les plus importants, en fonction de leur destination. A la lecture de la rédaction de la proposition n° 7 (« Inclure explicitement dans les missions de l'ANAP la fonction d'assistance à la valorisation de l'ensemble du patrimoine hospitalier »), il me semble que la Cour partage cette orientation. Les moyens de l'ANAP doivent être concentrés sur le patrimoine à fort enjeu et non dilués sur l'ensemble du patrimoine hospitalier. Par ailleurs, j'appelle votre attention sur le fait que l'ANAP est déjà habilitée à appuyer les établissements publics de santé dans la valorisation de l'ensemble de leur patrimoine, qu'il appartienne au domaine public ou au domaine privé. A cet égard, la procédure d'autorisation de l'ARS préconisée par la Cour, afin de permettre à un établissement de recourir à la structure nationale d'appui, ne me paraît pas nécessaire. Quant au transfert de la propriété des biens d'établissements publics à une structure centralisée, elle poserait des problèmes importants, notamment juridiques, comme le relève la Cour. Je n'y suis donc pas favorable, comme je ne suis pas favorable à la définition d'un objectif annuel national du montant des cessions qui risquerait de conduire certains à réaliser possiblement des opérations à un moment inopportun et à des conditions défavorables au regard du marché immobilier.

Si je partage les propositions précédentes sous les réserves et nuances exprimées ci-dessus, je tiens à apporter les précisions suivantes relatives aux autres recommandations.

S'agissant de la fiabilité des comptes de la DNA, le constat que je fais n'est pas une « absence de règles claires », mais une hétérogénéité des pratiques comptables. En effet, les règles et les mécanismes de contrôle existent ; il convient avant tout de veiller à leur bon usage, par exemple à travers les bonnes imputations comptables et les choix d'amortissement qui permettent à la fois de garantir une vision sincère de la situation de l'établissement et une bonne gestion de ses ressources.

Concernant l'évaluation de la valeur des éléments d'actif de la DNA, la Cour préconise la valeur de marché, qui est d'ailleurs une composante de l'inventaire du patrimoine. Actuellement, la comptabilisation des actifs est réalisée selon la méthode des coûts historiques. Cela étant, dans le respect du principe de prudence, rien n'interdit, dans l'inventaire de l'ordonnateur et, le cas échéant, dans les annexes des états financiers, si ces éléments sont significatifs, de mentionner les éventuelles plus-values potentielles au titre des actifs cessibles de la DNA sur la base d'une évaluation en valeur de marché. Il me semble à cet égard important de réserver l'information mentionnée en annexe aux éléments de nature significative ; c'est pourquoi je ne suis pas favorable pour demander une information systématique sur tous les biens. Je suis en revanche partisan de mieux faire apparaître les liens entre les projets d'investissements passés et futurs et la nécessité de prendre en compte l'ensemble des données financières des établissements.

L'affirmation du rôle des ARS (proposition n° 6) nécessite un travail de fond préalable à toute annonce sauf à mettre celles-ci en difficulté. Je note d'ailleurs que le projet d'insertion ne mentionne pas le contenu des missions à attribuer aux ARS. En outre, l'idée d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements publics de santé consacrée à un schéma directeur immobilier ne me paraît pertinente qu'à partir d'un certain niveau de DNA. Le rendre obligatoire pour tous les établissements (proposition n° 3) irait à l'encontre d'un appui véritablement opérationnel. Cette obligation, consommatrice de ressources, aurait par ailleurs peu de chances de produire les effets escomptés.

Enfin, le recours à la mission de conseil de l'Etat (proposition n° 5), me paraît contradictoire avec la proposition qui vise à missionner clairement l'ANAP pour évaluer les biens immobiliers.

Je souhaite enfin aborder la question des logements (proposition n° 2). En effet, si le projet pointe à juste titre la question de l'attribution de logements « sur critères socioprofessionnels » à Paris, Lyon et Marseille, il sous-estime à mon sens les problèmes d'attractivité rencontrés par la grande majorité des établissements de santé et les phénomènes de « concurrence sociale » qui peuvent exister entre eux dans certaines zones géographiques. Il me paraît essentiel de doter les établissements d'outils destinés à leur permettre de concevoir et bâtir leur politique sociale dans une dimension plus stratégique et comparative. Dans le cadre du projet de refonte du bilan social, je serai attentif à ce que l'accès au logement des personnels ait lieu dans un périmètre compatible avec leur lieu et leurs conditions d'exercice.

