



Avis de suite

Sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Vu le décret n° 2011-1388 du 28 octobre 2011 modifiant le décret n° 2006-1267 du 16 octobre 2006 instituant un Conseil de l'immobilier de l'État ;

Vu la loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement ;

Vu la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement ;

Vu la loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative au recensement du parc immobilier et aux orientations pour l'évolution du parc immobilier des opérateurs et des organismes divers de l'État ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative à l'immobilier des opérateurs et organismes divers de l'exerçant leurs missions en matière d'enseignement supérieur ;

Vu la circulaire du Premier ministre du 16 janvier 2009 relative à la politique immobilière de l'État, portant notamment sur le recensement et la gestion dynamique du patrimoine détenu ou occupé par les opérateurs de l'État ;

Vu l'avis du Conseil de l'immobilier de l'État n°2014-28 du 15 octobre 2014 sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Après avoir entendu lors de sa séance du 16 décembre 2015 Mme Katia JULIENNE chef de service adjointe au directeur général de l'offre de soins au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, accompagnée de Mme Julie LAGRAVE adjointe au chef du bureau « efficacité des établissements de santé publics et privés » et de M. Christian ANASTASY, directeur général de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) accompagné de M. Christian BEREHOUC, directeur associé et de Mme Anabelle BILLY, responsable du programme « optimisation de la gestion patrimoniale », en présence de M. Didier PETITJEAN, chef du bureau de la stratégie et expertise de la politique immobilière de l'État.

Sur le développement d'une politique immobilière des établissements publics de santé

Considérant que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place en septembre 2014 un groupe d'experts national sur la gestion du patrimoine des hôpitaux ; que le groupe est composé d'experts en gestion patrimoniale hospitalière pluridisciplinaires issus d'établissements de santé, d'agences régionales de santé (ARS) et du niveau national (DGOS, ANAP, ATIH) ; que la réflexion est organisée autour de trois axes :

- Apporter une expertise sur l'outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé pour le perfectionner et promouvoir son déploiement ;
- Identifier des enjeux et des marges de manœuvre sur la gestion patrimoniale et définir une stratégie de diffusion des bonnes pratiques dans les établissements.
- Conduire une réflexion prospective sur les espaces hospitaliers du futur prenant en compte les parcours de soins, l'organisation spatiale autour de plateformes ambulatoires, la modularité et la flexibilité des bâtiments hospitaliers, leur ouverture sur la ville et les objectifs de développement durable ;

Considérant que l'ANAP envisage de produire une analyse comparative des modèles de gestion patrimoniale, des modalités de financement des investissements, de dimensionnement des locaux et d'organisation de l'activité hospitalière dans plusieurs pays européens en y intégrant les modalités de prises en charge des patients ;

Sur l'élaboration de la stratégie immobilière des établissements dans un contexte de réformes structurelles du secteur de la santé

Considérant que la priorité désormais accordée à l'ambulatoire et l'optimisation des modes de prises en charge auront un impact fort sur la stratégie des établissements de santé, avec en particulier une optimisation du patrimoine immobilier et une importante réduction des surfaces attendues ;

Que le secteur de la santé contribue à hauteur de 10 Mds€ au plan de maîtrise des dépenses publiques de 50 Md€ à horizon 2017 ; que les 3 Mds€ d'économies attendues des seuls établissements de santé reposent essentiellement sur la montée en puissance des prises en charge de type ambulatoire qui devrait permettre des économies de fonctionnement très importantes.

Que le ministère de la santé a fixé un objectif de chirurgie ambulatoire de 66 % à échéance 2020 ; qu'il encourage le développement de cette prise en charge sur le champ de la médecine, du soin de suite et de réadaptation (SSR), de la psychiatrie, de la dialyse, et par le développement de l'hospitalisation à domicile ;

Que l'ANAP a été missionnée pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ces transformations durant la période 2015-2017 ;

Considérant que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit une réforme structurelle pour l'organisation du système hospitalier avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;

Que tous les établissements publics de santé devront adhérer à un GHT d'ici 2017, afin d'organiser une réponse territoriale cohérente et intégrée ;

Que la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention, les délégations éventuelles d'activités, les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement, l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement ;

Que chaque convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ainsi que son renouvellement et sa modification doivent être approuvées par la ou les ARS compétentes sur le territoire ; qu'il revient aux ARS d'apprécier la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et de demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité ;

Que la mise en œuvre du projet médical unique d'un GHT suppose une unicité de système d'information, de gestion de l'information médicale ou d'achats, missions désormais confiées aux GHT et plus particulièrement à un établissement « pivot » au sein du GHT ;

Que la réflexion sur la stratégie immobilière, l'occupation ou la réduction des surfaces devront désormais avoir lieu au niveau du GHT en lien avec le projet médical commun et non plus individuellement au niveau de chaque établissement ;

Que la mise en place des GHT doit favoriser la professionnalisation des équipes en charge de la gestion immobilière ; que les plus petits établissements pourront bénéficier dans ce nouveau cadre, des moyens et compétences en maîtrise d'ouvrage de l'établissement « pivot » du GHT ;

Sur la connaissance de l'immobilier

Considérant que la DGOS, en lien avec l'ANAP et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a déployé en 2014 un outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé (OPHELIE) ; que le ministère en charge de la santé souhaite en faire un outil de référence ; qu'il considère que la généralisation de son utilisation constitue la première étape d'une stratégie de gestion patrimoniale des établissements et ARS ;

Que l'outil assure un recensement homogène du patrimoine sur la base d'un référentiel commun afin d'améliorer la connaissance du nombre de m² et l'état du patrimoine hospitalier ;

Que l'outil offre à chaque établissement la possibilité de se comparer à d'autres ;

Que la connaissance du coût global annuel des bâtiments contribue à une meilleure appréhension du coût total des investissements ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Que la DGOS et les ARS ont accès à des données agrégées leur permettant de disposer d'une connaissance consolidée au niveau national et régional des principales informations relatives au patrimoine des établissements ;

Que l'outil intègre régulièrement des évolutions demandées par les ARS et les établissements utilisateurs ;

Que l'outil est accessible à tout établissement qui souhaite en bénéficier ;

Que l'outil a été déployé dans un premier temps auprès d'établissements ciblés : ceux des deux régions pilotes, ceux ayant l'obligation de certification de leurs comptes d'ici 2016, ceux bénéficiant d'un accompagnement financier national ou régional et ceux ayant un projet d'investissement en lien avec la démarche des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;

Qu'au 30 novembre 2015, 320 établissements (dont 17 CHU/CHR) s'étaient connectés à OPHELIE et 164 d'entre eux avaient débuté la saisie de l'inventaire patrimonial ;

Que la DGOS se fixe comme objectif le déploiement d'OPHELIE en 2017 dans tous les établissements publics de santé ;

Considérant que le recensement du patrimoine est une condition indispensable de la certification des comptes des établissements publics de santé qui doit intervenir progressivement entre 2014 et 2016 ;

Que les 31 hôpitaux sélectionnés pour faire partie de la première vague de certification des comptes ont quasiment tous achevé la procédure, les deux tiers environ ayant été certifiés sans réserves ;

Sur la politique d'investissement immobilier

Considérant que la transformation majeure de la stratégie de soutien à l'investissement entreprise par le ministère de la santé vise à éviter les écueils passés liés à l'insuffisante prise en compte de la logique d'efficience et à la forte augmentation de l'endettement consécutive aux plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ; qu'elle réforme également de manière importante les modalités de pilotage de l'investissement au niveau national et régional ;

Que cette stratégie s'articule autour de quatre principes :

- favoriser un effort d'investissement régulier et conforme aux objectifs de redressement des finances publiques ;
- mettre les investissements au service de la modernisation de l'offre de soins dans les territoires ;
- augmenter le niveau de performance des projets conduits par les établissements en s'assurant de leur plus-value en matière de service rendu aux patients ;
- réviser la gouvernance des investissements hospitaliers.

