

Association Centrale-Santé

Atelier «Patrimoines immobiliers et établissements de santé»

Rapport du groupe de travail

22 décembre 1999

L'Association Centrale-Santé a comme première préoccupation de replacer la santé au cœur du débat technologique, et d'appréhender les développements technologiques en cours.

Centrale-Santé fonctionne par ateliers sur des thèmes déterminés en commun sur des bases opérationnelles entre ingénieurs et professionnels de santé.

Pour servir de référentiel, chaque atelier traite un domaine bien défini, et les travaux produits sont diffusés vers les décideurs, ainsi que vers les «consommateurs». Les ateliers sont interconnectés, dans le «Forum Internet», et les contenus nourrissent un programme de formation spécifique à «l'Ingénierie santé sociale».

Le présent atelier est intégré dans le module n° 4 : technologies de la construction, ingénierie hospitalière et urbaine.

L'Atelier «**Patrimoines immobiliers et établissements de santé**» a été constitué sur l'initiative de Jean Fucher, et coordonné par Michel Daigne. Le groupe de travail s'est réuni de janvier à juin 1999.

Ce document se veut une recherche prospective sur le devenir des patrimoines immobiliers hospitaliers, bien commun qui ne doit pas être dispersé.

Le patrimoine est une ressource transmise par le «pater». Le patrimoine hospitalier doit être modernisé pour répondre aux contraintes de la médecine technologique moderne. Il doit s'adapter aux nouvelles conceptions du système de santé, qui projette de redonner au patient une vision globale du système de santé afin de lui éviter le recours systématique à l'hospitalisation.

Le système de soins hospitaliers sera plus petit, plus spécialisé, plus technique. Les restructurations actuelles de l'offre de soins préfigurent la nouvelle configuration de ce système, ...et laissent voir l'ampleur des friches immobilières dont il faudra déterminer le réemploi.

Il faut en effet se souvenir que l'hôpital est aussi le lieu de la gestion collective du malheur. Cette fonction sociale est consommatrice d'espace, et explique l'importance du patrimoine immobilier des hôpitaux dans les centres des villes. L'espace hospitalier n'est pas surabondant.

L'enjeu est de fixer les règles qui permettront de déployer l'immobilier hospitalier qui n'est plus utilisé par les soins au profit des réseaux de santé, des services médico-sociaux, des services collectifs en général. En même temps, ces règles permettront de réintégrer ces bâtiments libérés dans la vie de la cité.

Le groupe de travail s'est efforcé de tracer les contours de la gestion future de ce patrimoine immobilier hospitalier «hors soins» certes, mais encore intégré au système de santé.

Enfin, le groupe de travail a souligné l'urgence de cette réflexion, qui doit mettre un terme au circuit court actuel, qui consiste à vendre le patrimoine hospitalier pour financer la construction de nouveaux hôpitaux.

Le groupe de travail :

Les personnes suivantes ont apporté, à titre personnel, leur concours à cette réflexion :

Madame

Marie-Thérèse Duray, Inspecteur, Direction Nationale d'Intervention Domaniale DNID.

Messieurs :

Georges Broun, Professeur de la Faculté de Médecine Lariboisière-Saint Louis.

Pierre-François Cuif, Doctorant en droit, enseignant à l'Université de Paris I-Panthéon-Sorbonne.

Michel Daigne, Ingénieur ECP, ISAM Ressources.

Jean Fucher, Ingénieur ETP, Synorga.

Daniel Gautier, Economiste de la santé, expert hospitalier.

Pierre Le Mauff, Directeur général honoraire du CHU de Bordeaux, Président honoraire de la conférence des directeurs de CHU.

Ce document ne reflète pas nécessairement les politiques, vues ou prises de positions officielles des organisations énumérées ci-dessus.

Sommaire

Introduction p.5

Première partie

La problématique de production et de valorisation du patrimoine immobilier hospitalier.	p.9
1-1 Les caractéristiques des biens immobiliers	p. 9
1-2 La gestion de l'espace hospitalier	p.11
1-3 Le cycle de production du bâtiment	p.12
1-4 La constitution d'un patrimoine hospitalier historique	p.13
1-5 La valorisation des friches hospitalières	p.14
1-6 La formation des prix du marché immobilier	p.15
1-7 Un exemple : la MRAI.	p.16

Deuxième partie

L'esquisse d'une solution : la fonction de propriétaire immobilier hospitalier.	p.17
2-1 Le métier de gestionnaire d'actifs immobiliers	p.17
2-2 La particularisation d'une fonction «patrimoine immobilier » au sein de chaque établissement de santé	p.18
2-3 Faire évoluer le service public hospitalier	p.19
2-4 Mutualiser la fonction propriétaire, par regroupement locaux en «communautés d'établissements »	p.21
2-5 Par subsidiarité : une expertise nationale	p.23

Conclusion p.24

L'Association Centrale Santé p.27

Prestations de gestion d'actifs immobiliers p.28

Introduction

Les actifs immobiliers des Etablissements Publics de Santé sont estimés à 300 milliards de francs, chaque hôpital étant le propriétaire de son parc immobilier.

Outre ses fonctions de production de soins, chaque hôpital, comme tout propriétaire immobilier, doit donc assurer non seulement la sauvegarde matérielle de ses actifs immobiliers, mais améliorer - au moins conserver- leur valeur initiale.

La conservation d'un patrimoine immobilier implique que les bâtiments qui le composent soient en permanence en adéquation avec l'activité qu'ils abritent.

L'activité abritée par les bâtiments hospitaliers s'est profondément modifiée dans le temps : d'abord lieu d'hébergement des pauvres, la fonction de l'hôpital n'est pas, à l'origine, de soigner, mais de recueillir tous ceux qui, temporairement ou définitivement ne sont plus pris en charge par la cellule familiale.

Le dispositif de prise en charge du malheur évolue, et avec lui le bâtiment hospitalier se modifie : de bâtiment communautaire indifférencié, dont le couvent était le prototype, l'hôpital devient au 17^{ème} siècle une construction grandiose destinée à protéger la société des maladies infectieuses et ...des mendiants. Au début du 19^{ème} siècle, le développement des sciences médicales se greffe sur l'hospitalité. L'hôpital devient un lieu de soins de pointe, et on attribue à chaque branche de la thérapeutique une unité individualisée au milieu de cours et jardins.

Le savoir médical et le progrès technique se développent rapidement, avec des conséquences importantes sur la conception des bâtiments hospitaliers. L'influence pastorienne sur la forme architecturale est immense : les jardins sont sacrifiés aux extensions ultérieures, et le développement des bâtiments s'opère au rythme de la spécialisation médicale : à partir du bâtiment originel, on ajoute un bâtiment de chirurgie, un pavillon pour tuberculeux, une maternité, un foyer pour enfants, et enfin un hospice pour vieillards. La recherche architecturale est liée à la fonctionnalité, et le patrimoine doit s'adapter à tout prix à cette évolution des technologies.

Tant que le rythme d'évolution des sciences médicales permettait la modification des bâtiments hospitaliers, la compatibilité entre l'usage du bâtiment et sa sauvegarde patrimoniale était possible. Mais aujourd'hui, le cycle d'obsolescence du process médical est plus rapide que le rythme de production des constructions hospitalières : l'adaptation des bâtiments existants demande du temps, et impose des contraintes.

En outre, l'ordonnance de 1996 remet en cause l'organisation actuelle de la production de soins : l'individualisme de chaque établissement doit laisser la place à la coopération entre établissements. Ce principe de coopération est un des principaux outils de restructuration de l'offre de soins. Les Etablissements Publics de Santé peuvent dans un premier temps constituer des réseaux de soins en vue d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination

et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance des soins de proximité et de qualité en association avec les médecins libéraux et professionnels. Ces réseaux de soins préfigurent les communautés d'établissements dans un même secteur, qui sont rendues obligatoires à terme.