**REPONSE DE LA MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES
PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, PORTE-PAROLE DU
GOUVERNEMENT**

Vous recommandez la mise en place d'une politique de gestion active du patrimoine immobilier au sein des établissements publics de santé, et la définition d'une stratégie immobilière pluriannuelle, dont les grands axes seraient définis par le niveau national. Une juste valorisation des biens appartenant au domaine privé devient un enjeu prioritaire dans le contexte budgétaire actuel. C'est pourquoi je partage pleinement cet objectif.

La première condition de réalisation de cet objectif est, comme vous l'identifiez, d'améliorer notre connaissance du patrimoine physique détenu par les hôpitaux et d'évaluer le plus précisément possible leur valeur de marché. Je partage à ce titre votre recommandation visant à améliorer l'information comptable relative au patrimoine immobilier hospitalier privé en précisant systématiquement dans les annexes aux états financiers la valeur de marché des biens non affectés aux soins. Cette clarification doit permettre aux tutelles nationales et régionales de disposer d'une vision consolidée, exhaustive et fiable, du patrimoine hospitalier privé et de sa valorisation potentielle.

L'élaboration de schémas directeurs immobiliers, à l'image de qui est fait par l'État et ses opérateurs dans le cadre des schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) me paraît être un outil adapté pour structurer le dialogue de gestion entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les établissements, disposer d'une cartographie permettant d'identifier les potentialités de cessions au niveau de chaque site et d'élaborer une stratégie régionale de valorisation. Cette lisibilité de moyen terme pourrait venir à l'appui des hypothèses retenues dans le cadre des états prévisionnels de recettes et de dépenses et des plans globaux de financement pluriannuels, reposant sur des hypothèses de cessions parfois difficiles à expertiser.

Par ailleurs, je soutiens votre proposition consistant à demander aux ARS de prendre en compte systématiquement le potentiel de valorisation du patrimoine privé dans les plans de financement des investissements que soumettent les établissements.

Un enjeu particulier concerne la partie du patrimoine privé affecté au logement des personnels. Vous recommandez à ce titre, d'une part, de rationaliser les dispositifs relatifs à l'attribution de logements de fonction aux personnels de direction et, d'autre part, de mieux cibler la mise à disposition de logements au profit des personnels sur critères socio-professionnels et de les soumettre à évaluation régulière. Je suis bien entendu favorable à la poursuite de la rationalisation de la politique de logement de fonction, et à une plus grande transparence en la matière.

Toutefois, à l'instar des réformes menées au sein de la fonction publique d'État, une telle politique nécessitera une analyse détaillée, exhaustive et fiabilisée de la situation des logements de fonction. Notamment, une évaluation fine du coût que représenterait l'attribution à l'ensemble des fonctionnaires en poste occupant actuellement un logement pour nécessité absolue de service d'une indemnité compensatrice de logement devra être réalisée, afin que la suppression des logements de fonction pour les personnels de direction autre que les chefs d'établissement soit bien réalisée dans un objectif d'économie. S'agissant des logements attribués pour utilité de service, les dispositions du décret du 8 janvier 2010 entrant en vigueur en janvier 2013 vont obliger les agents ainsi logés à s'acquitter du versement d'un loyer.

Cependant, cette mise en conformité pourrait coûter plus cher aux établissements car le montant des gardes et astreintes réalisées pourrait être supérieur à ce que rapportera le montant des loyers s'ils sont établis en dessous des prix du marché. L'opportunité financière de cette mesure reste donc soumise à une étude exhaustive des situations individuelles.

Je partage votre recommandation consistant à définir une stratégie immobilière au niveau national et je suis prête à analyser votre proposition consistant à déterminer chaque année un objectif global chiffré de recettes de cessions.

Vous proposez enfin d'élargir la mission du conseil immobilier de l'État au secteur hospitalier et d'identifier une structure nationale d'assistance à la valorisation des biens. Les établissements de santé, en lien avec les ARS, peuvent s'appuyer sur l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), dans le cadre des accompagnements à la valorisation des biens qu'elle conduit depuis 2010.

**REPONSE DE LA DIRECTRICE GENERALE DE L'ASSISTANCE
PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS**

Ce projet appelle de ma part un certain nombre de remarques que je vous remercie de bien vouloir prendre en compte.

I – Un enjeu financier mal connu

Si une amélioration continue des systèmes de comptabilité analytique est évidemment souhaitable, il convient de préciser que les activités actuellement exploitées dans le périmètre défini du budget annexe de la DNA font l'objet d'une comptabilité analytique précise, par domaine et type d'activité et pour les immeubles, de comptes de gestion par immeuble.

Pour les immeubles, les dépenses sont suivies en différenciant les charges récupérables et non récupérables sur locataires. Les charges imputées sur le budget DNA ne paraissent pas sous-évaluées à l'AP-HP en ce qui concerne l'exploitation immobilière et locative du domaine privé.