Considérant qu'afin d'assurer la pertinence des investissements, la sélection des projets d'investissement prend en compte des critères aussi bien qualitatifs que quantitatifs ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Qu'il est demandé pour chaque projet d'investissement, d'assurer le respect des référentiels les plus exigeants en termes d'organisation des soins (dimensionnement, chirurgie ambulatoire, gestion des lits et des blocs opératoires, ouverture à la médecine de ville) et de renforcer le niveau d'exigence du projet médical en s'assurant de son apport à l'offre de soins territoriale ;

Que la logique de plan a été abandonnée au profit d'une approche reposant sur une plus grande régularité de l'effort d'investissement et une priorisation des projets d'investissement selon les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;

Que la pertinence des investissements doit être également assurée par la promotion d'une approche territoriale des investissements en rupture avec la logique de structure qui prévalait jusqu'alors ;

Considérant que l'effort d'investissement global est évalué pour les 10 prochaines années à 45 Md€, soit 4.5 Md€ annuels, pour les seuls hôpitaux publics ;

Que ce montant doit permettre un renouvellement de l'offre et une modernisation de l'offre de soins à un rythme raisonné, dans le strict respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et sans augmenter l'endettement du secteur hospitalier ;

Que ces investissements seront à financer en priorité par l'autofinancement des établissements en vertu du principe de subsidiarité ;

Que les aides nationales seront réservées à un nombre limité de projets particulièrement structurants ;

Que le ministère en charge de la santé a développé un partenariat avec la Banque européenne d'investissement (BEI) et la caisse des dépôts et consignations (CDC) soucieuses d'apporter leur contribution au développement de l'offre de soins par l'intermédiaire de prêts à conditions préférentielles ;

Considérant qu'un montant de 6,7 Mds€ d'investissement sur 10 ans a été défini lors de la réunion interministérielle du 12 février 2013 comme périmètre de la politique d'intervention nationale via le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) ;

Que la mission du comité interministériel est double :

- Une mission de portée générale pour promouvoir une démarche globale visant à fixer avec les agences régionales de santé (ARS) pour tous les projets d'investissement des objectifs ambitieux et une doctrine nationale ;
- Une mission ciblée permettant de valider les « grands projets » et le cas échéant définir les modalités de leur accompagnement financier par l'échelon national ;

Que la méthodologie de contre-expertise mise en place s'appuie notamment sur des référentiels de dimensionnement et des critères de développement des alternatives à l'hospitalisation ;

Que trois années après la mise en place du COPERMO, 35 projets d'investissement ont été validés selon ces nouvelles modalités pour un montant de 4,7 milliards d'euros ;

Considérant que la mise en place des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) pilotés par les agences régionales de santé vise à répondre aux trois objectifs suivants :

- Veiller à la bonne articulation des projets d'investissements présentés par les différents acteurs du système de santé sur le territoire considéré (établissements de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, établissements et services médico-sociaux) pour améliorer la coopération au sein des deux secteurs sanitaire et médico-social et entre lesdits secteurs ;
- Tenir davantage compte du patrimoine existant, le SRIS ne devant pas conduire à une augmentation des immobilisations mais favoriser une valorisation des surfaces existantes ;
- Intégrer les investissements immatériels dans la stratégie d'investissement (systèmes d'information) ;

Qu'un guide méthodologique SRIS à destination des ARS a été élaboré en partenariat avec l'ANAP ;

Considérant que le ministère a mis à disposition des ARS les outils nécessaires au pilotage de la stratégie d'investissement qui doivent conduire à professionnaliser la constitution et l'analyse des dossiers sur la base d'outils et de référentiels nationaux :

- Un outil d'analyse du retour sur investissement (outil RSI) ;
- La grille d'indicateurs ANAP/DGOS ;
- Les indicateurs du référentiel de dimensionnement et de l'observatoire des coûts de la construction (OSCIMES, outil ANAP) ;
- L'outil de simulation AEIipce développé en 2013 par l'ANAP qui a été complété en septembre 2015 d'un module financier permettant d'estimer l'impact financier d'un projet pour un établissement ;
- Les indicateurs Hospidiag ;
- Les informations PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) disponibles sur système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH) et la plateforme d'aide à la décision inter ARH de maîtrise et d'anticipation (DIAMANT) ;

Que ces différents référentiels nationaux fournissent des valeurs de références et des données de parangonnage tout au long du processus d'instruction et de sélection ;

Qu'ils participent à la réalisation d'une analyse objectivée et professionnalisée des dossiers et à la vérification de l'adéquation du projet aux standards et objectifs nationaux dans ses différentes composantes stratégiques, financières et organisationnelles ;

Que le programme de travail de l'ANAP prévoit la réalisation d'un dispositif permettant de définir à chaque étape d'un projet, l'impact économique et financier des décisions et événements survenus lors d'une opération d'investissement ;

Sur les opérations immobilières

Considérant que l'ANAP a publié en 2015 une étude sur l'« *évaluation des procédures d'investissement en santé* » réalisée en partenariat avec le Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable (CGEDD), le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) et l'Agence Publique pour l'Immobilier de la Justice (APIJ) ;

Que cette publication, tire les enseignements de l'évaluation d'une centaine de projets d'établissements sanitaires et médico-sociaux réalisés durant les dix dernières années suivant les trois modèles de dévolution : procédure classique définie par la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique du 12 juillet 1985 (MOP), procédure en maîtrise d'ouvrage publique de conception-réalisation (CR) et contrats de partenariat public privé (PPP) ;

Que les procédures sont analysées selon des critères de maîtrise des coûts, maîtrise des délais et maîtrise de la qualité ;

Que plus d'une centaine d'établissements ont été associés à ces travaux qui portent sur des opérations immobilières représentant 1,8 millions de mètres carrés construits et 4,6 milliard d'euros d'investissement ;

Que cette publication est complétée par une analyse détaillée des résultats et par un outil d'aide à la réflexion lors du choix d'une procédure d'investissement ;

Considérant que l'ANAP relève plusieurs constats issus des résultats de l'étude :

- Les taux de financement des procédures MOP, CR et PPP s'avèrent très proches les uns des autres, les établissements publics et les sociétés de projets PPP apparaissant avoir bénéficié de conditions d'emprunt équivalentes ;
- Les opérations conduites selon la procédure classique MOP semblent avoir souffert d'une maîtrise insuffisante des délais et des coûts ;
- L'enquête réalisée à partir de questionnaires n'a pas permis de disposer d'éléments suffisants relativement aux coûts d'exploitation et de maintenance ;

Que les auteurs de l'étude identifient plusieurs pistes d'amélioration ; qu'ils s'interrogent sur l'évolution des procédures encadrée par la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique et plus particulièrement sur les modalités de mise en concurrence de la maîtrise d'œuvre et les conditions de son engagement sur le coût prévisionnel de l'ouvrage ;

Considérant que l'ANAP se demande si les évolutions introduites par l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés public, pourraient être de nature à limiter les partenariats des établissements publics de santé avec des acteurs privés, qu'il s'agisse d'opérations de construction ou de valorisation du domaine public ;

Sur l'organisation de la fonction immobilière

Considérant que l'ANAP s'attache à instaurer une véritable dynamique de réseau et de partenariat avec les ingénieurs et les techniciens hospitaliers afin de renforcer la politique de gestion patrimoniale des établissements en santé ;

Que son partenariat avec la conférence des directeurs généraux de CHU et sa commission ingénierie et architecture permet la mise à jour régulière de la base de données OSCIMES et de ses ratios de coûts de construction hospitalière et médico-sociale mis à disposition des utilisateurs ;

Que ce même partenariat débouche également sur la réalisation de projets portant sur l'immobilier hospitalier d'aujourd'hui et de demain ; qu'un premier groupe de travail produira prochainement une réflexion opérationnelle sur l'adaptation du bâti à l'activité ambulatoire ;

Que les partenaires ont programmé un deuxième projet commun qui portera sur les éléments constitutifs du coût global d'une opération immobilière dans le domaine de la santé ;

Sur la politique d'entretien

Considérant que la maintenance immobilière contribue à la protection des personnes et des biens mais également à l'activité sanitaire ;

Que l'ANAP, en partenariat avec des ingénieurs et des techniciens hospitaliers membres de l'association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers H360, a élaboré un ensemble d'outils et de recommandations d'aide à l'élaboration d'un plan stratégique de maintenance : « *Horizon Maintenance : Démarche et Outils* » ; que cette publication propose un ensemble de sept outils opérationnels correspondant à la mise à jour d'outils réalisés en 2009 dans un cadre similaire complétée d'un nouvel outil prévisionnel des dépenses de gros entretien renouvellement (GER) ;

Que le comité de la performance et de la modernisation (COPERMO) a inscrit dans sa doctrine un ratio prudentiel de 3% des dépenses totales d'un établissement à consacrer à ce poste ;

Sur le développement durable

Considérant que les établissements de santé poursuivent leur engagement dans des actions de développement durable ;

Qu'une journée nationale organisée par l'ANAP sur ce thème en janvier 2015 a montré l'engagement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans ce domaine ;

Que les CHRU de Lille, CHU Nancy, CH de Niort ont mis en œuvre des démarches structurées de développement durable ; que des actions visant à réduire la

Conseil de l'immobilier de l'État

consommation des fluides, diminuer et valoriser les déchets ou encore améliorer la qualité de l'air, ont été développées avec succès ;

Que l'ANAP a mis en place un « cercle performance développement durable en santé », composé d'établissements de santé, d'experts en développement durable et de représentants institutionnels ;

Que les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, UNICANCER, FNAQPA) se sont également saisies du sujet en créant des outils et en travaillant en 2015 avec les ministères sociaux et de l'environnement sur l'écriture d'une nouvelle convention « développement durable » ;