Cette adaptation est liée aux objectifs définis en terme d'amélioration de la santé des populations. Ils redéfinissent de nouvelles politiques de régulation, qui visent à optimiser les performances globales de l'offre de soins en général, et les performances de la gestion des établissements hospitaliers en particulier.

Les règles de financement public, qui séparent strictement l'investissement et l'exploitation défavorisent de fait l'investissement. A cela se sont ajoutées les contraintes de la régulation par le «budget global». La conséquence a été l'affectation des crédits de fonctionnement et d'investissement en faveur de l'entretien et de la modernisation de l'offre technique de soins, au détriment de l'entretien du patrimoine immobilier, la spécialité de l'hôpital étant devenue la production de soins. La valorisation du patrimoine immobilier n'était pas inscrite dans cette spécialité, de telle sorte qu'aucune politique de valorisation immobilière n'a pu être mise en place. Les seules dépenses immobilières consenties dans l'urgence étaient celles de sauvegarde.

Dans ces conditions, il était vrai de dire que le bâtiment hospitalier freinait l'évolution des technologies médicales, et la tentation a été forte de construire dans des espaces vierges de nouvelles usines à soins intégrant les dernières technologies médicales.

La nouvelle politique de régulation, issue de l'obligation de la coopération entre établissements devrait améliorer l'intégration des fonctions médicales et administratives. L'allocation des ressources, lorsqu'elle sera basée sur les coûts par "groupes homogènes de malades –GHM", dans un contexte de budget fixé *ex ante* par le Parlement, contraindra l'hôpital à rentabiliser ses moyens de production de soins, donc à valoriser ses actifs immobiliers. En effet, à budget constant, tout gisement d'économie non exploité implique en aval un rationnement des soins.

Le patrimoine immobilier hospitalier est inadapté, surabondant, obsolète...mais le patrimoine qui n'est plus utilisé directement pour la production de soins ne doit pas pour autant être aliéné sans une réflexion préalable sur la fonction sociale qui intègre depuis toujours l'hôpital à la vie de la cité. Il faut se souvenir que la fonction primordiale de l'hôpital est d'être le lieu de gestion collective du malheur. Cette fonction sociale est consommatrice d'espace, et explique l'importance du patrimoine immobilier des hôpitaux.

La problématique de la restructuration du patrimoine immobilier hospitalier dans le cadre de la nouvelle régulation du système de soins se pose en fait de la façon suivante :

1. Le propriétaire des actifs immobiliers hospitaliers, gardien de leur valeur, est-il soucieux de leur conservation ?
2. L'immobilier doit-il inéluctablement être un frein au développement des technologies médicales, et aux réorganisations de l'offre de soins ?
3. Est-il possible de changer les règles du jeu, concernant l'arbitrage entre les crédits d'entretien des bâtiments et le développement technologique, dans un cadre de budget constant ?

4. Y a-t-il incompatibilité entre le rôle du propriétaire du bâti hospitalier et celui du producteur de soins de santé ?
5. Des groupements de coopération sanitaires peuvent-ils permettre au système de production de soins de se réappropriier les biens immobiliers hospitaliers. Faut-il inventer d'autres processus de gestion, trouver de nouvelles formules qui permettent de protéger le patrimoine hospitalier, et de réconcilier investissement et exploitation ?

Ces questions tournent finalement autour de l'impuissance actuelle du gestionnaire de l'hôpital d'être un « bon propriétaire », c'est à dire sachant exploiter ses actifs immobiliers, les valoriser ou au moins conserver la valeur de son droit de propriété.

Pour répondre à ces questions, le groupe de travail s'est d'abord interrogé sur le mode de production de l'immobilier lié aux soins. Les mécanismes, urbains notamment, de valorisation des patrimoines qui ne sont plus directement intégrés à la production de soins ont été étudiés, ainsi que les conditions dans lesquelles l'immobilier doit s'organiser pour offrir qualité de prise en charge des patients, qualité des conditions de travail et fluidité du progrès technologique sont décrites.

Une fois la problématique posée, le groupe de travail a esquissé des solutions, qui s'appuient sur la nécessité d'avoir, dans chaque établissement de santé, une vision patrimoniale de l'immobilier. Cette fonction patrimoniale de gestion des actifs immobiliers doit aboutir à une **gestion propriétaire** du patrimoine immobilier, impliquant pour chaque établissement de santé la mise en place d'une comptabilité analytique « propriétaire immobilier » permettant de répartir les investissements et les frais d'entretien en loyers et en charges.

Le groupe de travail a ensuite imaginé que, dans un principe de spécialisation et d'efficacité, les établissements de santé, une fois la notion de gestion "propriétaire" explicitée en leur sein, confient à une **communauté d'établissement** la valorisation du reste de leur patrimoine immobilier « hors soins ».

Le groupe de travail a réfléchi au problème de l'aliénation de biens immobiliers hospitaliers, dans le cadre d'un arbitrage des actifs immobiliers. Les évolutions du service public hospitalier sont difficilement prévisibles au-delà de 15 ans. Il semble donc nécessaire de poser le principe de la non-aliénation des biens hospitaliers, afin de préserver les possibilités de développement du service de santé à partir de sites préservés.

Une étude juridique et technique concernant la création de groupements de gestion d'actifs immobiliers hospitaliers (GAIH), qui pourraient se rapprocher de la forme du groupement d'intérêt public régionaux (GIP), chargés de valoriser les biens de leurs membres et gestionnaires des espaces de production de soins montre la pertinence de cette solution qui permet de respecter les objectifs fixés : (1) garantir en priorité l'exécution du service public hospitalier dans des bâtiments adaptés à la production de soins, (2) garantir l'affectation prioritaire des bâtiments libérés de la production de soins au profit de la demande d'espaces médico-sociaux exprimée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, (3) faire valoriser l'immobilier désaffecté ou non affecté (à la fois donc « hors soins et hors santé ») restant par un propriétaire public soucieux de la gestion performante de ses actifs immobiliers, puisque les revenus qu'il en obtient sont affectés au système de production de soins, voire au système de santé ; enfin et surtout (4) répondre aux objectifs de restructuration fixés par l'ordonnance du 1996. C'est en

effet le sens de la communauté d'établissement, qui a vocation de regrouper, donc de restructurer l'offre de soins.

Enfin, par subsidiarité, deux fonctions ont été reportées au niveau national : (1) un observatoire des coûts de loyers et de charges des établissements de santé, qui permet de comparer la gestion immobilière des établissements entre eux, et (2) un service de valorisation du patrimoine "hors soins-hors santé", spécialiste reconnu, unique et objectif de la valeur urbaine des propriétés immobilières des établissements de santé.

Ce niveau national est un niveau d'expertise et de conseil.

Pour accompagner avec efficacité la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de régulation, il a paru en effet important de laisser les décisions "propriétaire" au niveau de la Région, qui est le niveau de la formation du marché des soins de santé.

1- La problématique de production et de valorisation du patrimoine immobilier hospitalier.

1-1 Les caractéristiques des biens immobiliers

1- La durabilité

Les biens immobiliers se caractérisent par la durabilité. Ils présentent la plus longue durée de vie économique de tous les biens, ce qui amène à distinguer

- le stock de biens immobiliers
- le flux des services rendus par ces biens.

L'usage que l'on fait d'un bloc opératoire, d'un service de soins est produit par le bien immobilier qui abrite ces activités.

Il y a donc deux marchés à distinguer :

- le bien de consommation, qui est le service rendu, et qui déterminera un coût, qui est le loyer,
- un bien d'investissement, qui est le bâtiment abritant le service.