La comptabilité analytique reposait sur le progiciel de gestion locative ESTIA et des tableaux de retraitement EXCEL. Elle sera améliorée grâce aux interfaces entre ESTIA et EIFEL (Nouveau Système d'Information de gestion pour des domaines économiques et financiers). Les dépenses directes par immeuble feront l'objet dans EIFEL d'un suivi très précis par élément de projet.

Concernant la connaissance de l'estimation de la valeur financière du patrimoine immobilier de son domaine privé, il y a lieu de rappeler que les EPS n'ont pas d'obligation légale à procéder à cette valorisation par les valeurs de marché. Par ailleurs, cette question soulève deux difficultés de nature différente sur lesquelles la réglementation pourrait évoluer :

- D'une part, la comptabilité hospitalière ne prévoit pas de revalorisation des actifs « à la valeur de marché ». Il sera donc délicat de maintenir deux références de valeur pour un même bien. A l'inverse, ouvrir cette possibilité aux établissements de santé serait un incitatif puissant et permettrait, notamment aux prêteurs, d'avoir une vision plus juste de l'actif des établissements

- D'autre part, la « valeur de marché » des actifs immobiliers des établissements hospitaliers est extrêmement dépendante de leur usage, lui-même limité par les contraintes d'urbanisme. Le rapport propose de se limiter au patrimoine privé, mais cette proposition n'est pas satisfaisante dans la mesure où le patrimoine hospitalier peut être désaffecté. Séparer artificiellement ces deux patrimoines pose un problème de fond sur la vision complète du patrimoine des établissements. A l'inverse, le patrimoine, récemment désaffecté ou encore public, est affecté de façon considérable

par l'évolution, anticipée ou non des règles d'urbanisme, comme la Cour le souligne par ailleurs.

II – Le logement des personnels

1. Les logements par nécessité de service

Sur la question des logements par nécessité de service, je vous précise que les directeurs de garde sont amenés à réagir, non seulement pour la sécurité des patients, mais également dans de nombreux autres cas comme par exemple les problèmes médico-légaux, les événements médiatiques, la continuité du service en cas de grève ou le manque d'effectifs par rapport à l'activité, une panne technique et/ou informatique, etc.).

En réponse à l'argument de construction des nouveaux hôpitaux sans logements de fonction, il convient de rappeler que si des hôpitaux relativement récents ont été construits sans logement, c'est justement à cause de l'existence d'un parc du domaine privé.

Ainsi, certains sites hospitaliers n'ont-ils plus de logements de fonction mais nécessitent néanmoins un dispositif de garde de direction (ex : HEGP à l'AP-HP). Les logements dans des immeubles du domaine privé parisiens, notamment dans le 16^{ième} arrondissement pour les cadres de l'HEGP permettent d'assurer une disponibilité très rapide des équipes de direction de ce site (directeurs d'hôpital, directeurs de soins, ingénieurs et techniciens).

A contrario, même avec une indemnité compensatrice de logement encore revalorisée, les cadres de direction ne pourraient se loger à proximité de leur site car l'offre immobilière locative d'appartement familiaux n'existe pas : à supposer que des logements puissent être trouvés, leur coût de location au prix du marché serait supérieur à l'indemnité compensatrice de logement, comme l'indique d'ailleurs la Cour.

Le statut des directeurs prévoit le logement par nécessité de service en compensation de l'obligation de garde et le décret du 8 janvier 2010 en précise les modalités de concession. En revanche, le statut des directeurs exclut le versement d'astreintes comme d'ailleurs de toute heure supplémentaire même lorsque le travail effectif doit être assuré sans compensation. L'AP-HP ne peut qu'appliquer les textes réglementaires en ce domaine.

Je tiens de surcroît à souligner que l'AP-HP étant un seul et même Etablissement public de santé, les Directeurs d'hôpitaux sont tous affectés au sein de l'EPS qu'ils exercent leurs fonctions sur les sites hospitaliers des groupes ou dans des Pôles d'Intérêt Commun (PIC) notamment au siège de l'AP-HP.

S'il est vrai que l'organisation actuelle des gardes doit évoluer pour mieux équilibrer la charge des nécessités de service pour les cadres de direction, le nombre global de gardes à assurer pour l'ensemble des groupes hospitaliers, PIC et sites hospitaliers nécessite pleinement que tous les cadres de direction soient logés par nécessité absolue de service.

2. Logements sur critères professionnels et sociaux

- En ce qui concerne la lisibilité de la mise en œuvre de la politique de logement social :

La pertinence d'une politique de logement social peut être discutée, encore qu'elle fasse l'objet d'un axe fort du projet professionnel et social du plan stratégique de l'AP-HP approuvé par les autorités de tutelle, dans une période où les pouvoirs publics sont particulièrement insistants sur la responsabilité sociale des organismes publics.