Sur la politique de logement du personnel

Considérant que le ministère en charge de la santé a souhaité introduire des évolutions législatives concernant les modalités d'attribution des logements de fonction afin d'augmenter le nombre de logements à disposition des personnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon, et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille¹ ;

Que la DGOS justifie cette évolution par les difficultés particulières rencontrées par ces trois établissements pour assurer l'organisation de la continuité des soins dans un contexte d'éloignement des domiciles des personnels hospitaliers en raison du coût des logements dans les centres villes ;

Que ces établissements hospitaliers qui possèdent un parc privé à proximité de leurs implantations ne peuvent utilement y loger leurs agents, de nombreux logements étant occupés par des personnes ne travaillant pas ou plus dans les hôpitaux dont le bail ne peut être résilié en cours d'exécution ;

Sur la valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles

Considérant que la DGOS et l'ANAP ont engagé depuis 2011 une démarche d'accompagnement des établissements de santé dans la valorisation de leur patrimoine hospitalier ;

Que la démarche mise en œuvre en 2011 dans le cadre d'un premier appel à projets a permis d'accompagner dix-huit établissements pour la valorisation / cession ou mise à bail d'un de leur site ; que le gain financier de cette démarche tripartite ANAP-EPS-ARS correspondant à la différence entre le montant initial et la valorisation finale est égal à 15,6M€ pour sept établissements ;

¹ L'article 137 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé » a créé un article 14-2 à la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 afférente aux rapports locatifs en résidence principale, selon lequel : « *La résiliation du contrat de location peut être prononcée par le bailleur Assistance publique-hôpitaux de Paris, le bailleur hospices civils de Lyon ou le bailleur Assistance publique-hôpitaux de Marseille en vue d'attribuer ou de louer le logement à une personne en raison de l'exercice d'une fonction ou de l'occupation d'un emploi dans l'un de ces établissements publics de santé et dont le nom figure sur la liste des personnes ayant formulé une demande de logement.* »

Qu'un nouvel appel à candidatures a été lancé avec succès auprès des établissements ;

Considérant que les cessions immobilières réalisées par les établissements publics de santé s'inscrivent désormais dans le cadre défini par la loi du 18 janvier 2013 pour la mobilisation du foncier public ;

Que les décrets d'application aux cessions des établissements publics de santé ont été élaborés en partenariat entre le ministère en charge de la santé, le ministère du logement et le service France Domaine, sur la base du rapport de la mission IGAS/IGF/CGEDD réalisé en 2013 ;

Que les textes visent à instituer un point d'équilibre permettant de répondre aux enjeux de construction de logement ainsi qu'à la nécessité de préservation des produits de cessions pour les EPS dans un objectif de retour à l'équilibre financier ;

Que les cessions réalisées par les établissements publics de santé pourront faire l'objet d'une décote qui sera plafonnée à 30% pour les établissements remplissant au moins un des trois critères d'endettement (ratio d'indépendance financière supérieur à 50%, durée apparente de la dette excédant 10 ans et encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues supérieur à 30%) ;

Que l'avis conforme du directeur général de l'ARS compétente et du directeur d'EPS est requis pour l'inscription du bien sur la liste régionale ;

Que l'établissement public de santé doit donner un avis conforme sur le principe d'une décote appliquée au prix de cession de son bien et l'ARS un avis simple ;

Qu'une instruction d'avril 2015 invite les établissements publics de santé à communiquer aux ARS ou à la DGOS les cas de cessions problématiques pour une éventuelle analyse au niveau national par la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF) ;

Sur la gestion immobilière du secteur médico-social

Considérant que l'ANAP développe des actions depuis 2013 afin d'aider le secteur médico-social à améliorer la gestion de son immobilier ;

Que cet immobilier occupé par un très grand nombre d'établissements et de structures (de l'ordre de 33 000) représente une surface globale se situant entre 30 et 40 Mm² ;

Que les enjeux liés à ce patrimoine dont une partie significative date des années soixante-dix, sont importants ;

Que l'ANAP déploie un programme de travail composé de projets structurants tels que la mise en place d'un inventaire du patrimoine (tableau de bord du médico-social), la réalisation d'un référentiel de dimensionnement pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en lien avec leurs principes d'organisation, un outil et des recommandations permettant de calculer l'impact d'un investissement immobilier dans le tarif hébergement ;

Les représentants des établissements publics de santé, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère en charge de la santé, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ayant été entendus en leurs explications ;

Le Conseil, après en avoir délibéré lors de ses séances du 16 décembre 2015 et 11 mai 2016, formule les remarques suivantes :

Sur la politique immobilière des établissements publics de santé

1. Le Conseil salue les premières initiatives du ministère en charge de la santé dans le but de développer une politique immobilière dynamique pour les établissements publics de santé. Elles attestent d'une prise de conscience que l'immobilier constitue dans chacune de ses dimensions, un facteur déterminant de l'accomplissement des missions du service public hospitalier.

Il souligne que la prochaine réalisation d'une analyse comparative des politiques immobilières hospitalières d'autres pays européens pourra utilement nourrir la réflexion prospective sur les espaces hospitaliers du futur.

Le Conseil invite la DGOS et l'ANAP à poursuivre leur travail de partage des enjeux et de la finalité de la politique immobilière avec tous les acteurs du secteur hospitalier, par la production de supports de communication pédagogiques ;

Sur l'élaboration de la stratégie immobilière des établissements dans un contexte de réformes structurelles du secteur de la santé

2. Le Conseil prend note que la mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT) vise une meilleure mise en cohérence des projets de santé dans un cadre régional. Il relève les fortes implications immobilières de ce nouveau dispositif de coopération entre établissements de santé.

Il recommande que la convention constitutive de chaque GHT intègre une annexe portant schéma directeur immobilier. Il suggère pour cela, de s'inspirer du modèle des schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) des opérateurs de l'État et d'y présenter un diagnostic de la situation immobilière, une analyse comparative des différents scénarios d'évolutions envisageables et le schéma retenu pour la période à venir.

Le Conseil remarque toutefois que l'approche volontariste pour la mise en place des GHT s'accompagne d'un calendrier contraint qui permettra difficilement de disposer à la date de la signature de la convention constitutive, d'un schéma directeur immobilier qui résulterait d'une telle approche. Pour cette première étape de création des GHT, il recommande donc de s'inscrire dans une logique de projet et d'en arrêter le calendrier fixant des délais de réalisation pour chacune de ses phases : diagnostic, analyse comparative des scénarios, choix du schéma retenu.

Le Conseil observe que des établissements tels que les hôpitaux du centre-sud de la Martinique² envisagent de recourir à l'assistance de prestataires extérieurs pour constituer leur schéma directeur immobilier. Il suggère aux organismes de tutelle de proposer une aide au financement de ces prestations en les conditionnant au respect d'un cahier des charges à établir par l'ANAP.

3. A l'aune de l'expérience du déploiement des SPSI de l'administration et des opérateurs de l'État, le Conseil considère qu'il est indispensable de définir un schéma à l'échelon régional pour assurer la bonne cohérence des projets des différentes structures.

Il recommande donc d'enrichir les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) d'une annexe immobilière s'inspirant des schémas directeurs régionaux immobilier (SDIR) mis en place par le service France Domaine.

4. Le Conseil remarque que l'architecture du dispositif GHT conduit à renforcer le rôle des ARS dans l'organisation de la réponse immobilière des établissements publics de santé à l'échelon régional.

Il prend note qu'il n'a pas été donné suite à sa recommandation de regroupement des compétences immobilières des ARS au sein d'une structure nationale.

Le Conseil invite le ministère en charge de la santé à reconsidérer cette proposition dans le cadre d'une réflexion visant à doter les ARS d'un niveau d'expertise à la hauteur des enjeux immobiliers des décisions à prendre à la création de GHT.

5. Le Conseil appelle l'attention du ministère en charge de la santé sur la prépondérance des modalités de gouvernance en matière de gestion immobilière.

Il observe que la définition d'une stratégie immobilière régionale des établissements publics de santé suppose un dialogue de qualité entre ARS, établissements de santé, élus locaux et patients. Il souligne que l'établissement d'un diagnostic partagé de la situation immobilière existante et l'identification des besoins immobiliers issus du projet régional de santé constituent des étapes incontournables d'une approche fondée sur la responsabilité, la confiance et la transparence.

Il remarque que les textes relatifs à la création des GHT ne précisent pas les prérogatives respectives de chaque entité (GHT, établissement « pivot », établissement membre) en matière de gestion de l'immobilier.

Il recommande de fixer un cadre national afin d'éviter que les rédacteurs des conventions décident de modalités de gestion qui seraient propres à chaque GHT.

6. Le Conseil rappelle son souhait que les informations relatives aux créations et aux libérations d'emprises significatives soient communiquées au responsable régional de la politique immobilière de l'État, afin que celui-ci les intègre dans le schéma directeur régional immobilier (SDIR) pour une meilleure articulation des différentes stratégies immobilières publiques.

