

Évaluation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement sur les établissements publics de santé

OCTOBRE 2013

Jean-Louis **BONNET** • Pierre **DEPROST**
Jean-Louis **HÉLARY** • Justine **COUTARD**
Jérôme **CLERC**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



CONSEIL GÉNÉRAL
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU
DÉVELOPPEMENT DURABLE



**INSPECTION GÉNÉRALE
DES FINANCES**

N° 2013-M-068-02

**INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

N° 2013-118R

**CONSEIL GÉNÉRAL DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
DÉVELOPPEMENT DURABLE**

N° 009154-01

RAPPORT

ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA LOI DU 18 JANVIER 2013 RELATIVE À LA MOBILISATION DU FONCIER PUBLIC EN FAVEUR DU LOGEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Établi par

PIERRE DEPROST
Inspecteur général des
finances

JEAN-LOUIS BONNET
Inspecteur général des
affaires sociales

JEAN-LOUIS HÉLARY
Ingénieur général des
ponts, des eaux et des
forêts

JUSTINE COUTARD
Inspectrice des finances

JÉRÔME CLERC
Inspecteur des affaires
sociales

Avec le concours de
Camille ROMANO
Assistant de vérification

- OCTOBRE 2013 -

SYNTHÈSE

La loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social permet de **céder les terrains du domaine privé de l'État à un prix inférieur à leur valeur vénale lorsque ces terrains sont destinés à des programmes de construction comportant essentiellement du logement, dont du logement social**. Elle accroît le périmètre d'application de la loi portant engagement national pour le logement (ENL) de 2006 – qui prévoyait déjà un dispositif de décote¹ – **en intégrant dans le dispositif les biens appartenant aux établissements publics de l'État²**.

L'application de ces nouvelles dispositions ne modifierait pas substantiellement l'équilibre des forces entre les établissements publics de santé et les communes, qui disposent déjà de puissants leviers d'action en matière d'aménagement et d'urbanisme. Elle conduirait surtout à introduire la médiation des préfets et des services territoriaux de l'État et à formaliser le calcul de la décote à partir d'éléments précis sur l'équilibre économique de l'opération de construction programmée par l'acquéreur.

Les prix des biens cédés par les établissements hospitaliers subissent d'ores et déjà une « décote de fait », liée aux contraintes imposées par la commune pour la construction de logements sociaux ou d'équipements publics. **Ces décotes de fait**, calculées par la mission sur un échantillon de cessions réalisées ou en cours, **s'échelonnent entre 14 % et 44 %** par rapport aux recettes potentielles, qui résulteraient d'une opération de construction en logement libre uniquement.

Aussi, d'après les simulations réalisées par la mission, **la portée de la loi sur les établissements publics de santé serait limitée pour plusieurs raisons :**

- ◆ **son périmètre d'application exclut de fait une partie des opérations de cessions hospitalières**, en raison du délai impératif de cinq ans prévu pour la réalisation des logements, au-delà duquel la décote n'est pas applicable ; les grandes opérations de restructuration de sites hospitaliers qui donnent lieu à de longues phases d'aménagement préalable seraient donc hors champ ;
- ◆ **l'impact financier de la décote ne serait supérieur à celui des contraintes actuelles** imposées par les communes en termes de logement social et d'équipements publics **que dans un nombre limité de situations, lorsqu'elle serait appliquée à un taux de 75 % ou 100 % sur le logement social** ; mise en œuvre à un taux de 25 % ou 50 %, elle serait souvent inférieure à la « décote de fait » appliquée aujourd'hui.

Toutefois, **dans un nombre limité de situations, l'application de la fourchette haute de la décote peut induire des pertes de recettes substantielles pour l'établissement de santé, comprises entre + 5 % et -27 %** par rapport aux conditions actuelles de négociation.

L'impact financier de la décote par rapport aux dispositifs préexistants semble principalement déterminé **par trois facteurs :**

- ◆ le taux de décote ;

¹ La loi de 2013 ne crée pas un dispositif *ex-nihilo*, mais étend un dispositif mis en place en 2005 et 2006, par les lois n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale et n°2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement.

² Article L. 3211-13-1 nouveau du CGPPP.

- ◆ l'écart existant entre la charge foncière libre et la charge foncière sociale ; plus cet écart est important, moins la décote a un effet important par rapport à la situation actuelle ;
- ◆ le poids du logement social ou des équipements publics dans l'opération ; lorsqu'il atteint 50 %, les moindres recettes deviennent substantielles.