Il est inexact d'écrire que la mise en œuvre de cette politique est peu lisible en matière d'attribution : les critères d'éligibilité sont précis et connus, les dossiers de demande instruits avec des critères pondérés selon une grille élaborée en concertation avec les correspondants logement et assistantes sociales des hôpitaux et l'ensemble des organisations syndicales qui sont représentées au sein de la commission d'attribution qui est paritaire.

Les demandes, propositions et attributions font l'objet d'un suivi informatique exhaustif et précis dans le progiciel de gestion locative ESTIA et font l'objet de statistiques présentées et diffusées annuellement.

Les documents correspondant à la démarche de préparation et suivi des commissions ainsi que les états et présentations statistiques ont été fournis à la Chambre régionale des comptes qui en a remarqué la qualité. (Un représentant de la Chambre a au demeurant assisté à une commission d'attribution et a pu constater le professionnalisme de l'instruction des dossiers)

- En ce qui concerne le logement social des agents de l'AP-HP en forte difficulté objective :

L'AP-HP tient à attirer l'attention sur le fait que le fonctionnement des hôpitaux ne repose pas que sur des infirmières ou des cadres. Les agents de catégorie C dont les aides-soignants, y apportent des contributions essentielles. Ils peuvent être soumis à des accidents de la vie, à la suite de séparations notamment, qui aboutissent à des situations difficiles pour des femmes chargées de famille travaillant en horaires décalés. Soutenir ces agents en cas de difficultés de logement a une importance manifeste en matière de présence au travail et d'employabilité.

L'AP-HP ne peut que regretter que le contexte de forte tension au niveau du marché du logement en Ile-de-France soit une difficulté objective,

non seulement pour le recrutement et la fidélisation des agents des hôpitaux de Paris mais également pour leurs conditions de vie.

L'AP-HP fait observer que des programmes sont subventionnés pour permettre des locations en PLUS (Prêt locatif d'utilité Sociale) et que ces réservations sont en règle générale sur contingent préfectoral (fort mobilisé pour les désignations DALO) ou préemptés par les villes (systématiquement à PARIS).

Pour autant, les villes renvoient le plus souvent les agents demandeurs de logements sociaux de l'AP-HP vers leur employeur considérant que le logement social fait partie des missions de l'AP-HP et refusent de prendre en compte ces demandes en priorité sur leurs contingents.

L'AP-HP a, pour autant, décidé de recentrer encore sa politique de logement sur les personnels infirmiers en réservant 100 studios et F2 qui se libèrent dans son parc de logements en gestion directe par an pour des attributions à de jeunes diplômé(e)s acceptant d'être recrutées sur des postes sensibles en sortie des IFSI de l'AP-HP. L'AP-HP utilise ainsi son patrimoine dans une logique d'attractivité de professionnels dans des métiers en tension.

Je me permets de ce fait d'attirer l'attention sur la nécessité, du fait de la prééminence du critère professionnel, que la Ville de Paris et les collectivités locales de proche banlieue n'excluent pas l'attribution de logement sur critères sociaux pour les agents de l'AP-HP, notamment en situation mono-parentale à la suite d'une séparation conflictuelle.

J'ajoute qu'il convient de relativiser le constat fait sur l'occupation du parc par des personnes non agents de l'AP-HP. D'une part, les clauses de fonction, désormais systématiques, sont récentes. D'autre part, le « retour » des baux emphytéotiques s'accompagne forcément d'une occupation par des personnes extérieures à l'AP-HP et enfin, les droits de réservation ne prévoient pas de possibilité d'instaurer des clauses de fonction. En ce domaine, l'AP-HP fait les meilleurs efforts pour que son parc soit occupé par ses agents, mais fait observer que les droits du locataire prévalent sur les droits de continuité professionnelle.

III – Valorisation du patrimoine

En ce qui concerne l'AP-HP je vous renouvelle les remarques déjà formulées dans mon courrier du 1^{er} septembre 2011 :

- il n'est pas exact de considérer qu'une politique de restructuration active n'a pas été menée, aboutissant à des opérations de cessions importantes tant d'anciens sites hospitaliers que d'éléments de patrimoine du domaine privé. En effet comme le souligne le projet page 18 de très

nombreuses et importantes cessions ont été effectuées depuis 10 ans pour un montant de 343 M€.

- le domaine privé et les immeubles d'habitation en particulier sont globalement bien gérés, même s'il reste des marges de progrès. Leur exploitation dégage un bénéfice hors cession. Une démarche volontariste est menée afin d'en améliorer la gestion.