² Avis d'appel public à la concurrence du 13 février 2016 « Elaboration d'un schéma directeur immobilier du groupement hospitalier de territoire pour les hôpitaux du centre sud de la Martinique »

Sur la connaissance de l'immobilier

7. Le Conseil rappelle que la bonne connaissance du patrimoine, de son utilisation et de ses enjeux financiers, est une condition indispensable à la mise en œuvre d'une politique immobilière.

Il salue le déploiement de l'outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé « OPHÉLIE » qui vise à améliorer la connaissance du patrimoine hospitalier et qui doit notamment permettre à la DGOS et aux ARS de disposer d'une connaissance consolidée aux niveaux national et régional des principales informations relatives au patrimoine des établissements de santé.

Le Conseil suggère que l'annexe immobilière des conventions de constitution des GHT soit produite à partir de cet outil et observe que rendre cet usage obligatoire serait de nature à faciliter le pilotage de la réforme à chaque échelon du territoire.

Sur la politique d'investissement immobilier

8. Le Conseil salue la transformation en profondeur de la stratégie de soutien à l'investissement entreprise par le ministère en charge de la santé dont les principes rejoignent ceux de la politique immobilière de l'État. Il souligne l'apport décisif des outils développés par l'ANAP.

Il note que, conformément à la recommandation formulée dans son avis d'octobre 2014, les ministères en charge de la santé et du budget ont opté pour une régularité des investissements sur une période longue.

9. Le Conseil précise que les travaux du COPERMO ne lui ont pas été communiqués depuis que les représentants du ministère en charge de la santé s'y étaient engagés en 2014.

Il regrette d'autant plus que cet engagement n'ait pas été tenu que l'approche d'analyse socio-économique des projets immobiliers engagée avec le secteur hospitalier est appelée à être étendue à l'ensemble du périmètre de la politique immobilière de l'État.

Le Conseil renouvelle son souhait que les travaux du COPERMO lui soient communiqués.

10. Le Conseil observe que le travail de suivi et d'appui des décisions du COPERMO relève de l'échelon régional.

Il invite la tutelle des ARS à veiller que ces les agences disposent de la légitimité et des moyens leur permettant de jouer pleinement leur rôle de régulateur de l'offre de soin sur le territoire et éviter ainsi les écueils des derniers plans d'investissement.

Le Conseil estime qu'il convient également de réfléchir à de nouvelles modalités d'échanges entre ARS et Préfet de région pour que la transformation projetée de l'offre de soin réponde bien aux orientations d'aménagement du territoire.

11. Le Conseil invite les ministères en charge de la santé et du budget à veiller à ce que les opérations financées dans le cadre de partenariats avec la Banque européenne d'investissement (BEI) ou la caisse des dépôts et consignations (CDC) n'échappent pas

au cadre national de validation des opérations d'investissements des établissements publics de soins ;

Sur les opérations immobilières

12. Le Conseil marque son vif intérêt pour l'étude pilotée par l'ANAP sur l'« évaluation des procédures d'investissement en santé ».

Il note que les résultats de l'étude confirment la nécessité de structurer les processus de pilotage des opérations et de renforcer les compétences en maîtrise d'ouvrage du secteur hospitalier.

Il observe également que ces travaux fournissent un éclairage objectif sur la relation entre résultats et modalités de construction de l'immobilier public.

13. Le Conseil rappelle son attachement aux dispositifs tels que l'emphytéose qui permettent d'envisager des modes alternatifs de financement et de création de l'immobilier tout en préservant à terme, la propriété publique du foncier.

Il souligne l'intérêt de ces dispositifs dans un contexte de disponibilités budgétaires restreintes.

Le Conseil invite l'État à veiller à ce que les évolutions introduites dans le cadre de la réforme de la commande publique n'aient pas notamment pour effet de limiter les possibilités de partenariats pour des opérations de construction ou de valorisation du domaine public des établissements publics de santé.

Sur l'organisation de la fonction immobilière

14. Le Conseil incite l'ANAP ainsi que les ingénieurs et les techniciens hospitaliers à poursuivre leurs efforts conjoints en vue d'instaurer une véritable dynamique de réseau et de partenariat.

Il les invite à engager prochainement une réflexion sur les conditions opérationnelles de la mutualisation des compétences immobilières qui devra être mise en place dans le cadre de la création des GHT.

Il engage la DGOS à articuler les résultats de ces travaux avec ses propres réflexions sur la structuration et la répartition de l'expertise immobilière des organismes de tutelle des établissements de santé.

Sur la politique d'entretien

15. Le Conseil rappelle que la politique d'entretien est une composante essentielle de la stratégie immobilière et que chaque établissement doit se doter de moyens adaptés pour maintenir le niveau d'entretien requis pour la bonne marche de l'établissement et la préservation de la valeur du patrimoine.

Il souligne l'intérêt des travaux sur le coût global immobilier que le groupe de travail de l'ANAP et des ingénieurs et techniciens hospitaliers doit lancer prochainement.

Il remarque que l'enquête sur l'« évaluation des procédures d'investissement en santé » réalisée à partir de questionnaires n'a pas permis de disposer d'éléments suffisants relativement aux coûts d'exploitation et de maintenance. Il considère que ce constat constitue une bonne indication du chemin qui reste à parcourir pour acquérir une culture de la maintenance de l'immobilier et de ses installations.

Le Conseil renouvelle sa proposition que soit menée une action nationale de développement des outils de gestion de maintenance hospitalière dans le cadre du plan d'investissement informatique hospitalier.

Sur le développement durable

16. Le Conseil prend acte de l'engagement des établissements de santé dans des actions de développement durable.

Il invite le ministre en charge de la santé à dresser un bilan annuel de ces actions assorti d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis.

Dans cette perspective, il engage l'ANAP à prendre attache avec les organismes du régime général de la Sécurité sociale qui ont notamment développé une application dédiée.

Sur la politique de logement du personnel

17. Le Conseil prend acte des évolutions législatives introduites concernant les modalités d'attribution des logements de fonction afin d'augmenter le nombre de logements à disposition des personnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon, et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

Sous réserve que cette disposition ne soit pas remise en cause car considérée contraire aux règles constitutionnelles protégeant les relations conventionnelles de droit privé - et donc qu'elle trouve à s'appliquer concrètement - le Conseil demande qu'un dispositif de suivi de cette politique soit mis en place au niveau national afin d'en mesurer les effets. Il suggère que les établissements concernés présentent un bilan annuel présentant la décomposition de leur parc de logement par type d'occupation (tiers locataires, logement attribué au personnel hospitalier sur critères socio-professionnels, nécessité de service et utilité de service), en début et fin d'exercice.

Sur la valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles

18. Le Conseil salue la démarche d'accompagnement des établissements de santé pour la valorisation de sites hospitaliers mise en place par la DGOS et l'ANAP.

Il relève que la première vague de l'opération lancée en 2011 se traduit par un gain financier de 15,6 M€ pour sept établissements ;

Il prend acte du succès du deuxième appel d'offre qui confirme l'intérêt de la démarche.

19. Le conseil prend note que les décrets d'application de la loi du 18 janvier 2013 pour la mobilisation du foncier public relatifs aux cessions immobilières réalisées par les établissements publics de santé ont été élaborés en partenariat entre le ministère en

charge de la santé, le ministère du logement et le service France Domaine, sur la base du rapport de la mission IGAS/IGF/CGEDD réalisé en 2013 ;

Il souligne une démarche qui vise à instituer un point d'équilibre permettant de répondre aux enjeux de construction de logement et la nécessité de préservation des produits de cessions pour les EPS dans un objectif de retour à l'équilibre financier ;

Il souhaite que soit dressé un bilan annuel national de la politique mobilisation du foncier public des établissements de santé, présentant le nombre de logements créés par ces dispositions ainsi que les différents effets du dispositif pour les établissements concernés.

Sur la gestion immobilière du secteur médico-social

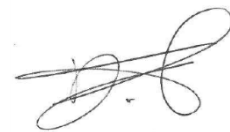
20. Le Conseil observe que compte tenu des évolutions de notre société, les objectifs assignés aux établissements hospitaliers ne pourront être atteints sans une bonne complémentarité des acteurs.

Il salue les actions développées par la DGOS et l'ANAP pour aider le secteur médico-social à améliorer la gestion de son immobilier ;

Il remarque que l'immobilier du secteur médico-social est structuré autour de marchés d'investissement et d'exploitation. Cette logique conduit les acteurs à disposer d'une bonne connaissance du coût de leur immobilier et à identifier clairement la composante immobilière du prix de revient de chaque prestation.