Les deux marchés sont reliés par le flux de services produits.

La durabilité a de nombreuses implications :

- le coût unitaire du bien immobilier est élevé, la production du bien dure longtemps, ce qui implique d'en organiser le financement à long terme.
- les modifications du parc immobilier (stock) sont lentes, et son adaptation difficile.

C'est pourquoi l'immobilier connaît la spécialisation par l'usage, et qu'apparaissent des catégories d'immeubles liées à l'activité économique qu'ils abritent.

2- le rôle patrimonial

Le rôle patrimonial des biens immobiliers découle directement de leur durée de vie. La production d'un bien immobilier, même nécessitée par l'usage que l'on projette d'en faire, s'accompagne toujours d'une restructuration des actifs au niveau du bilan : l'immobilier relève de la théorie financière de l'investissement.

3- l'hétérogénéité

Ce sont les caractéristiques des biens immobiliers qui fournissent de l'utilité, et non les biens eux-mêmes. De ce fait, deux biens "plateau technique" ou "services de soins" ont des caractéristiques totalement différentes, même si l'usage est identique : deux biens immobiliers peuvent avoir la même valeur d'usage pour une activité donnée, alors qu'il ne s'agit pas du même produit. Un changement d'usage peut valoriser l'un et desservir l'autre.

En outre, il est difficile d'en connaître le prix unitaire, car l'utilité d'un bien est comptée en produit prix x quantité, et non à l'unité.

4- la localisation

Un bien immobilier est localisé dans l'espace...il est immobile.

Son utilité est donc issue aussi de sa localisation. La valeur de la localisation dépend du site d'implantation, et non seulement du bien construit lui-même.

Cette absence de fluidité de l'offre empêche les ajustements avec la demande, et la localisation ajoute au caractère hétérogène du bien, et contribue à la segmentation des marchés.

Souvent situés dans les centres des villes, les actifs immobiliers hospitaliers représentent les «*bons emplacements*» recherchés par tout gestionnaire d'actifs immobiliers. Les restructurations de l'offre de soins doivent donc intégrer cette notion de localisation, l'une des principales sources potentielles de valeur.

A l'économie immobilière s'ajoute le chapitre de l'économie foncière.

5- L'asymétrie d'information

Pour valoriser son patrimoine immobilier, l'établissement public de santé doit accéder aux informations du marché immobilier.

Or, le marché immobilier est un marché où l'hypothèse d'information parfaite et identique pour chaque acteur qui fonde l'analyse néoclassique en termes de marché doit être remise en cause : l'information y est une variable stratégique, asymétrique, inégalement répartie, et manipulée.

Il existe une asymétrie d'information entre les acteurs du marché immobilier, et l'hôpital, propriétaire de ses actifs hospitaliers. Il est donc nécessaire que l'hôpital mette en place des procédures d'appropriation directe de l'information immobilière.

Il faut pour cela que l'information immobilière soit d'abord synthétisée dans l'établissement de santé, par une fonction «patrimoine immobilier » dont l'objectif sera :

- d'acquérir, centraliser et synthétiser les informations internes concernant le patrimoine immobilier de l'établissement, faire émerger les besoins, formaliser et faire valider la demande,
- de rechercher l'information extérieure concernant l'offre immobilière et le marché foncier.

L'unicité de la fonction "patrimoine immobilier", par la centralisation de l'information, peut seule permettre à l'hôpital d'accéder aux informations du marché immobilier, et d'en contrôler la validité.

6. L'intervention de l'Etat

Le principe d'équité, l'existence d'externalités négatives et l'imperfection de l'information amènent l'Etat à intervenir dans le marché foncier, et dans l'urbanisme.

L'urbanisme se définit comme l'ensemble des mesures politiques, administratives, financières, économiques, sociales ou techniques destinées à assurer la croissance harmonieuse d'une cité. Le mot vient du latin "urbs", qui signifie ville.

La politique d'urbanisme s'est développée avec l'ère industrielle, et les externalités négatives ont amené très tôt l'Etat à intervenir, avec la mise en place d'un droit de l'urbanisme, dont l'objet est :

- d'encadrer les diverses initiatives tendant à occuper ou utiliser le sol urbain, avec des actions de police. C'est la création de la police du bâtiment.
- de fournir aux autorités compétentes, et aux particuliers, les moyens juridiques d'assurer une vie urbaine convenable. C'est l'idée d'un service public de l'aménagement urbain.

L'utilisation du sol obéit aux prescriptions du plan d'occupation des sols, ou en l'absence de ce dernier à la réglementation nationale.

Ordonnances et décrets du 31 décembre 1958 perfectionnent la planification urbaine, et posent les principes de l'urbanisme opérationnel : l'administration est garante des équipements collectifs urbains.

La loi d'orientation foncière du 30 décembre 1967 adopte le principe de division de la planification urbaine en :

- un schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme –SDAU-, qui sert de référence pour les choix du développement à long terme, et qui s'étend sur "l'agglomération urbaine", donc est pluri-communal.
- un plan d'occupation des sols -POS-, élaboré par chaque commune dans le respect des orientations du SDAU, déterminant les droits et les obligations de chaque propriété (appelée parcelle) de terrain de la commune. Le POS est opposable aux tiers.

La loi de 1967 donne aux élus locaux une place importante dans la planification.

La loi "aménagement" du 18 juillet 1985 pose le principe de décentralisation de l'urbanisme. Les charges de l'urbanisme sont transférées aux communes, et en 1996, près de 15.000 POS sont exécutoires.

1-2 La gestion de l'espace hospitalier.

L'espace hospitalier est géré par le plan directeur. Le décret n°74-569 du 12 mai 1974 introduit la notion de plan directeur. Cette notion de plan directeur n'a pas été reprise en tant que tel dans le cadre de la loi de juillet 1991, mais le plan directeur demeure une étape capitale de la planification à long terme des grands projets d'un établissement, comme le rappelle la circulaire n° 44 du 10 décembre 1993 relative aux investissements des établissements publics de santé.

Le projet médical détermine la stratégie de l'hôpital en matière de production de soins. Il segmente l'activité médicale, et l'analyse en terme de synergie avec le reste de l'activité de l'hôpital. C'est le plan marketing de l'industriel.

Le projet d'établissement donne les moyens de la mise en œuvre des objectifs du projet médical, c'est le plan de développement de l'industriel. Il se concrétise par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'hôpital, en tant que producteur de soins, et l'agence régionale, en tant que représentant des besoins en soins. C'est le plan de financement.

Le plan directeur, volet immobilier de ce plan de développement, traduit l'adéquation entre :

- le besoin en surfaces de production, issu du projet médical et du projet d'établissement,
- l'offre de surfaces, constituée des constructions existantes, et des potentialités offertes par les sites hospitaliers.

Offre et demande d'espace de soins sont donc réduits à cette recherche d'adéquation entre l'usage projeté et les bâtiments existants.

L'immobilier, dans cette démarche, est traité comme un bien de consommation, et non comme un bien d'investissement.

1-3 Le cycle de production du bâtiment.

Le cycle de production du bâti est mal perçu par les utilisateurs concernés, car il comporte des étapes «silencieuses» : plan directeur, programme technique détaillé, auxquels les médecins ne s'impliquent pas ou si peu, les échéances leur paraissant lointaines.

Vient ensuite la phase du concours d'architecture, où l'on observe un peu de mouvement, notamment quand le jury se réunit pour choisir l'équipe de maîtrise d'œuvre.