De même l'AP-HP a eu l'occasion de communiquer sa stratégie patrimoniale à son conseil de surveillance lors de la réunion du 15 juin 2011.

L'AP-HP a eu une stratégie vis-à-vis du patrimoine public avec deux orientations principales : la fermeture de sites (Broussais, Boucicaut, Laennec, Saint-Vincent-de-Paul) pour optimiser son offre de soins et l'autofinancement des investissements majeurs (cessions de Laennec, Boucicaut et Broussais pour financer HEGP, cession de Saint-Vincent-de-Paul pour financer la maternité de Port Royal). Comme le rapport le souligne, HEGP a été financé à plus de 90% par des cessions, ce qui est exemplaire dans le domaine hospitalier. L'AP-HP poursuit cette politique de recomposition de son patrimoine hospitalier, notamment avec la fermeture annoncée de Fernand Widal.

Les cessions effectuées par l'AP-HP ont été nombreuses et n'ont pu être réalisées sans stratégie. Cette stratégie a été validée et accompagnée par le Conseil d'administration, puis le Conseil de surveillance avec des débats très poussés dans la sous-commission des affaires domaniales.

En outre, la stratégie immobilière n'a pas été menée qu'au travers des cessions : d'importantes mises à disposition de terrains ont permis le montage d'opérations pour la réalisation de 6 EPHAD et de 3 MAS depuis ces dernières années.

En ce qui concerne le domaine privé, la stratégie a consisté jusqu'à récemment à céder des biens atypiques, des terres agricoles sans potentiel constructible à long terme et des lots de copropriété isolés.

Comme l'indique votre projet, la cohérence stratégique pour le domaine public et privé n'est pas « à définir » mais est déjà définie, et est en cours de communication de manière plus « assumée » et mise en œuvre, en dépit des pressions externes et internes.

Pour mémoire le plan mis en place récemment à l'AP-HP accélère la cession des logements en copropriété et a ciblé des immeubles non essentiels pour la politique de logement dans les arrondissements du centre de Paris afin de procéder à des ventes au fur et à mesure des libérations de locaux.

Ce plan est élaboré et suivi par le Comité de pilotage stratégique qui a analysé les caractéristiques de chaque immeuble en pleine propriété au

regard de son état patrimonial, son rendement locatif et son potentiel de valorisation.

Je souhaiterais insister tout particulièrement sur le chapitre du rapport consacré aux rôles des collectivités territoriales et de l'Etat.

Vous soulignez à juste titre le rôle très important que joue le maire d'une commune, à travers les règlements d'urbanisme, sur la valorisation des actifs à céder, et la divergence fréquente des intérêts de l'hôpital et de la collectivité.

Il me semble important que l'Etat assure un rôle plus important d'appui auprès des collectivités, au travers du préfet et/ou de l'ARS, afin d'arriver, dans les négociations, à cet équilibre au mieux des intérêts des parties et de la densification de l'habitat voulue par le Grenelle de l'environnement, que vous soulignez dans le rapport.

A contrario, il ne me semble pas utile que le conseil immobilier de l'Etat voit ses compétences élargies au secteur hospitalier, de même pour les services de France Domaine. En effet l'ARS doit être à même de jouer ce rôle de coordination au vu des schémas directeurs immobiliers que chaque hôpital se doit d'élaborer.

De même, le recours à une structure d'assistance de niveau national doit rester facultative et du seul ressort du directeur de l'hôpital, en fonction de ses besoins propres. La Cour souligne à ce titre que cet appui serait d'un intérêt variable en fonction de la maturité des établissements de santé. Une forme de subsidiarité me paraît nécessaire, l'appui pouvant être limité aux établissements le jugeant utile.

**REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DES HOSPICES CIVILS DE
LYON**

J'ai déjà pu vous faire part des observations qu'appelaient les premiers travaux de la Cour, par lettre du 16 août 2011. Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations des Hospices civils de Lyon (HCL) sur ce dernier projet.

1/ D'une manière générale, la Cour observe que les recettes de politique immobilière sont globalement sans commune mesure avec les ressources allouées aux hôpitaux par l'assurance maladie : environ 80 M€ d'un côté contre plus de 50 milliards de l'autre. Les résultats de la DNA n'ayant pas vocation à financer l'exploitation, il serait plus opportun de les mettre en regard de l'encours de la dette des hôpitaux publics (près de 24 milliards d'euros), de leurs besoins d'investissement (environ 6 milliards d'euros par an) et ou de la capacité d'autofinancement qu'ils dégagent (de l'ordre de 3 milliards d'euros). Pour certains établissements, la DNA peut contribuer de manière substantielle au financement de l'investissement sans recours à l'emprunt et, par conséquent, à la politique de désendettement.