Il encourage l'ANAP à poursuivre ses travaux dans l'objectif notamment de calculer l'impact de l'immobilier dans le tarif hébergement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Pour le Conseil,
son Président**



Jean-Louis DUMONT



Avis de suite

Sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Vu le décret n° 2011-1388 du 28 octobre 2011 modifiant le décret n° 2006-1267 du 16 octobre 2006 instituant un Conseil de l'immobilier de l'État ;

Vu la loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement ;

Vu la loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement ;

Vu la loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative au recensement du parc immobilier et aux orientations pour l'évolution du parc immobilier des opérateurs et des organismes divers de l'État ;

Vu la circulaire du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 26 décembre 2008 relative à l'immobilier des opérateurs et organismes divers de l'exerçant leurs missions en matière d'enseignement supérieur ;

Vu la circulaire du Premier ministre du 16 janvier 2009 relative à la politique immobilière de l'État, portant notamment sur le recensement et la gestion dynamique du patrimoine détenu ou occupé par les opérateurs de l'État ;

Vu l'avis du Conseil de l'immobilier de l'État n°2014-28 du 15 octobre 2014 sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU)

Après avoir entendu lors de sa séance du 16 décembre 2015 Mme Katia JULIENNE chef de service adjointe au directeur général de l'offre de soins au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, accompagnée de Mme Julie LAGRAVE adjointe au chef du bureau « efficience des établissements de santé publics et privés » et de M. Christian ANASTASY, directeur général de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) accompagné de M. Christian BEREHOUC, directeur associé et de Mme Anabelle BILLY, responsable du programme « optimisation de la gestion patrimoniale », en présence de M. Didier PETITJEAN, chef du bureau de la stratégie et expertise de la politique immobilière de l'État.

Sur le développement d'une politique immobilière des établissements publics de santé

Considérant que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place en septembre 2014 un groupe d'experts national sur la gestion du patrimoine des hôpitaux ; que le groupe est composé d'experts en gestion patrimoniale hospitalière pluridisciplinaires issus d'établissements de santé, d'agences régionales de santé (ARS) et du niveau national (DGOS, ANAP, ATIH) ; que la réflexion est organisée autour de trois axes :

- Apporter une expertise sur l'outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé pour le perfectionner et promouvoir son déploiement ;
- Identifier des enjeux et des marges de manœuvre sur la gestion patrimoniale et définir une stratégie de diffusion des bonnes pratiques dans les établissements.
- Conduire une réflexion prospective sur les espaces hospitaliers du futur prenant en compte les parcours de soins, l'organisation spatiale autour de plateformes ambulatoires, la modularité et la flexibilité des bâtiments hospitaliers, leur ouverture sur la ville et les objectifs de développement durable ;

Considérant que l'ANAP envisage de produire une analyse comparative des modèles de gestion patrimoniale, des modalités de financement des investissements, de dimensionnement des locaux et d'organisation de l'activité hospitalière dans plusieurs pays européens en y intégrant les modalités de prises en charge des patients ;

Sur l'élaboration de la stratégie immobilière des établissements dans un contexte de réformes structurelles du secteur de la santé

Considérant que la priorité désormais accordée à l'ambulatoire et l'optimisation des modes de prises en charge auront un impact fort sur la stratégie des établissements de santé, avec en particulier une optimisation du patrimoine immobilier et une importante réduction des surfaces attendues ;

Que le secteur de la santé contribue à hauteur de 10 Mds€ au plan de maîtrise des dépenses publiques de 50 Md€ à horizon 2017 ; que les 3 Mds€ d'économies attendues des seuls établissements de santé reposent essentiellement sur la montée en puissance des prises en charge de type ambulatoire qui devrait permettre des économies de fonctionnement très importantes.

Que le ministère de la santé a fixé un objectif de chirurgie ambulatoire de 66 % à échéance 2020 ; qu'il encourage le développement de cette prise en charge sur le champ de la médecine, du soin de suite et de réadaptation (SSR), de la psychiatrie, de la dialyse, et par le développement de l'hospitalisation à domicile ;

Que l'ANAP a été missionnée pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ces transformations durant la période 2015-2017 ;

Considérant que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit une réforme structurelle pour l'organisation du système hospitalier avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;

Que tous les établissements publics de santé devront adhérer à un GHT d'ici 2017, afin d'organiser une réponse territoriale cohérente et intégrée ;

Que la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention, les délégations éventuelles d'activités, les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement, l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement ;

Que chaque convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ainsi que son renouvellement et sa modification doivent être approuvées par la ou les ARS compétentes sur le territoire ; qu'il revient aux ARS d'apprécier la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et de demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité ;

Que la mise en œuvre du projet médical unique d'un GHT suppose une unicité de système d'information, de gestion de l'information médicale ou d'achats, missions désormais confiées aux GHT et plus particulièrement à un établissement « pivot » au sein du GHT ;

Que la réflexion sur la stratégie immobilière, l'occupation ou la réduction des surfaces devront désormais avoir lieu au niveau du GHT en lien avec le projet médical commun et non plus individuellement au niveau de chaque établissement ;

Que la mise en place des GHT doit favoriser la professionnalisation des équipes en charge de la gestion immobilière ; que les plus petits établissements pourront bénéficier dans ce nouveau cadre, des moyens et compétences en maîtrise d'ouvrage de l'établissement « pivot » du GHT ;

Sur la connaissance de l'immobilier

Considérant que la DGOS, en lien avec l'ANAP et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a déployé en 2014 un outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé (OPHELIE) ; que le ministère en charge de la santé souhaite en faire un outil de référence ; qu'il considère que la généralisation de son utilisation constitue la première étape d'une stratégie de gestion patrimoniale des établissements et ARS ;

Que l'outil assure un recensement homogène du patrimoine sur la base d'un référentiel commun afin d'améliorer la connaissance du nombre de m² et l'état du patrimoine hospitalier ;

Que l'outil offre à chaque établissement la possibilité de se comparer à d'autres ;

Que la connaissance du coût global annuel des bâtiments contribue à une meilleure appréhension du coût total des investissements ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Que la DGOS et les ARS ont accès à des données agrégées leur permettant de disposer d'une connaissance consolidée au niveau national et régional des principales informations relatives au patrimoine des établissements ;

Que l'outil intègre régulièrement des évolutions demandées par les ARS et les établissements utilisateurs ;

Que l'outil est accessible à tout établissement qui souhaite en bénéficier ;

Que l'outil a été déployé dans un premier temps auprès d'établissements ciblés : ceux des deux régions pilotes, ceux ayant l'obligation de certification de leurs comptes d'ici 2016, ceux bénéficiant d'un accompagnement financier national ou régional et ceux ayant un projet d'investissement en lien avec la démarche des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;

Qu'au 30 novembre 2015, 320 établissements (dont 17 CHU/CHR) s'étaient connectés à OPHELIE et 164 d'entre eux avaient débuté la saisie de l'inventaire patrimonial ;

Que la DGOS se fixe comme objectif le déploiement d'OPHELIE en 2017 dans tous les établissements publics de santé ;

Considérant que le recensement du patrimoine est une condition indispensable de la certification des comptes des établissements publics de santé qui doit intervenir progressivement entre 2014 et 2016 ;

Que les 31 hôpitaux sélectionnés pour faire partie de la première vague de certification des comptes ont quasiment tous achevé la procédure, les deux tiers environ ayant été certifiés sans réserves ;

Sur la politique d'investissement immobilier

Considérant que la transformation majeure de la stratégie de soutien à l'investissement entreprise par le ministère de la santé vise à éviter les écueils passés liés à l'insuffisante prise en compte de la logique d'efficience et à la forte augmentation de l'endettement consécutive aux plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ; qu'elle réforme également de manière importante les modalités de pilotage de l'investissement au niveau national et régional ;

Que cette stratégie s'articule autour de quatre principes :

- favoriser un effort d'investissement régulier et conforme aux objectifs de redressement des finances publiques ;
- mettre les investissements au service de la modernisation de l'offre de soins dans les territoires ;
- augmenter le niveau de performance des projets conduits par les établissements en s'assurant de leur plus-value en matière de service rendu aux patients ;
- réviser la gouvernance des investissements hospitaliers.