Tout repart ensuite dans le silence des études d'avant-projet détaillé, de projet et de constitution des dossiers d'appel d'offres. L'ouverture du chantier, qui peut avoir lieu 4 à 6 ans après le coup d'envoi du plan directeur réveille enfin le système : les équipes médicales commencent à s'intéresser au projet, avec la vision des dernières technologies, qui pour certaines n'existaient pas au moment de la conception. Mais les remarques faites ne peuvent plus être prises en compte à ce stade du projet, d'où un début de sentiment de frustration de la part des utilisateurs. Et c'est à la réception des travaux du nouveau bâtiment, quelques 2 ans après le début des travaux, que la prise de possession des locaux par les utilisateurs montre l'écart entre ce qu'ils auraient voulu, mesuré à l'aune des méthodes de travail actuelles, et ce qu'ils obtiennent. Les utilisateurs n'ont, en fait, pas participé à l'aménagement de leur outil de travail. La frustration est complète !

A ce stade de la réflexion, se sont posées les questions suivantes :

Pourquoi ne fait-on pas des bâtiments plus flexibles ? Qu'est-ce que la flexibilité en matière de construction ?

Faut-il revenir aux modes de travail des années 70, avec la simplification des procédures administratives, qui a permis de simplifier et accélérer le processus de production du bâti ?

Faut-il déconnecter complètement le plateau technique de l'hébergement, pour tenir compte des cycles différents d'évolution technologique ? Mais à l'intérieur du plateau technique les évolutions sont aussi différentielles. Et l'hébergement est très diversifié, entre services de soins de courts, moyens et longs séjours, ou de réanimation. Faut-il faire de la chirurgie ambulatoire un centre à part ?

Peut-on prévoir comment on soignera dans trois ans, pour raccourcir le cycle d'obsolescence ?

La longueur du cycle de production de l'immobilier hospitalier, et les procédures actuelles ne favorisent pas la participation des utilisateurs à la conception de leur outil de travail. C'est un dysfonctionnement majeur du système.

1-4 La constitution d'un patrimoine historique.

1-41 La dotation non affectée – DNA

La plupart des établissements publics de santé sont propriétaires d'un ensemble immobilier non affecté aux soins, appelé DNA. Cette DNA est considérée historiquement comme le bien des pauvres, car les revenus qu'elle procurait étaient destinés à la fourniture de soins pour les indigents.

Cette DNA est composée de la manière suivante :

- le domaine urbain, constitué d'immeubles bâtis et non bâtis situés dans une agglomération. Ces immeubles peuvent être situés dans l'enceinte de l'hôpital ou hors de cette enceinte.
- les propriétés rurales, qui s'avèrent être, dans l'unité patrimoniale, le capital foncier le plus répandu. Cette sorte d'universalité est assortie d'une grande variété. On y trouve les vignobles.
- les jardins se rencontrent dans presque tous les hôpitaux.
- les bois et les forêts

La gestion de la DNA constitue, pour ainsi dire, une gestion parallèle à la gestion hospitalière. Car si le domaine privé de l'hôpital n'est pas affecté directement à la mission d'intérêt général, qui incombe à un établissement public de cette nature, on peut admettre implicitement qu'il y concourt. Cette hypothèse n'est plausible toutefois que dans le cas de propriétés utilement exploitées, entretenues avec soin, productrices de revenus, et présentant pour l'avenir des signes d'accroissement : de par son caractère, la DNA doit être productrice de richesses, et c'est vers cet objectif que doivent tendre les préoccupations de ses administrateurs.

L'actif immobilisé brut des établissements de santé est comptabilisé pour une valeur de 215 milliards de francs en 1996. On ne connaît pas la part représentée par la DNA, mais on en connaît le coût d'exploitation, isolé dans le budget annexe n°4, « DNA ».

Fonctionnement de la DNA

Budget annexe n°4 : dotation non affectée

en millions de francs

	1 992	1 993	1 994	1 995	1 996	1 997
Charges de fonctionnement	1 112,3	296,8	318,1	313,8	343,7	357,2
Produits de fonctionnement	1 236,7	482,4	542,4	538,0	606,2	636,7
Résultat du budget annexe n°4 DNA	124,4	185,6	224,3	224,2	262,5	279,5

Sources : Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Les comptes des établissements publics de santé.

Exercices 1992-1993, 1994, 1995, 1996, 1997.

1-42 Le patrimoine désaffecté.

Au contraire de la dotation non affectée, il s'agit d'un patrimoine initialement prévu pour répondre à une production de soins, mais qui est devenu obsolète. Les hôtels-Dieu en sont l'exemple typique, mais il ne faut pas oublier tout le parc immobilier des sanatoria, brutalement désaffecté lors de la découverte de la streptomycine, et aujourd'hui le parc des hôpitaux psychiatriques.

Souvent ces bâtiments sont classés « monuments historiques », le classement et l'inscription à l'inventaire supplémentaire constituant les mesures traditionnelles de protection de ces bâtiments dont l'intérêt historique ne coïncide plus avec les modes actuels de production de soins.

1-5 La valorisation des « friches hospitalières ».

Les difficultés d'adapter les bâtiments neufs au processus de production de soins montrent qu'il est parfaitement illusoire de vouloir en plus intégrer les contraintes de réadaptation et de réhabilitation de bâtiments anciens, voire de bâtiments classés « monuments historiques ». Le gestionnaire de l'hôpital souhaite donc disposer d'un outil de production de soins adapté et sûr, afin de ne pas laisser derrière lui des friches immobilières dont personne ne s'occupe.

Pour desserrer la contrainte légitime de réutilisation du patrimoine immobilier existant, il a paru intéressant de se poser la question de la valorisation des actifs immobiliers hospitaliers désaffectés ou non affectés.

On peut même dire que si l'on apporte une solution à la réutilisation des patrimoines désaffectés, c'est l'ensemble du patrimoine actuel qui pourra être désaffecté, les soins étant pour la plupart produits dans des bâtiments obsolètes. L'enjeu pourrait donc être de pouvoir « déployer » quelques deux à trois cents milliards de francs de patrimoine immobilier hospitalier, de qualité et d'âges divers, souvent situés à de « bons emplacements ».

Le débat tourne alors sur le mode de valorisation de ce patrimoine immobilier. La valorisation d'un bâtiment faite par les services fiscaux repose sur la valeur vénale actuelle. Le seul « hospitalier » capable aujourd'hui de raisonner spontanément en terme d'urbanisme est le...président du conseil d'administration, souvent également le maire de la commune. La logique de raisonnement est alors facile à comprendre : les biens qui s'intègrent dans le développement de la commune, c'est à dire pour lesquels un projet d'urbanisme existe, sont repris par la commune pour leur valeur vénale, souvent largement inférieure à la valeur « d'usage » du marché immobilier. Mais ce sont des « biens communs » dont l'hôpital n'a plus l'utilité, que le principe de spécialité ne pousse pas à valoriser, et qui finalement servent encore au bien...communal. Les autres biens, d'une réutilisation difficile, sont laissés à l'abandon, à la charge du système de soins.

L'arbitrage de fait de la gestion des actifs immobiliers hospitaliers, revient à se laisser dépouiller du bon pour entretenir le mauvais. Pourtant, estimer la valeur d'un bien immobilier en fonction des réutilisations possibles, intégrer ses actifs

immobiliers dans un projet d'urbanisme sont des rôles fondamentaux du propriétaire.

C'est l'urbanisme et la demande de biens immobiliers qui crée la demande de foncier, et fixe sa valeur.

1-6 La formation des prix du marché immobilier.

Le marché foncier est un marché spécifique, puisque :

- C'est un marché sur lequel s'échangent des biens qui n'ont pas de coûts de production, si l'on parle du sol sans les équipements. C'est un bien qui n'a pas de valeur de production, mais qui a un prix de marché,
- c'est un marché spéculatif, dans lequel les anticipations des agents jouent un rôle important,
- c'est un marché de concurrence imparfaite, à la transparence nulle, les biens étant hétérogènes,
- C'est un marché "subordonné" au marché de l'immobilier, le prix du terrain dépendant de l'usage du bien immobilier qui peut s'y édifier.