Ces moindres recettes – qui résultent de la mise en œuvre d'un scénario maximaliste – justifient que le dispositif de décote soit encadré. **Il importe en effet de veiller à ce que la mise en œuvre de la politique de mobilisation du foncier public n'entre pas en contradiction avec le développement de l'autofinancement des investissements, élément-clef de la nouvelle politique de pilotage des investissements hospitaliers.**

Les établissements de santé sont endettés dans des proportions qui justifient l'attention portée à des sources de financement complémentaires : **la trajectoire d'évolution de l'encours de la dette, qui a presque triplé entre 2002 et 2011, voit son accroissement confirmé en 2012** (29,3 Md€ selon les données DGFIP et 28,1 Md€ après exclusion des partenariats public-privé).

En outre, la nouvelle procédure de pilotage des investissements hospitaliers, instaurée fin 2012, renforce encore le poids attendu des produits de cession dans le financement des investissements.

Afin d'assurer une conciliation harmonieuse des objectifs des deux politiques publiques, la mission recommande donc **une application de la loi adaptée aux besoins et aux contraintes de la politique d'offre de soins :**

- ◆ **en garantissant le respect des « prérogatives du propriétaire**, par la transposition aux EPS des dispositions prises dans les projets d'articles R.3211-32-4 et R.3211-3-7 tels qu'ils ont été rédigés dans le décret relatif aux établissements publics de l'État ;
- ◆ **en modifiant la gouvernance du dispositif au profit d'une meilleure prise en compte des enjeux de la politique d'investissement hospitalier ;**
 - par une association étroite des ARS à la fois :
 - à la décision d'inscription des terrains sur la liste du Préfet de région, sous la forme d'un avis conforme ;
 - à l'instruction du taux de décote, en coordination étroite avec les services de la DDFiP et de la DDT(M) ;
 - par l'attribution d'un siège permanent au ministère chargé de la santé au sein de la CNAUF ;
 - par la mise en œuvre d'un appui technique et méthodologique de l'ANAP aux EPS et aux ARS ;
- ◆ **en contrôlant le respect du périmètre d'application de la décote, réservé aux opérations réalisables dans un délai maximal de cinq ans**, excluant les grandes opérations de restructuration hospitalière qui comportent une phase d'aménagement préalable ;
- ◆ **en intégrant les enjeux de la politique territoriale d'offre de soins dans la définition du taux de décote, par un plafonnement de celui-ci pour les opérations les plus structurantes et sensibles financièrement ;** la décote imposée sur le prix de cession serait ainsi limité à 30 % de la valeur de référence du bien, pour les établissements cumulant trois critères :
 - la validation de leur projet d'investissement en SRIS ;
 - l'inscription en PGFP d'un financement de leurs investissements par des produits de cession prévisionnels ;

- une situation financière fragile, correspondant à l'un au moins des critères mentionnés à l'article D.6145-70 du code de la santé publique³ déterminant les conditions de recours à l'emprunt des établissements publics de santé, à savoir :
 - un ratio d'indépendance financière excédant 50 % ;
 - un ratio de durée apparente de la dette (exprimé en années) excédant 10 ans ;
 - un ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excédant 30 %.

En complément de ces propositions d'application de la loi aux EPS, la mission a formulé des **recommandations permettant également d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins** :

- ◆ **les conventions de réservation auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux** permettraient de favoriser la construction de logements sociaux, tout en répondant aux besoins de logement de certains personnels des EPS situés dans des agglomérations tendues ;
- ◆ **le développement des baux emphytéotiques sur le domaine privé des EPS** permettrait également d'éviter la cession des biens du patrimoine hospitalier et de préserver le haut de bilan des établissements de santé, de réduire les coûts d'entretien à la charge des EPS, tout en favorisant la construction de logements.