Considérant qu'afin d'assurer la pertinence des investissements, la sélection des projets d'investissement prend en compte des critères aussi bien qualitatifs que quantitatifs ;

Conseil de l'immobilier de l'État

Qu'il est demandé pour chaque projet d'investissement, d'assurer le respect des référentiels les plus exigeants en termes d'organisation des soins (dimensionnement, chirurgie ambulatoire, gestion des lits et des blocs opératoires, ouverture à la médecine de ville) et de renforcer le niveau d'exigence du projet médical en s'assurant de son apport à l'offre de soins territoriale ;

Que la logique de plan a été abandonnée au profit d'une approche reposant sur une plus grande régularité de l'effort d'investissement et une priorisation des projets d'investissement selon les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;

Que la pertinence des investissements doit être également assurée par la promotion d'une approche territoriale des investissements en rupture avec la logique de structure qui prévalait jusqu'alors ;

Considérant que l'effort d'investissement global est évalué pour les 10 prochaines années à 45 Md€, soit 4.5 Md€ annuels, pour les seuls hôpitaux publics ;

Que ce montant doit permettre un renouvellement de l'offre et une modernisation de l'offre de soins à un rythme raisonné, dans le strict respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et sans augmenter l'endettement du secteur hospitalier ;

Que ces investissements seront à financer en priorité par l'autofinancement des établissements en vertu du principe de subsidiarité ;

Que les aides nationales seront réservées à un nombre limité de projets particulièrement structurants ;

Que le ministère en charge de la santé a développé un partenariat avec la Banque européenne d'investissement (BEI) et la caisse des dépôts et consignations (CDC) soucieuses d'apporter leur contribution au développement de l'offre de soins par l'intermédiaire de prêts à conditions préférentielles ;

Considérant qu'un montant de 6,7 Mds€ d'investissement sur 10 ans a été défini lors de la réunion interministérielle du 12 février 2013 comme périmètre de la politique d'intervention nationale via le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) ;

Que la mission du comité interministériel est double :

- Une mission de portée générale pour promouvoir une démarche globale visant à fixer avec les agences régionales de santé (ARS) pour tous les projets d'investissement des objectifs ambitieux et une doctrine nationale ;
- Une mission ciblée permettant de valider les « grands projets » et le cas échéant définir les modalités de leur accompagnement financier par l'échelon national ;

Que la méthodologie de contre-expertise mise en place s'appuie notamment sur des référentiels de dimensionnement et des critères de développement des alternatives à l'hospitalisation ;

Que trois années après la mise en place du COPERMO, 35 projets d'investissement ont été validés selon ces nouvelles modalités pour un montant de 4,7 milliards d'euros ;

Considérant que la mise en place des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) pilotés par les agences régionales de santé vise à répondre aux trois objectifs suivants :

- Veiller à la bonne articulation des projets d'investissements présentés par les différents acteurs du système de santé sur le territoire considéré (établissements de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, établissements et services médico-sociaux) pour améliorer la coopération au sein des deux secteurs sanitaire et médico-social et entre lesdits secteurs ;
- Tenir davantage compte du patrimoine existant, le SRIS ne devant pas conduire à une augmentation des immobilisations mais favoriser une valorisation des surfaces existantes ;
- Intégrer les investissements immatériels dans la stratégie d'investissement (systèmes d'information) ;

Qu'un guide méthodologique SRIS à destination des ARS a été élaboré en partenariat avec l'ANAP ;

Considérant que le ministère a mis à disposition des ARS les outils nécessaires au pilotage de la stratégie d'investissement qui doivent conduire à professionnaliser la constitution et l'analyse des dossiers sur la base d'outils et de référentiels nationaux :

- Un outil d'analyse du retour sur investissement (outil RSI) ;
- La grille d'indicateurs ANAP/DGOS ;
- Les indicateurs du référentiel de dimensionnement et de l'observatoire des coûts de la construction (OSCIMES, outil ANAP) ;
- L'outil de simulation AEIipce développé en 2013 par l'ANAP qui a été complété en septembre 2015 d'un module financier permettant d'estimer l'impact financier d'un projet pour un établissement ;
- Les indicateurs Hospidiag ;
- Les informations PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) disponibles sur système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH) et la plateforme d'aide à la décision inter ARH de maîtrise et d'anticipation (DIAMANT) ;

Que ces différents référentiels nationaux fournissent des valeurs de références et des données de parangonnage tout au long du processus d'instruction et de sélection ;

Qu'ils participent à la réalisation d'une analyse objectivée et professionnalisée des dossiers et à la vérification de l'adéquation du projet aux standards et objectifs nationaux dans ses différentes composantes stratégiques, financières et organisationnelles ;

Que le programme de travail de l'ANAP prévoit la réalisation d'un dispositif permettant de définir à chaque étape d'un projet, l'impact économique et financier des décisions et événements survenus lors d'une opération d'investissement ;

Sur les opérations immobilières

Considérant que l'ANAP a publié en 2015 une étude sur l'« *évaluation des procédures d'investissement en santé* » réalisée en partenariat avec le Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable (CGEDD), le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) et l'Agence Publique pour l'Immobilier de la Justice (APIJ) ;

Que cette publication, tire les enseignements de l'évaluation d'une centaine de projets d'établissements sanitaires et médico-sociaux réalisés durant les dix dernières années suivant les trois modèles de dévolution : procédure classique définie par la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique du 12 juillet 1985 (MOP), procédure en maîtrise d'ouvrage publique de conception-réalisation (CR) et contrats de partenariat public privé (PPP) ;

Que les procédures sont analysées selon des critères de maîtrise des coûts, maîtrise des délais et maîtrise de la qualité ;

Que plus d'une centaine d'établissements ont été associés à ces travaux qui portent sur des opérations immobilières représentant 1,8 millions de mètres carrés construits et 4,6 milliard d'euros d'investissement ;

Que cette publication est complétée par une analyse détaillée des résultats et par un outil d'aide à la réflexion lors du choix d'une procédure d'investissement ;

Considérant que l'ANAP relève plusieurs constats issus des résultats de l'étude :

- Les taux de financement des procédures MOP, CR et PPP s'avèrent très proches les uns des autres, les établissements publics et les sociétés de projets PPP apparaissant avoir bénéficié de conditions d'emprunt équivalentes ;
- Les opérations conduites selon la procédure classique MOP semblent avoir souffert d'une maîtrise insuffisante des délais et des coûts ;
- L'enquête réalisée à partir de questionnaires n'a pas permis de disposer d'éléments suffisants relativement aux coûts d'exploitation et de maintenance ;

Que les auteurs de l'étude identifient plusieurs pistes d'amélioration ; qu'ils s'interrogent sur l'évolution des procédures encadrée par la loi sur la maîtrise d'ouvrage publique et plus particulièrement sur les modalités de mise en concurrence de la maîtrise d'œuvre et les conditions de son engagement sur le coût prévisionnel de l'ouvrage ;

Considérant que l'ANAP se demande si les évolutions introduites par l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés public, pourraient être de nature à limiter les partenariats des établissements publics de santé avec des acteurs privés, qu'il s'agisse d'opérations de construction ou de valorisation du domaine public ;

Sur l'organisation de la fonction immobilière

Considérant que l'ANAP s'attache à instaurer une véritable dynamique de réseau et de partenariat avec les ingénieurs et les techniciens hospitaliers afin de renforcer la politique de gestion patrimoniale des établissements en santé ;

Que son partenariat avec la conférence des directeurs généraux de CHU et sa commission ingénierie et architecture permet la mise à jour régulière de la base de données OSCIMES et de ses ratios de coûts de construction hospitalière et médico-sociale mis à disposition des utilisateurs ;

Que ce même partenariat débouche également sur la réalisation de projets portant sur l'immobilier hospitalier d'aujourd'hui et de demain ; qu'un premier groupe de travail produira prochainement une réflexion opérationnelle sur l'adaptation du bâti à l'activité ambulatoire ;

Que les partenaires ont programmé un deuxième projet commun qui portera sur les éléments constitutifs du coût global d'une opération immobilière dans le domaine de la santé ;

Sur la politique d'entretien

Considérant que la maintenance immobilière contribue à la protection des personnes et des biens mais également à l'activité sanitaire ;

Que l'ANAP, en partenariat avec des ingénieurs et des techniciens hospitaliers membres de l'association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers H360, a élaboré un ensemble d'outils et de recommandations d'aide à l'élaboration d'un plan stratégique de maintenance : « *Horizon Maintenance : Démarche et Outils* » ; que cette publication propose un ensemble de sept outils opérationnels correspondant à la mise à jour d'outils réalisés en 2009 dans un cadre similaire complétée d'un nouvel outil prévisionnel des dépenses de gros entretien renouvellement (GER) ;

Que le comité de la performance et de la modernisation (COPERMO) a inscrit dans sa doctrine un ratio prudentiel de 3% des dépenses totales d'un établissement à consacrer à ce poste ;

Sur le développement durable

Considérant que les établissements de santé poursuivent leur engagement dans des actions de développement durable ;

Qu'une journée nationale organisée par l'ANAP sur ce thème en janvier 2015 a montré l'engagement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans ce domaine ;

Que les CHRU de Lille, CHU Nancy, CH de Niort ont mis en œuvre des démarches structurées de développement durable ; que des actions visant à réduire la

consommation des fluides, diminuer et valoriser les déchets ou encore améliorer la qualité de l'air, ont été développées avec succès ;

Que l'ANAP a mis en place un « cercle performance développement durable en santé », composé d'établissements de santé, d'experts en développement durable et de représentants institutionnels ;

Que les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, UNICANCER, FNAQPA) se sont également saisies du sujet en créant des outils et en travaillant en 2015 avec les ministères sociaux et de l'environnement sur l'écriture d'une nouvelle convention « développement durable » ;