Pour la formation du prix du sol, une articulation s'opère entre le prix du sol et le prix du bien immobilier dont le terrain est le support.

Le prix du sol se forme suivant le "compte à rebours" du promoteur, par le reste admissible du bilan de l'opération de promotion. Il peut se former aussi par la valeur d'aménagement. Dans ce cas, le coût de viabilisation des sols s'ajoute au prix du sol nu pour aboutir au prix du "terrain équipé". Si le sol fait partie d'une zone équipée par un aménageur, le prix du sol se forme par référence au bilan final de l'aménageur.

Bien entendu, ce dernier prix devra être compatible avec celui du "compte à rebours", faute de quoi le terrain restera inutilisé jusqu'à ce que des mécanismes correcteurs se mettent en place.

Le prix du sol dépend de la constructibilité autorisée à cet endroit par le POS.

Il dépend aussi de sa localisation, c'est pourquoi la notion de site est importante, particulièrement dans le cas de l'hôpital dont les constructions sont hors du marché immobilier, mais dont les sites sont forcément intégrés au marché foncier local. On sait donc en déterminer le prix.

Toute production immobilière s'inscrit dans l'adéquation de ces trois éléments : le site, le produit, le prix.

1-7 Un exemple : la MRAI.

La réduction des effectifs affectés à la défense dans le cadre du plan "Armée 2000" ont amené le Ministère de la Défense à gérer un grand nombre de sites immobiliers qui se sont trouvés désaffectés. L'approche de la valorisation d'actifs immobiliers a été faite pour ces bâtiments militaires, par le biais de la mission de réalisation des actifs immobiliers (MRAI), qui pratique le « compte à rebours » du promoteur dans la valorisation des terrains militaires.

La mission de réalisation des actifs immobiliers (MRAI) dépend du secrétariat général pour l'administration (SGA) du Ministère de la défense, et plus précisément de la direction des affaires générales (DAG).

Créée en 1989 par la loi de programmation militaire, c'est une structure temporaire, reconduite tous les 5 ans jusqu'en 2002. Elle s'est substituée aux organismes comme le service du Génie, qui traitaient les échanges compensés avec les municipalités. Elle travaille en étroite collaboration avec les services fiscaux.

L'Etat est le propriétaire des biens immobiliers et les états-majors des différentes armées en sont les affectataires, qui jouent de-facto le rôle de propriétaires.

Avant toute proposition d'aliénation, l'état-major de l'armée affectataire doit organiser une consultation des autres armées et services du ministère de la défense pour leur proposer le bien. En cas de d'acceptation, le transfert s'effectue à titre onéreux. Si aucun état-major ou service interarmes n'est intéressé par l'offre, le service du Génie gestionnaire du bien établit un dossier d'aliénation qui est transmis à la DAG du SGA. C'est au ministre que revient la décision d'aliénation.

La vente en gré à gré n'est possible qu'aux collectivités territoriales : municipalités, départements, régions et ...établissements publics de santé. La vente ne peut intervenir que par adjudication publique pour les autres investisseurs.

La logique de la MRAI est de rechercher le prix du marché. Pour cela, elle demande aux investisseurs un bilan financier pour mesurer la charge foncière acceptable. Simultanément, elle procède à son propre bilan, ce qui l'amène à négocier avec les services fiscaux l'autorisation de vendre au prix défini par le bilan financier du promoteur.

La MRAI s'est progressivement positionnée en bureau d'experts spécialisés en projets urbains.

Cet exemple n'est pas applicable tel que pour l'hôpital. En effet, la MRAI valorise les propriétés immobilières d'un seul propriétaire, qui est l'Etat. Chaque hôpital étant le propriétaire de ses actifs immobiliers, c'est plus de mille propriétaires qu'il faudrait regrouper pour arriver à cette structure.

D'autre part, le système de santé évolue profondément, mais ne décroît pas. Il est donc impératif de ne pas aliéner les actifs hospitaliers pour préserver les évolutions à venir.

Mais il faut retenir dans cet exemple que l'administration militaire s'est donné les moyens de mettre en place une structure spécifique devenue experte dans le domaine du marché immobilier. Cette appropriation de l'information immobilière par l'administration lui permet de dialoguer avec les spécialistes du marché immobilier sur un plan d'égalité, et par conséquent de valoriser au mieux de ses intérêts ses actifs immobiliers.

2-L'esquisse d'une solution : la fonction de propriétaire immobilier hospitalier.

L'objectif de l'établissement de soins est de concilier les impératifs de gestion avec le respect de la « promesse implicite » faite par le médecin hospitalier à son patient de tout mettre en œuvre pour qu'il recouvre la santé,¹.

La construction de locaux de soins, ainsi que leur entretien, est l'un de ces impératifs. Mais l'hôpital ne doit pas seulement construire de nouveaux locaux pour les soins. En tant que propriétaire immobilier, il a le devoir de gérer ses actifs immobiliers, y compris ceux dont il n'a plus l'usage pour produire les soins. Cette gestion globale est du ressort de la direction générale de l'établissement, sous le contrôle du Conseil d'Administration, propriétaire du patrimoine hospitalier.

2-1 Le métier de gestionnaire d'actifs immobiliers

Certains propriétaires délèguent la gestion de leurs immeubles à des spécialistes auxquels ils demandent de rentabiliser leur investissement et mettre en valeur leur patrimoine. Ces spécialistes, *gestionnaires d'actifs immobiliers*, interviennent essentiellement dans le domaine de la gestion des immeubles de bureaux (en particulier tous les immeubles de grande hauteur –IGH–), des centres commerciaux, d'immeubles d'habitation.

Les services proposés concernent :

- La gérance d'immeuble : régularité des revenus locatifs, maîtrise des charges, optimisation de la maintenance technique de l'immeuble, prise en charge administrative, comportant la comptabilité, le suivi juridique, le suivi de la fiscalité, des assurances...
- L'expertise immobilière, comportant l'évaluation en immobilier d'entreprises, les estimations de droit au bail, les estimations de valeur locative et vénale, les valeurs des indemnités d'éviction des locaux commerciaux, les études techniques et urbanistiques de mise en valeur du patrimoine

Enfin, la prestation "d'asset management" permet au propriétaire d'avoir une vision globale de son patrimoine immobilier. Cette prestation comporte les étapes classiques d'audit, de conseil, de valorisation et d'arbitrage, et permet de se constituer un "portefeuille patrimonial" à la fois adapté à son usage et qui se valorise avec le temps.

En annexe, la reproduction d'une annonce d'un gestionnaire d'actif canadien illustre l'ensemble des prestations proposées par les gestionnaires d'actifs immobiliers.

¹ HARRIS Jeffrey E., "The internal organization of hospitals : some economic implications", The bell journal of economics, 1977, n° 8(2), pages 467 à 481.

2-2 La particularisation d'une fonction «patrimoine immobilier» au sein de chaque établissement de santé.

La gestion du patrimoine immobilier de l'hôpital est en général partagée entre trois services :

- les services techniques, (travaux, études), conducteurs d'opérations de travaux neufs, de réhabilitation et de grosses réparations immobilières,
- les services économiques, pour une partie de l'entretien, de l'exploitation,
- le service des domaines, gestionnaire de la dotation non affectée,

et dépend de deux directions :

- la direction financière, qui intervient en tant que directeur d'investissement,
- les directeurs de sites, qui sont impliqués dans le développement, la maintenance et l'entretien du patrimoine productif dont ils sont les responsables opérationnels.