La Cour note que les HCL « vont devoir changer » leurs pratiques quant aux logements attribués pour utilité de service, ce qui semble indiquer que le décret du 8 janvier 2010 ne serait pas appliqué par l'établissement. Or, les HCL ont, conformément à la réglementation, défini un cadre précis en la matière, soumis pour avis au conseil de surveillance du 1^{er} juillet 2011. Ce cadre s'applique et les agents concernés paient depuis lors un loyer.

S'agissant des logements attribués sur critères socio-professionnels, la Cour considère que la politique des HCL ne serait pas clairement définie. Je ne peux que réitérer et développer certains éléments fournis sur ce point dans mon courrier du 16 août 2011 :

• droit de priorité des agents des HCL dans l'accès aux logements. En 2010, 855 lots d'habitation ont été loués à des agents HCL. 343 demandes de logement ont été reçues et 119 logements ont été attribués. Le fait, relevé par la Cour, que certains de ces logements (15 %) ne soient pas occupés par des personnels s'explique aisément et tient notamment aux dons et legs, qui peuvent contraindre la situation locative des biens concernés, ou à des situations particulières tenant aux règles locatives (transfert de bail à des veufs ou veuves d'agents des HCL ; droit au maintien dans les lieux même en cas de mutation dans un autre établissement) ou au montant de certains loyers, qui demeurent trop élevés pour les personnels. Notons qu'en 2010, les logements attribués ont toutefois été destinés à 96 % à des personnels des HCL ;

- prise en compte des situations individuelles mises en avant par la direction du personnel, en particulier dans les filières « en tension » (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ; l'absence de commission formelle d'attribution des logements n'interdit naturellement pas la direction du personnel de solliciter celle en charge des domaines pour des offres de logement ;

- plan pluriannuel 2009-2013 de travaux en investissement (7 M€) et en entretien (8 M€) pour réduire la vacance technique et augmenter l'offre de logement. Le taux de vacance de 23 % évoqué par la Cour a été ramené à 19 % à fin septembre 2011. Or, 8,3 points tiennent à des travaux lourds programmés dans le cadre du schéma directeur et 5,8 points aux processus de vente en cours, un lot vacant étant mieux valorisé qu'un lot occupé. Retraité de ces deux éléments, le taux de vacance est de 4,8 % (1,8 % de vacance technique, 2,5 % de lots en cours de relocation, 0,5 % de lots réservés pour des logements de fonction notamment en prévision de relogement du fait des cessions en cours).

2/ Enfin, l'analyse de la politique immobilière des HCL par la Cour mériterait d'être précisée sur trois points.

La Cour ne mentionne pas que la stratégie immobilière des HCL a été précisément définie dans un schéma directeur immobilier, présenté aux instances de l'établissement, et notamment au conseil de surveillance du 15 mars 2010.

De même, il pourrait être opportun de préciser que l'intégralité des recettes dégagées par la DNA est affectée au financement des investissements, ce qui contribue à la maîtrise de l'endettement des HCL, de manière substantielle. En 2011, la DNA a ainsi contribué à financer près de 40 % des investissements.

En outre, la Cour semble déplorer les conditions financières de reconversion de l'Hôtel Dieu, soit 90 M€ de loyers sur une période de 94 ans, considérés comme « très faible ». Je ne peux que réitérer ma perplexité devant une telle assertion qui méconnaît notamment :

- les avis officiels et références de marché sur des opérations comparables. France Domaine a estimé le bien à 10 M€, soit 9 fois moins. L'Hôtel-Dieu de Marseille, représentant une emprise au sol équivalente de 22 000 m², a été acheté par la ville pour 9,9 M€ et fait l'objet d'un bail de 99 ans pour 7,7 M€ entre la collectivité et l'opérateur retenu, soit un rendement locatif près de 12 fois inférieur ;

- l'ampleur de l'opération pour le preneur, qui nécessite de restructurer une emprise de 22 000 m² dont l'ensemble des bâtis est désormais classé « monument historique » dans le cadre d'un projet de 150 M€ de travaux.

Espérant que la Cour pourra prendre en considération ces éclairages et considérant que ces observations écrites détaillées ne nécessitent pas de faire l'objet d'une présentation orale de ma part devant la Cour, je me tiens toutefois à votre entière disposition pour toute précision complémentaire.

**REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE MARSEILLE**

**Observations de la Direction Générale
de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille**

La Direction Générale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) prend acte du projet d'insertion intitulé « Le patrimoine immobilier privé des hôpitaux » transmis le 6 décembre 2011 et réceptionné le 8 décembre 2011.