Sur la politique de logement du personnel

Considérant que le ministère en charge de la santé a souhaité introduire des évolutions législatives concernant les modalités d'attribution des logements de fonction afin d'augmenter le nombre de logements à disposition des personnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon, et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille¹ ;

Que la DGOS justifie cette évolution par les difficultés particulières rencontrées par ces trois établissements pour assurer l'organisation de la continuité des soins dans un contexte d'éloignement des domiciles des personnels hospitaliers en raison du coût des logements dans les centres villes ;

Que ces établissements hospitaliers qui possèdent un parc privé à proximité de leurs implantations ne peuvent utilement y loger leurs agents, de nombreux logements étant occupés par des personnes ne travaillant pas ou plus dans les hôpitaux dont le bail ne peut être résilié en cours d'exécution ;

Sur la valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles

Considérant que la DGOS et l'ANAP ont engagé depuis 2011 une démarche d'accompagnement des établissements de santé dans la valorisation de leur patrimoine hospitalier ;

Que la démarche mise en œuvre en 2011 dans le cadre d'un premier appel à projets a permis d'accompagner dix-huit établissements pour la valorisation / cession ou mise à bail d'un de leur site ; que le gain financier de cette démarche tripartite ANAP-EPS-ARS correspondant à la différence entre le montant initial et la valorisation finale est égal à 15,6M€ pour sept établissements ;

¹ L'article 137 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé » a créé un article 14-2 à la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 afférente aux rapports locatifs en résidence principale, selon lequel : « *La résiliation du contrat de location peut être prononcée par le bailleur Assistance publique-hôpitaux de Paris, le bailleur hospices civils de Lyon ou le bailleur Assistance publique-hôpitaux de Marseille en vue d'attribuer ou de louer le logement à une personne en raison de l'exercice d'une fonction ou de l'occupation d'un emploi dans l'un de ces établissements publics de santé et dont le nom figure sur la liste des personnes ayant formulé une demande de logement.* »

Qu'un nouvel appel à candidatures a été lancé avec succès auprès des établissements ;

Considérant que les cessions immobilières réalisées par les établissements publics de santé s'inscrivent désormais dans le cadre défini par la loi du 18 janvier 2013 pour la mobilisation du foncier public ;

Que les décrets d'application aux cessions des établissements publics de santé ont été élaborés en partenariat entre le ministère en charge de la santé, le ministère du logement et le service France Domaine, sur la base du rapport de la mission IGAS/IGF/CGEDD réalisé en 2013 ;

Que les textes visent à instituer un point d'équilibre permettant de répondre aux enjeux de construction de logement ainsi qu'à la nécessité de préservation des produits de cessions pour les EPS dans un objectif de retour à l'équilibre financier ;

Que les cessions réalisées par les établissements publics de santé pourront faire l'objet d'une décote qui sera plafonnée à 30% pour les établissements remplissant au moins un des trois critères d'endettement (ratio d'indépendance financière supérieur à 50%, durée apparente de la dette excédant 10 ans et encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues supérieur à 30%) ;

Que l'avis conforme du directeur général de l'ARS compétente et du directeur d'EPS est requis pour l'inscription du bien sur la liste régionale ;

Que l'établissement public de santé doit donner un avis conforme sur le principe d'une décote appliquée au prix de cession de son bien et l'ARS un avis simple ;

Qu'une instruction d'avril 2015 invite les établissements publics de santé à communiquer aux ARS ou à la DGOS les cas de cessions problématiques pour une éventuelle analyse au niveau national par la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF) ;

Sur la gestion immobilière du secteur médico-social

Considérant que l'ANAP développe des actions depuis 2013 afin d'aider le secteur médico-social à améliorer la gestion de son immobilier ;

Que cet immobilier occupé par un très grand nombre d'établissements et de structures (de l'ordre de 33 000) représente une surface globale se situant entre 30 et 40 Mm² ;

Que les enjeux liés à ce patrimoine dont une partie significative date des années soixante-dix, sont importants ;

Que l'ANAP déploie un programme de travail composé de projets structurants tels que la mise en place d'un inventaire du patrimoine (tableau de bord du médico-social), la réalisation d'un référentiel de dimensionnement pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en lien avec leurs principes d'organisation, un outil et des recommandations permettant de calculer l'impact d'un investissement immobilier dans le tarif hébergement ;

Les représentants des établissements publics de santé, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère en charge de la santé, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ayant été entendus en leurs explications ;

Le Conseil, après en avoir délibéré lors de ses séances du 16 décembre 2015 et 11 mai 2016, formule les remarques suivantes :

Sur la politique immobilière des établissements publics de santé

1. Le Conseil salue les premières initiatives du ministère en charge de la santé dans le but de développer une politique immobilière dynamique pour les établissements publics de santé. Elles attestent d'une prise de conscience que l'immobilier constitue dans chacune de ses dimensions, un facteur déterminant de l'accomplissement des missions du service public hospitalier.

Il souligne que la prochaine réalisation d'une analyse comparative des politiques immobilières hospitalières d'autres pays européens pourra utilement nourrir la réflexion prospective sur les espaces hospitaliers du futur.

Le Conseil invite la DGOS et l'ANAP à poursuivre leur travail de partage des enjeux et de la finalité de la politique immobilière avec tous les acteurs du secteur hospitalier, par la production de supports de communication pédagogiques ;

Sur l'élaboration de la stratégie immobilière des établissements dans un contexte de réformes structurelles du secteur de la santé

2. Le Conseil prend note que la mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT) vise une meilleure mise en cohérence des projets de santé dans un cadre régional. Il relève les fortes implications immobilières de ce nouveau dispositif de coopération entre établissements de santé.

Il recommande que la convention constitutive de chaque GHT intègre une annexe portant schéma directeur immobilier. Il suggère pour cela, de s'inspirer du modèle des schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) des opérateurs de l'État et d'y présenter un diagnostic de la situation immobilière, une analyse comparative des différents scénarios d'évolutions envisageables et le schéma retenu pour la période à venir.

Le Conseil remarque toutefois que l'approche volontariste pour la mise en place des GHT s'accompagne d'un calendrier contraint qui permettra difficilement de disposer à la date de la signature de la convention constitutive, d'un schéma directeur immobilier qui résulterait d'une telle approche. Pour cette première étape de création des GHT, il recommande donc de s'inscrire dans une logique de projet et d'en arrêter le calendrier fixant des délais de réalisation pour chacune de ses phases : diagnostic, analyse comparative des scénarios, choix du schéma retenu.

Le Conseil observe que des établissements tels que les hôpitaux du centre-sud de la Martinique² envisagent de recourir à l'assistance de prestataires extérieurs pour constituer leur schéma directeur immobilier. Il suggère aux organismes de tutelle de proposer une aide au financement de ces prestations en les conditionnant au respect d'un cahier des charges à établir par l'ANAP.

3. A l'aune de l'expérience du déploiement des SPSI de l'administration et des opérateurs de l'État, le Conseil considère qu'il est indispensable de définir un schéma à l'échelon régional pour assurer la bonne cohérence des projets des différentes structures.

Il recommande donc d'enrichir les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) d'une annexe immobilière s'inspirant des schémas directeurs régionaux immobilier (SDIR) mis en place par le service France Domaine.

4. Le Conseil remarque que l'architecture du dispositif GHT conduit à renforcer le rôle des ARS dans l'organisation de la réponse immobilière des établissements publics de santé à l'échelon régional.

Il prend note qu'il n'a pas été donné suite à sa recommandation de regroupement des compétences immobilières des ARS au sein d'une structure nationale.

Le Conseil invite le ministère en charge de la santé à reconsidérer cette proposition dans le cadre d'une réflexion visant à doter les ARS d'un niveau d'expertise à la hauteur des enjeux immobiliers des décisions à prendre à la création de GHT.

5. Le Conseil appelle l'attention du ministère en charge de la santé sur la prépondérance des modalités de gouvernance en matière de gestion immobilière.

Il observe que la définition d'une stratégie immobilière régionale des établissements publics de santé suppose un dialogue de qualité entre ARS, établissements de santé, élus locaux et patients. Il souligne que l'établissement d'un diagnostic partagé de la situation immobilière existante et l'identification des besoins immobiliers issus du projet régional de santé constituent des étapes incontournables d'une approche fondée sur la responsabilité, la confiance et la transparence.

Il remarque que les textes relatifs à la création des GHT ne précisent pas les prérogatives respectives de chaque entité (GHT, établissement « pivot », établissement membre) en matière de gestion de l'immobilier.

Il recommande de fixer un cadre national afin d'éviter que les rédacteurs des conventions décident de modalités de gestion qui seraient propres à chaque GHT.

6. Le Conseil rappelle son souhait que les informations relatives aux créations et aux libérations d'emprises significatives soient communiquées au responsable régional de la politique immobilière de l'État, afin que celui-ci les intègre dans le schéma directeur régional immobilier (SDIR) pour une meilleure articulation des différentes stratégies immobilières publiques.