Ce système où :

- le patrimoine qui n'est plus utilisé (et qui devrait être désaffecté) n'est plus intégré dans aucune procédure,
- les priorités budgétaires sont déterminées par la pression du processus de production de soins, c'est à dire les seules contraintes de l'usage,
- la gestion de la dotation non affectée est asservie aux contraintes, notamment budgétaires, du service public hospitalier,

est caractéristique d'un contexte d'incertitude, où l'information, asymétrique, et inégalement répartie, devient, au sein même de l'établissement, une variable stratégique et manipulée, qu'il conviendrait tout de même de maîtriser.

Pour maîtriser l'information, il est nécessaire d'avoir une vision globale de la gestion des actifs immobiliers. Cela implique la création au sein de l'équipe de direction d'une fonction unique "patrimoine immobilier".

On peut envisager d'étendre cette fonction à celle du "propriétaire immobilier" de l'hôpital.

Ce propriétaire, par la maîtrise de la comptabilité analytique, rassemble toutes les données d'investissement, d'entretien, de maintenance de l'immobilier hospitalier. Ces données peuvent être regroupées dans un tableau de bord spécifique. Il connaît les localisations de ses propriétés, leurs surfaces et les utilisateurs. Il est donc capable, comme n'importe quel propriétaire immobilier, de fixer à chacun le coût du loyer et des charges concernant les locaux qu'il occupe. Comme tout propriétaire, il ne s'inquiète pas de l'activité pratiquée dans ses locaux, à condition qu'elle soit effectuée "en bon père de famille", dans le respect des normes de sécurité, d'urbanisme, et d'hygiène propres à l'activité abritée. Son activité est financièrement équilibrée, mais à but non lucratif, car il abrite une activité de service public hospitalier.

2-3 Faire évoluer le service public hospitalier.

1- La formalisation juridique des adaptations hospitalières

L'article L.712-3-3 du Code de la Santé Publique (CSP) définit la possibilité pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier de s'organiser en **communautés d'établissements** dans un territoire.

Cet article permet de faire évoluer **le service public hospitalier**, déjà détaché de ses formes immobilières et régionalisées par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 (par exemple pour l'organisation des urgences), puis par l'Ordonnance n°96-346 favorisant la constitution des réseaux de soins (par exemple pour l'organisation de la néonatalogie). Il définit pour cela trois buts aux communautés d'établissements :

- favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les **redéploiements** des moyens qu'elles impliquent ;
- mettre en œuvre des actions de **coopération** et de **complémentarité**, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;
- répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine **médico-social**, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le service public hospitalier évolue dorénavant dans un contexte d'**adaptations hospitalières** régulé en premier lieu par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, en relation avec les autres institutions sanitaires sociales régionales et départementales.

L'article L. 713-12 du Code de la Santé Publique précise les différentes **formes juridiques** que peuvent revêtir les communautés. Les hôpitaux peuvent se regrouper suivant différentes modalités : signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique. L'Ordonnance n°96-346 y a ajouté les groupements de coopération sanitaire (GCS), forme allégée des syndicats hospitaliers (art.713-11-1 du CSP).

Les communautés d'établissements deviennent les opérateurs juridiques des adaptations du service public hospitalier dans son contexte institutionnel.

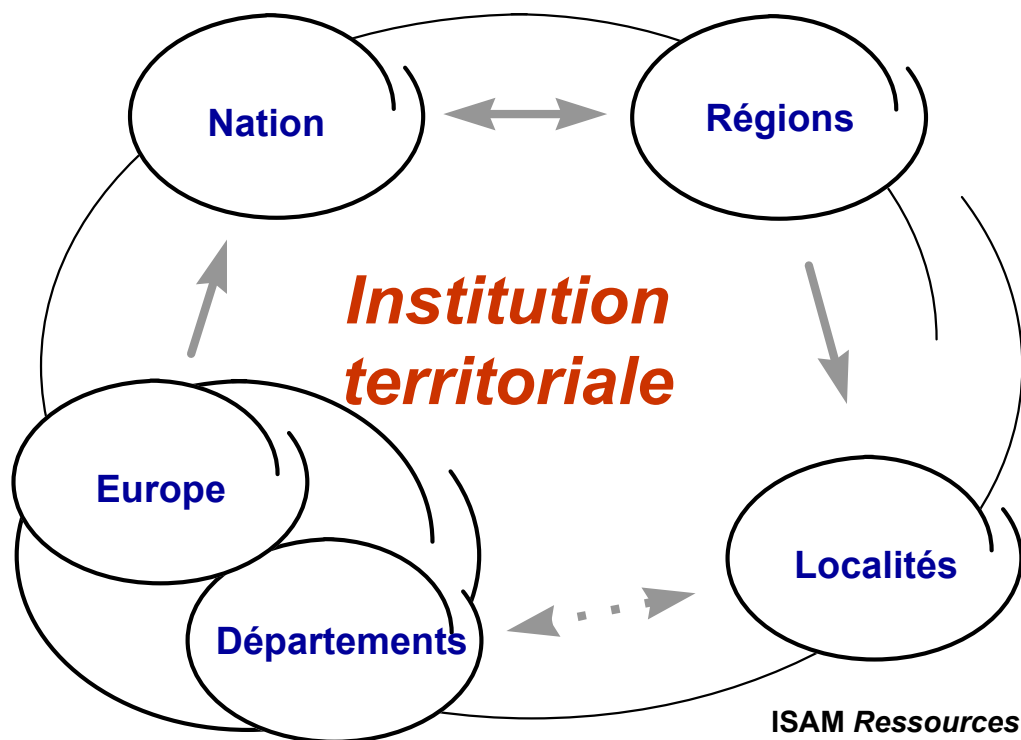
2- l'institution territoriale d'un service public hospitalier intégrant les adaptations hospitalières :

Le directeur de **l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH)** intervient par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaires (SROS), par la contrainte de la coopération entre établissements de santé et par l'agrément de la charte fixant l'objectif de ces communautés d'établissements. Le but des communautés d'établissements étant étendu *«aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées»*, l'institution territoriale doit aussi considérer les évolutions en cours dans ce domaine, par exemple les coordinations gérontologiques en liaison avec **l'institution sociale départementale**.

Ceci permet d'envisager des adaptations immobilières élargies aux établissements médico-sociaux, ce qui semble impératif étant donné le mouvement général de transformations immobilières résultant des progrès des

technologies de soins, et les réappropriations des immobiliers hospitaliers existants dans un objectif social et économique.

L'institution territoriale doit alors comprendre le niveau **régional**, de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, de l'URCAM², etc., le niveau **départemental** du Conseil Général, de la CPAM, etc., le niveau **local** des communautés professionnelles et de population, par exemple des zones d'emploi et leurs « paysages socio-sanitaires », le niveau **national** de la Direction des Hôpitaux, de la CNAMTS, etc. Ce niveau national se situe lui-même dans un contexte social et économique **européen**.



L'article L.712-3-3 précise que les communautés d'établissements sont constituées au sein d'un secteur sanitaire, mais qu'elles peuvent aussi être constituées dans le même pays au sens de la réglementation sur l'aménagement et le développement du territoire. Ceci ouvre la voie à la constitution de communautés d'établissements de santé en rapport avec la constitution de réseaux de santé, dans une institution territoriale commune.

² URCAM Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

CPAM : Caisses Primaires d'Assurances Maladie.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés.

2-4 Mutualiser la fonction propriétaire, par regroupements locaux en « communautés d'établissements »

2-31 Service public hospitalier.

Les établissements publics de santé assurent principalement le service public de santé (art. L. 711-1 du Code de la Santé publique -CSP). C'est la raison pour laquelle toutes les activités qu'ils exercent ou auxquelles ils participent doivent spécialement relever d'actions de santé publique ; et cela quelles que soient les modalités de leur accomplissement (Principe de spécialité).