Elle souhaite cependant apporter quelques éléments complémentaires.

A – Un enjeu financier mal connu

2 – Des valeurs de marchés rarement évaluées

Il est fait état des incertitudes en matière de valorisation patrimoniale. Il convient de souligner que ces incertitudes pèsent plus particulièrement sur les terrains à bâtir dont la valorisation est fortement liée d'une part au contexte concurrentiel entre les promoteurs, d'autre part à la réponse apportée par les collectivités territoriales dans le cadre des permis de construire (densité, taux de logement social, taux de primo accédants, part des surfaces commerciales, etc.).

Pour ce qui concerne les cessions d'immeubles bâtis anciens, l'évaluation est plus aisée, et les écarts entre l'estimation initiale et le produit final demeurent très faibles et conformes au prix du marché.

A cet égard, il convient de souligner la qualité des évaluations réalisées par France Domaine.

B – Une utilisation parfois contestable pour le logement des personnels

Le titre consacré aux logements de fonction paraît excessif en ce qu'il qualifie cette gestion de « dérive » (cf. 1 – La dérive des logements de fonction, page 7/28).

En effet, le projet de rapport s'appuie sur deux arguments principaux. Le premier porte sur les écarts entre les établissements quant aux nombre de logements attribués en Utilité de Service et par Nécessité Absolue de Service ; il est évident que ce nombre varie selon la taille des établissements.

Le second concerne la localisation des logements par Nécessité Absolue de Service ; en ce qui concerne l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, comme pour l'ensemble des grandes structures hospitalières, les

cadres de direction participent à plusieurs tableaux de garde, de sites, de Direction générale, de Garde ORSEC, etc.

Ils sont donc appelés à intervenir sur l'ensemble des sites hospitaliers et il est difficile, en outre, d'envisager qu'à chaque changement d'affectation dans l'Institution, un changement de logement soit imposé.

Il convient de préciser que pour ce qui concerne l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, tous les directeurs sont logés sur la commune de Marseille.

C – Des intérêts complexes à concilier

2 – Le rôle clé des collectivités territoriales

A propos de l'apport de la Loi HPST, il convient ici de rappeler que ce texte a transféré les compétences en matière de gestion patrimoniale du Conseil d'Administration vers le Directoire, et donc le Directeur de l'établissement, président du Directoire comme cela est précisé ultérieurement.

II – La Valorisation du patrimoine : un défi difficile pour les établissements

2 – b) L'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille

Concernant la valorisation du patrimoine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, la rédaction du texte relatif à l'avenir de l'Hôpital Salvator ne peut être acceptée par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille dans la mesure où ce site fait l'objet, d'une part d'un projet de cession partielle dans le cadre d'une opération immobilière liée à la ZAC (Zone d'Aménagement Concertée) Vallon Régny, d'autre part, d'un projet médical ambitieux fédéré par Monsieur le Professeur Marcel RUFO, baptisé EMA (Espace méditerranéen de l'Adolescence), associant des établissements et institutions privés, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône, l'Education Nationale et l'INCA.

Le développement de ces partenariats permettra de répondre à un besoin de santé publique, de créer un lieu de soins qui favorise la coordination, d'accueillir les adolescents en situation de crise, de mettre en œuvre la mesure 23.5 du plan Cancer et de faciliter la création d'un réseau autour de l'adolescent.

La délocalisation de nombreuses structures sur le site de Salvator contribue en outre à la valorisation du patrimoine hospitalier dans le cadre de la signature d'AOT (Autorisations d'Occupations Temporaires) ou de baux emphytéotiques.

III – La nécessité d'un pilotage nationale et régional plus affirmé

B – 2 – La nécessité d'une structure nationale d'assistance à la valorisation

Concernant la nécessité d'une structure nationale d'assistance à la valorisation, la lecture du projet de rapport et la conclusion de la proposition d'un maintien d'une compétence locale bénéficiant d'une assistance et d'un accompagnement national ou régional en matière de valorisation patrimoniale, illustrent les limites d'un argumentaire cantonné au patrimoine immobilier privé des hôpitaux.

En effet, les restructurations hospitalières ainsi que les facilités décrites dans le projet de rapport en matière de désaffectation et de déclassement du domaine public, montrent à quel point la frontière est ténue entre le patrimoine public et le patrimoine privé des hôpitaux.

L'expérience de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille a conduit à constituer une équipe unique en charge de la valorisation patrimoniale qu'elle concerne le domaine privé ou les sites hospitaliers.

A cet égard, la participation des grands établissements hospitaliers aux agences d'urbanisme apparaît déterminante pour garantir la cohérence et la prise en compte des schémas directeurs hospitaliers dans les projets urbains.