² Avis d'appel public à la concurrence du 13 février 2016 « Elaboration d'un schéma directeur immobilier du groupement hospitalier de territoire pour les hôpitaux du centre sud de la Martinique »

Sur la connaissance de l'immobilier

7. Le Conseil rappelle que la bonne connaissance du patrimoine, de son utilisation et de ses enjeux financiers, est une condition indispensable à la mise en œuvre d'une politique immobilière.

Il salue le déploiement de l'outil de pilotage du patrimoine immobilier des établissements de santé « OPHÉLIE » qui vise à améliorer la connaissance du patrimoine hospitalier et qui doit notamment permettre à la DGOS et aux ARS de disposer d'une connaissance consolidée aux niveaux national et régional des principales informations relatives au patrimoine des établissements de santé.

Le Conseil suggère que l'annexe immobilière des conventions de constitution des GHT soit produite à partir de cet outil et observe que rendre cet usage obligatoire serait de nature à faciliter le pilotage de la réforme à chaque échelon du territoire.

Sur la politique d'investissement immobilier

8. Le Conseil salue la transformation en profondeur de la stratégie de soutien à l'investissement entreprise par le ministère en charge de la santé dont les principes rejoignent ceux de la politique immobilière de l'État. Il souligne l'apport décisif des outils développés par l'ANAP.

Il note que, conformément à la recommandation formulée dans son avis d'octobre 2014, les ministères en charge de la santé et du budget ont opté pour une régularité des investissements sur une période longue.

9. Le Conseil précise que les travaux du COPERMO ne lui ont pas été communiqués depuis que les représentants du ministère en charge de la santé s'y étaient engagés en 2014.

Il regrette d'autant plus que cet engagement n'ait pas été tenu que l'approche d'analyse socio-économique des projets immobiliers engagée avec le secteur hospitalier est appelée à être étendue à l'ensemble du périmètre de la politique immobilière de l'État.

Le Conseil renouvelle son souhait que les travaux du COPERMO lui soient communiqués.

10. Le Conseil observe que le travail de suivi et d'appui des décisions du COPERMO relève de l'échelon régional.

Il invite la tutelle des ARS à veiller que ces les agences disposent de la légitimité et des moyens leur permettant de jouer pleinement leur rôle de régulateur de l'offre de soin sur le territoire et éviter ainsi les écueils des derniers plans d'investissement.

Le Conseil estime qu'il convient également de réfléchir à de nouvelles modalités d'échanges entre ARS et Préfet de région pour que la transformation projetée de l'offre de soin réponde bien aux orientations d'aménagement du territoire.

11. Le Conseil invite les ministères en charge de la santé et du budget à veiller à ce que les opérations financées dans le cadre de partenariats avec la Banque européenne d'investissement (BEI) ou la caisse des dépôts et consignations (CDC) n'échappent pas

au cadre national de validation des opérations d'investissements des établissements publics de soins ;

Sur les opérations immobilières

12. Le Conseil marque son vif intérêt pour l'étude pilotée par l'ANAP sur l'« évaluation des procédures d'investissement en santé ».

Il note que les résultats de l'étude confirment la nécessité de structurer les processus de pilotage des opérations et de renforcer les compétences en maîtrise d'ouvrage du secteur hospitalier.

Il observe également que ces travaux fournissent un éclairage objectif sur la relation entre résultats et modalités de construction de l'immobilier public.

13. Le Conseil rappelle son attachement aux dispositifs tels que l'emphytéose qui permettent d'envisager des modes alternatifs de financement et de création de l'immobilier tout en préservant à terme, la propriété publique du foncier.

Il souligne l'intérêt de ces dispositifs dans un contexte de disponibilités budgétaires restreintes.

Le Conseil invite l'État à veiller à ce que les évolutions introduites dans le cadre de la réforme de la commande publique n'aient pas notamment pour effet de limiter les possibilités de partenariats pour des opérations de construction ou de valorisation du domaine public des établissements publics de santé.

Sur l'organisation de la fonction immobilière

14. Le Conseil incite l'ANAP ainsi que les ingénieurs et les techniciens hospitaliers à poursuivre leurs efforts conjoints en vue d'instaurer une véritable dynamique de réseau et de partenariat.

Il les invite à engager prochainement une réflexion sur les conditions opérationnelles de la mutualisation des compétences immobilières qui devra être mise en place dans le cadre de la création des GHT.

Il engage la DGOS à articuler les résultats de ces travaux avec ses propres réflexions sur la structuration et la répartition de l'expertise immobilière des organismes de tutelle des établissements de santé.

Sur la politique d'entretien

15. Le Conseil rappelle que la politique d'entretien est une composante essentielle de la stratégie immobilière et que chaque établissement doit se doter de moyens adaptés pour maintenir le niveau d'entretien requis pour la bonne marche de l'établissement et la préservation de la valeur du patrimoine.

Il souligne l'intérêt des travaux sur le coût global immobilier que le groupe de travail de l'ANAP et des ingénieurs et techniciens hospitaliers doit lancer prochainement.

Il remarque que l'enquête sur l'« évaluation des procédures d'investissement en santé » réalisée à partir de questionnaires n'a pas permis de disposer d'éléments suffisants relativement aux coûts d'exploitation et de maintenance. Il considère que ce constat constitue une bonne indication du chemin qui reste à parcourir pour acquérir une culture de la maintenance de l'immobilier et de ses installations.

Le Conseil renouvelle sa proposition que soit menée une action nationale de développement des outils de gestion de maintenance hospitalière dans le cadre du plan d'investissement informatique hospitalier.

Sur le développement durable

16. Le Conseil prend acte de l'engagement des établissements de santé dans des actions de développement durable.

Il invite le ministre en charge de la santé à dresser un bilan annuel de ces actions assorti d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis.

Dans cette perspective, il engage l'ANAP à prendre attache avec les organismes du régime général de la Sécurité sociale qui ont notamment développé une application dédiée.

Sur la politique de logement du personnel

17. Le Conseil prend acte des évolutions législatives introduites concernant les modalités d'attribution des logements de fonction afin d'augmenter le nombre de logements à disposition des personnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, des Hospices civils de Lyon, et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

Sous réserve que cette disposition ne soit pas remise en cause car considérée contraire aux règles constitutionnelles protégeant les relations conventionnelles de droit privé - et donc qu'elle trouve à s'appliquer concrètement - le Conseil demande qu'un dispositif de suivi de cette politique soit mis en place au niveau national afin d'en mesurer les effets. Il suggère que les établissements concernés présentent un bilan annuel présentant la décomposition de leur parc de logement par type d'occupation (tiers locataires, logement attribué au personnel hospitalier sur critères socio-professionnels, nécessité de service et utilité de service), en début et fin d'exercice.

Sur la valorisation des biens hospitaliers devenus inutiles

18. Le Conseil salue la démarche d'accompagnement des établissements de santé pour la valorisation de sites hospitaliers mise en place par la DGOS et l'ANAP.

Il relève que la première vague de l'opération lancée en 2011 se traduit par un gain financier de 15,6 M€ pour sept établissements ;

Il prend acte du succès du deuxième appel d'offre qui confirme l'intérêt de la démarche.

19. Le conseil prend note que les décrets d'application de la loi du 18 janvier 2013 pour la mobilisation du foncier public relatifs aux cessions immobilières réalisées par les établissements publics de santé ont été élaborés en partenariat entre le ministère en

charge de la santé, le ministère du logement et le service France Domaine, sur la base du rapport de la mission IGAS/IGF/CGEDD réalisé en 2013 ;

Il souligne une démarche qui vise à instituer un point d'équilibre permettant de répondre aux enjeux de construction de logement et la nécessité de préservation des produits de cessions pour les EPS dans un objectif de retour à l'équilibre financier ;

Il souhaite que soit dressé un bilan annuel national de la politique mobilisation du foncier public des établissements de santé, présentant le nombre de logements créés par ces dispositions ainsi que les différents effets du dispositif pour les établissements concernés.

Sur la gestion immobilière du secteur médico-social

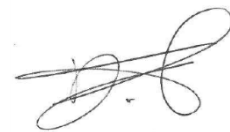
20. Le Conseil observe que compte tenu des évolutions de notre société, les objectifs assignés aux établissements hospitaliers ne pourront être atteints sans une bonne complémentarité des acteurs.

Il salue les actions développées par la DGOS et l'ANAP pour aider le secteur médico-social à améliorer la gestion de son immobilier ;

Il remarque que l'immobilier du secteur médico-social est structuré autour de marchés d'investissement et d'exploitation. Cette logique conduit les acteurs à disposer d'une bonne connaissance du coût de leur immobilier et à identifier clairement la composante immobilière du prix de revient de chaque prestation.

Il encourage l'ANAP à poursuivre ses travaux dans l'objectif notamment de calculer l'impact de l'immobilier dans le tarif hébergement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Pour le Conseil,
son Président**



Jean-Louis DUMONT