Il s'agit de savoir si la gestion du patrimoine immobilier concourt au service public de santé. La réponse ne peut être que très nuancée étant donnée la fonction dévolue aux immeubles hospitaliers aujourd'hui dans l'accomplissement du service public de santé. (cf. par ex. l'art. L. 712-20 CSP qui ne vise que le redéploiement de «services, d'activités ou d'équipements hospitaliers »).

Pourtant deux constatations s'imposent. D'une part, la gestion du patrimoine immobilier s'apparente moins à une activité lucrative qu'à une activité de conservation du patrimoine hospitalier : la gestion du patrimoine immobilier concourt alors au maintien du service public de santé.

D'autre part, la gestion du patrimoine hospitalier peut s'inscrire dans la perspective du redéploiement des moyens hospitaliers que sous tend l'ordonnance de 1996 (articles L. 712-3-3 et L. 712-20 CSP) et au titre desquels devraient en toute logique figurer les immeubles bâtis ou non bâtis : la gestion du patrimoine hospitalier participe à la réorganisation du service public de santé initié par l'ordonnance de 1996.

Finalement la gestion du patrimoine hospitalier doit s'entendre non pas comme une activité lucrative mais comme une activité de gestion répondant au souci de **réorganisation** et de **conservation** du service public de santé.

Reste qu'il faut s'interroger sur les modalités d'exercice de cette activité, notamment sous la forme de coopération inter- hospitalière.

2-32 Aspects institutionnels de la gestion du patrimoine immobilier hospitalier

1-L'intérêt d'une coopération interhospitalière en matière de gestion du patrimoine immobilier hospitalier.

Selon l'ordonnance de 1996, le redéploiement des moyens hospitaliers peut (art. L. 712-3-3 CSP) mais aussi doit (art. L.712-20 CSP) s'organiser à partir d'actions de coopération entre différents hôpitaux. (Communautés d'établissements).

La coopération interhospitalière apparaît, en outre, comme un bon moyen de mettre en œuvre des actions de conservation du patrimoine hospitalier. (économie d'échelle, projet commun...).

2- Les différentes formes possibles

Les formes de coopération susceptibles de répondre à l'exigence de redéploiement et de conservation sont définies par le Code de la Santé publique.

L'article L. 713-12 CSP prévoit la coopération entre hôpitaux sous la forme de syndicats interhospitaliers, de GIE (groupement d'intérêt économique), de GIP (groupement d'intérêt public) ou encore de simples conventions.

Seuls le GIE et le GIP retiendront notre attention. La coopération sous forme de convention paraissant trop simple (même si elle peut présenter en tout état de cause une utilité), et le fonctionnement du syndicat interhospitalier a priori trop lourd.

3- Le choix d'un GIP

Le GIE ou groupement d'intérêt économique est une personne morale de droit privé distincte des membres qui la composent. Il permet à ses membres de favoriser une activité économique mais son caractère auxiliaire limite considérablement l'étendue de cette activité. En effet, l'activité du GIE ne peut pas prolonger l'activité principale que pourrait avoir l'un de ses membres. Cette activité doit nécessairement être secondaire. L'activité d'un GIE constitué par plusieurs établissements de santé pourrait consister en la mise au point d'études ou de projet de gestion de leur patrimoine respectif. La coopération en matière de gestion immobilière reste dans ce cas très limitée.

Le GIP ou groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public. Sous réserve du respect du principe de spécialité énoncé ci avant, le GIP pourrait être constitué dans le but de redéploiement des moyens hospitaliers. Le GIP a un caractère non lucratif qui lui interdit de rechercher des bénéficiaires. (art. 21 loi du 15 juillet 1982). Toutefois ne sont pas pour autant exclus les objets industriels, commerciaux ou professionnels, pourvu qu'ils soient exercés dans le cadre d'une gestion à but non lucratif.

4- Les modalités de fonctionnement

Le GIP est composé d'un conseil d'administration, lequel désigne un directeur qui assure le fonctionnement du groupement.

Les différents hôpitaux décidant de coopérer au sein d'un GIP peuvent lui faire apport de leurs immeubles dans le but que celui-ci les gère.

A ce titre, le GIP pourrait conclure des contrats avec des sociétés dans le but de restaurer ou «d'exploiter» le patrimoine immobilier qu'il administre. En outre, il pourrait consentir certaines aliénations d'immeubles dans un souci de redéploiement du service public hospitalier.

Il faut préciser toutefois que la gestion d'immeubles n'est pas l'activité habituellement exercée par les GIP hospitaliers. L'objet des GIP hospitaliers est en pratique la gestion d'équipements ou de services d'intérêt commun nécessaires à l'action sanitaire et sociale. Au-delà de l'exigence posée par le principe de spécialité déjà évoquée, c'est la structure même du GIP qui peut s'avérer inadaptée à la gestion immobilière.

En effet, d'une part, l'activité de GIP ne peut donner lieu à partage de bénéfices entre les membres et d'autre part, la durée des GIP est limitée dans le temps (5 à 15 ans). En outre, le GIP est soumis aux contrôles administratifs et financiers des établissements publics.

2-5 Par subsidiarité : une expertise nationale

Deux fonctions doivent être reportées au niveau national :

1- **un observatoire national des coûts** de maintenance et de gestion des bâtiments hospitaliers de production de soins

Cet observatoire harmonise les procédures de gestion immobilière de l'ensemble des établissements de santé.

Il retrace les différentes données comptables et techniques de ses membres "propriétaires", et leur permet, par comparaison de juger de leur efficacité en matière de gestion et de maintenance immobilière.

Des comparaisons avec la gestion privative d'immeubles doivent pouvoir être établies : gestion des immeubles de bureaux par exemple.

2- **une agence nationale de valorisation** du patrimoine "hors soins-hors santé", spécialiste reconnu, unique et objectif de la valeur urbaine des propriétés immobilières des établissements de santé. Comme pour la valorisation des terrains militaires, et à l'exemple de la MRAI, cet organisme donne son avis sur la pertinence de la nouvelle utilisation des sites, et veille en particulier que l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ait bien été consultée avant cette procédure de valorisation. C'est seulement après cet avis que le Groupement Public Gestionnaire d'Actifs Immobiliers Hospitaliers pourra valoriser librement les biens immobiliers en fonction des projets d'urbanisme rendus possibles par la libération des terrains.

Il paraît important de trouver pour les terrains et bâtiments hospitaliers une logique de valorisation reconnue par les différents partenaires, mise en œuvre par un organisme unique, incontesté, reconnu de la Direction Générale des Impôts, à l'exemple de la Direction Nationale d'Interventions Domaniales. L'adéquation entre la demande et l'offre d'espace hospitalier ne devrait se faire qu'en intégrant cette logique urbaine de valorisation.

Ce niveau national est un niveau d'expertise et de conseil.

Conclusion

Pour assurer une meilleure orientation du patient, favoriser la coordination et la continuité des soins, promouvoir la délivrance de soins de proximité en associant la médecine libérale et professionnelle, une profonde restructuration de l'offre de soins est actuellement en cours.

L'utilisation des bâtiments hospitaliers est en partie remise en cause, et de nouvelles constructions sont nécessaires. Le renouvellement du parc immobilier fait apparaître de nombreuses friches hospitalières.

Ces bâtiments désaffectés du fait de leur obsolescence sont souvent situés sur des sites fonciers intéressants, voire exceptionnels.

Chaque hôpital est propriétaire de ses actifs immobiliers, donc libre d'en disposer. Pourtant, afin de permettre une utilisation collective de ces bâtiments hospitaliers désaffectés en faveur des services médico-sociaux forts consommateurs d'espaces urbains, le groupe de travail a posé a priori *un principe de non-aliénation des actifs immobiliers hospitaliers*, tant qu'une réflexion préalable n'est pas conduite. Les espaces sont limités, et les enjeux des restructurations actuelles sont de permettre le déploiement des réseaux de soins, des services médico-sociaux, et de tout service collectif dans les espaces dont les établissements de santé n'ont plus besoin pour produire les soins.