Conclusion et recommandations

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille ne peut que reprendre les mêmes observations que pour les pages 7/28 et 8/28 concernant le terme « dérive » retenu dans le projet de rapport.

La première recommandation réservant les logements de fonction attribués par Nécessité Absolue de Service aux seuls chefs d'établissements et directeurs de site parmi les cadres de direction remet en cause le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010, et, par voie de conséquence, le statut des directeurs d'hôpital.

Il apparaît difficile de revenir sur un texte aussi récent, confirmé par le décret n° 2011-2031 du 29 décembre 2011, en méconnaissant la réalité des contraintes liées à la permanence de direction qui ne peut être assurée par le seul chef d'établissement.

**REPONSE DU DIRECTEUR DES HOSPICES CIVILS –
CH PHILIPPE LE BON**

*J'ai l'honneur de vous indiquer que je ne souhaite pas apporter de
réponse particulière à ce rapport.*

**REPONSE DU DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI
A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE
ET MEDICO-SOCIAUX (ANAP)**

Le patrimoine privé des établissements publics de santé est constitué de deux catégories d'actifs tels que la Cour le rappelle dans la présentation de ce rapport :

- Les biens dits de la Dotation Non Affectée regroupant des biens de nature très diverses (forêts, vignes, immeubles d'habitation, etc.).

- Les anciens bâtiments hospitaliers désaffectés, depuis une époque plus ou moins récente.

Si la première catégorie d'actifs est plutôt bien décrite et reprise par le détail (exemple des vignobles du CHU de Dijon ou des Hospices de Beaune, ou bien encore des logements de fonction), les difficultés majeures de valorisation des biens relevant de la deuxième catégorie, à savoir les anciens bâtiments hospitaliers déjà désaffectés ou à venir me paraissent peu mise en perspective.

En effet, au-delà du positionnement parfois complexe et ambigu des collectivités territoriales tel que la Cour le décrit (Le rôle clé des collectivités territoriales), il est indispensable de relever les autres difficultés auxquelles ces établissements de santé doivent faire face pour valoriser ces biens dits complexes. Il en est notamment des contraintes de délais liées aux révisions nécessaires de documents d'urbanisme (voire parfois de modifications) qui nécessitent plusieurs mois une fois le projet de reconversion étudié et concerté avec les collectivités (12 à 18 mois), mais également celles liées aux délais de levées des contraintes de legs (là aussi plusieurs mois car nécessitant une action judiciaire), ou bien encore des difficultés même pour l'identification de la propriété de ces biens.

En effet, à aucun moment depuis la création juridique des EPS et ce, malgré le transfert de compétences des collectivités locales aux EPS et le transfert de gestion assorti des dépenses d'investissements, d'entretien et de maintenance aux mêmes EPS, la loi n'a opéré le transfert légal de propriété de ces biens vers les EPS. D'importantes sources de financement potentielles pour ces EPS risquent ainsi de disparaître au profit de propriétaires qui ne se sont jamais comportés comme tels.

Ces principaux points de procédures (urbanisme, propriété, mise en vente) viennent ainsi allonger considérablement les délais de réalisation de ces actifs complexes et ne permettent pas à l'ANAP (au-delà de la cession réalisée du site de la psychiatrie de Blois en 2007 et de l'appui à la mise en vente du site de Pierrefeu du Var - aujourd'hui sous avant-contrat de vente)

de pouvoir affirmer plus formellement d'autres mises sous protocoles de vente (page 24).

Cependant il est à préciser à la Cour que la totalité des dossiers en cours (4) ont été menés à leur terme avec la rédaction d'un cahier des charges de vente rédigé en concertation avec les collectivités locales respectives et que deux de ces dossiers (Dunkerque et Courcouronnes) font l'objet de négociations d'achat avec des preneurs privés et/ou publics (soit la moitié des dossiers).

Par ailleurs, la Cour préconise la recommandation d'élargissement de la mission du conseil de l'immobilier de l'Etat aux biens des établissements publics de santé. La démarche est intéressante d'un point de vue stratégie nationale et elle serait d'autant plus pertinente que pour faire face aux spécificités du secteur hospitalier, une structure dédiée, telle l'ANAP en permettrait la diffusion et l'appropriation.

Ainsi et afin de conclure mes remarques, je soutiens la proposition de la Cour d'inscrire explicitement l'appui à la valorisation de l'ensemble du patrimoine hospitalier comme une mission de l'ANAP. Une déclinaison opérationnelle pourrait ainsi être ébauchée en termes de performances et d'atteintes de résultats probants dans une programmation pluriannuelle.