Comme le patrimoine est unique, c'est l'ensemble des actifs immobiliers hospitaliers qui doivent faire l'objet d'une réflexion préalable à toute réutilisation.

C'est dans ce sens qu'une défense du patrimoine hospitalier doit être instaurée.

Pour cela, les principes suivants ont été énoncés, sachant que chaque établissement de santé garde comme objectif principal la production de soins.

- l'immobilier hospitalier est produit et géré par des groupements d'intérêt public, (GIP), distincts de la fonction de production de soins. Ces groupements assurent la gestion du patrimoine hospitalier dans l'esprit du maintien du service public de santé. Ils participent à la réorganisation du système de santé, et sont à but non lucratif.

Leur existence permet l'apparition d'un quasi-marché spécifique : le marché de l'immobilier hospitalier, caractérisé par :

- une demande d'espace de production de soins, issue du projet médical de chaque établissement de santé. Cette demande est formulée en terme de surface, de type d'activité et de localisation par le producteur de soins, en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire. Elle est chiffrée en fonction des prix pratiqués en terme de loyers et de charges.
- une offre de surfaces faite par le GIP, propriétaire et gestionnaire de l'immobilier hospitalier. Ce propriétaire hospitalier, indépendant et professionnalisé, répond à la demande de surface résultant des projets médicaux, soit en réaménageant des locaux existants qu'il possède, soit en construisant de nouveaux locaux adaptés.

- C'est un quasi-marché, car il est soumis à des règles issues du concept de service public hospitalier, applicables à tous les espaces mis à disposition du système de santé.

Les GIP sont soumis à trois niveaux de contraintes de service public hospitalier :

- une obligation de réponse, immédiate et adaptée à toute demande d'espaces de soins formulée par le producteur de soins, à prix coûtant.
- une obligation de proposer à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) tous les immeubles hospitaliers désaffectés ou en voie de l'être, dans le cadre de sa recherche de locaux pour le redéploiement des soins et des services sociaux. Ces locaux peuvent être loués par l'ARH au GIP, ou faire l'objet de baux emphytéotiques administratifs (BAE) d'une durée de 18 à 99 ans.
- Lorsque ces contraintes sont épuisées, le GIP se retrouve sur le marché immobilier. Il se conduit en gestionnaire immobilier, mais pas en vendeur, du fait de son obligation de non-aliénation. Des baux de longue durée sont possibles si le gestionnaire ne souhaite pas porter lui-même l'opération de valorisation. Dans tous les cas, la valorisation du bien immobilier est faite, avec le soutien de l'agence nationale de valorisation.

Ce système permet de réintégrer dans la cité tous les bâtiments dont le producteur de soins n'a plus l'usage, et qu'il remet à disposition immédiate du GIP propriétaire.

Ces approches suggèrent la nécessité de «dénouer» les fonctions de production de soins de celles de production et de gestion de l'immobilier hospitalier, les cadres technique et juridique permettant au «propriétaire immobilier hospitalier» d'être rendu autonome de la fonction de production de soins restant à étudier.

Élément fort de la dynamique urbaine, l'espace libéré par la production de soins sera ainsi en toute priorité réutilisé par les fonctions sociales, raison d'être initiale de la présence des constructions hospitalières au centre de la ville.

Groupement professionnel des métiers de la Santé et des sciences du vivant

*Une réponse associative originale aux défis de l'innovation en Santé
par des professionnels de la santé et des anciens élèves de l'Ecole Centrale de Paris.*

UN PARTI PRIS

- **S'ouvrir** aux professionnels de la Santé : condition impérative de légitimité dans le monde de la Santé.
- **Cibler** les travaux sur les domaines où la mise en commun des expériences et compétences des ingénieurs et des professionnels de la Santé est la clé du succès.
- **Evaluer** les situations où les technologies présentent un impact significatif sur le bien-être ou la Santé des individus, en dehors de toute contrainte corporatiste.
- **Communiquer** sur des réalisations plutôt que sur des "conseils" ou des vœux pieux sur un concept pédagogique simple : "Nous le faisons, c'est possible, pourquoi pas vous ?" dans l'intention de déboucher sur des programmes de formation adaptés, ou des activités économiques.

TROIS APPROCHES NOUVELLES DANS LA SANTÉ

- **Ingénierie Santé Sociale - Les technologies, les services, l'information en Santé**
Les réseaux de soins et leurs implications technologiques, sociales et financières
- **Technologies du vivant - Biotechnologies et technologies biomédicales**
Identification et évaluation des applications en médecine, sur la chaîne alimentaire et l'environnement
- **Hygiène de vie, santé et prévention**
Evaluation des facteurs de qualité de la vie et promotion de systèmes de mesure adaptés à la prévention

PENSER ET AGIR AUTREMENT

- **Un principe**
Associer exigence professionnelle et dynamique associative dans la pluridisciplinarité et l'ouverture
- **Un engagement**
Replacer la santé et la sécurité de l'individu au centre du débat technologique.
- **Un objectif**
Constituer des réseaux d'expertise et de compétences
- **Un impératif**
Stimuler la production de travaux de référence directement applicables par l'industrie et les institutions

FÉDÉRER LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES

- Les professionnels de santé
 - Les ingénieurs,
 - Les institutions professionnelles et les industriels
 - Les institutions représentatives de la santé
 - Les organismes partenaires
- 500 membres dont 60% de professionnels de Santé
- 15 ateliers pluridisciplinaires

Manuel Gea, Président de Centrale-Santé

TEL Direct : 06 09 17 56 17 E MAIL : manuel.gea@centrale-sante.net

A S S O C I A T I O N D E S C E N T R A L I E N S
8, RUE JEAN GOUJON 75008-PARIS

Le travail ci dessus s'appuie sur le mémoire «Le patrimoine immobilier hospitalier, vers «un projet de gestion des actifs immobiliers» des établissements publics de santé », élaboré par Jean Fucher dans le cadre du DESS «Economie et Gestion des systèmes de santé», enseigné à l'Université Paris-I Panthéon Sorbonne, et dirigé par Madame le professeur Michèle Fardeau. Cet enseignement est lui-même intégré aux travaux du Centre de Recherches en Economie de la Santé, unité mixte de recherches INSERM/CNRS/Universités Paris I et Paris XI, dont Madame le professeur Fardeau est le directeur.

Ce travail concernant le mémoire s'est déroulé d'octobre 1997 à juillet 1998, sous la direction effective de Madame Fardeau. Il a été soutenu en octobre 1998.

1- Une étude documentaire a permis l'élaboration de près de 300 fiches de lecture. Leur traitement a permis (1) l'établissement d'un canevas d'analyse et la définition des mots clés (2) un tri par mots clés, (3) La rédaction d'un document d'étape.

2- Des monographies (non publiées) concernant 4 CHU ont permis de tester la validité de ce premier document, et de prolonger la réflexion par contacts et entretiens avec des directeurs d'hôpitaux, aboutissant à l'émergence d'une demande en prestations de gestion d'actifs immobiliers.

3- Des entretiens avec des professionnels de la gestion d'actifs immobiliers pour le compte de tiers ont permis d'élaborer une offre de gestion d'actifs immobiliers adaptée à l'hôpital.

4-Le document définitif, intègre les remarques et formule une méthodologie.

Annexe : Reproduction intégrale de l'offre commerciale d'un gestionnaire d'actifs immobiliers
(canadien), relevée sur Internet le 7 février 1998.