³ Article D.6145-10 du code de la santé publique, créé par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, article 1^{er}.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LES DISPOSITIONS DE LA LOI NE MODIFIERAIENT QUE MARGINALEMENT LES PARAMÈTRES DES CESSIONS RÉALISÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, SOUMISES À UNE DÉCOTE DE FAIT	3
1.1. Avant l'application de la loi, la cession d'un actif hospitalier suppose la prise en compte des contraintes d'aménagement et d'urbanisme définies par la commune	3
1.1.1. <i>Dotées de compétences étendues en matière d'urbanisme, les communes disposent de marges de manœuvre importantes dans les négociations avec les établissements de santé</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Les cessions réalisées par les établissements de santé intègrent une décote de fait.....</i>	<i>6</i>
1.2. La loi vise à favoriser la production de logements sociaux, notamment en objectivant les conditions de la cession.....	8
1.2.1. <i>Au travers d'une décote formalisée, la loi entend adapter le prix du foncier aux besoins de production de logement social.....</i>	<i>8</i>
1.2.2. <i>En introduisant la médiation des services de l'État, la loi vise à sortir des situations de blocage</i>	<i>10</i>
1.3. Pour autant, les dispositions de la loi ne semblent pas modifier significativement la situation préexistante.....	12
1.3.1. <i>La loi ne peut pas contraindre à vendre ou à acheter, mais pourrait au contraire déboucher sur des blocages</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>La bonne application de la loi est soumise à des conditions techniques et à un travail de pédagogie.....</i>	<i>13</i>
2. L'APPLICATION DE LA LOI ENTRAÎNERAIT DES RISQUES CIRCONSCRITS À UN NOMBRE LIMITÉ DE CAS, QUE LES CONTRAINTES DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ RENDENT NÉCESSAIRE D'ENCADRER.....	14
2.1. L'application de la loi peut amputer significativement les produits de cession pour un nombre limité de situations	14
2.1.1. <i>Le panorama du foncier hospitalier, rendu approximatif par le manque de données disponibles, montre que le périmètre d'application de la loi serait circonscrit à un nombre limité d'opérations.....</i>	<i>14</i>
2.1.2. <i>Des effets potentiellement importants au niveau microéconomique dans certaines situations.....</i>	<i>16</i>
2.2. Or, les établissements de santé présentent un taux d'endettement qui justifie l'attention portée à des sources de financement complémentaires	19
2.2.1. <i>La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé se voit amputée par la persistance d'une dette élevée.....</i>	<i>19</i>
2.2.2. <i>Parallèlement, les communes situées dans les zones de tension connaissent une situation financière globalement plus favorable que la moyenne.....</i>	<i>20</i>

2.3. Les exigences renforcées d'autofinancement des investissements hospitaliers accroissent l'utilité des recettes de cession	21
3. LA CONCILIATION DES OBJECTIFS DE CONSTRUCTION DE LOGEMENT ET DE QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS SUPPOSE UNE APPLICATION ADAPTÉE DE LA LOI AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS COMPLÉMENTAIRES.....	23
3.1. Les dispositions de la loi doivent être adaptées aux établissements de santé, afin de ne pas pénaliser leur situation financière et leurs projets d'investissement	23
3.1.1. <i>La gouvernance doit être aménagée, afin d'assurer une prise en compte des objectifs de la politique d'offre de soins sur le territoire.....</i>	<i>23</i>
3.1.2. <i>Afin d'assurer le respect du périmètre d'application de la loi, l'instruction des dossiers doit permettre un filtrage des seules opérations réalisables dans un délai de cinq ans.....</i>	<i>25</i>
3.1.3. <i>Face à la prise en compte des besoins en logement, il paraît nécessaire de faire valoir les besoins de la politique hospitalière dans la définition de la décote.....</i>	<i>25</i>
3.2. Par ailleurs, d'autres dispositifs pourraient être mis en œuvre pour favoriser la conciliation des deux politiques publiques	27
3.2.1. <i>Des quotas de réservation assortis de clauses de fonction pourraient être développés auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux.....</i>	<i>27</i>
3.2.2. <i>Plus largement, la conclusion de baux emphytéotiques par les EPS devrait être encouragée.....</i>	<i>29</i>
LISTE DES PROPOSITIONS.....	31

INTRODUCTION

Par lettre du 18 juin 2013 les ministres de l'Économie et des Finances, des Affaires sociales et de la Santé, de l'Égalité des territoires et du Logement et du Budget ont demandé à l'inspection générale des finances, à l'inspection générale des affaires sociales et au conseil général de l'environnement et du développement durable de réaliser une mission d'évaluation de l'impact sur les établissements publics de santé (EPS) de la loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social.

Cette loi, par un dispositif renforcé de décote lors de la cession de terrains de l'État et de ses établissements publics adapté aux particularités du programme de construction et aux conditions locales, vise ainsi **deux objectifs principaux** :

- ◆ **accroître l'offre foncière pour la production de logement**, en accélérant la mise à disposition de foncier public ;
- ◆ **améliorer la capacité de financement du logement social** par les organismes constructeurs.

Plusieurs textes d'application de cette loi sont prévus :

- ◆ le décret en Conseil d'État (DCE) n° 2013-315 du 15 avril 2013 a précisé les conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'État ;
- ◆ un décret simple doit dresser la liste des établissements publics concernés par ces dispositions ;
- ◆ seront enfin pris autant de DCE que d'établissements ou catégories d'établissements publics concernés afin de décliner pour chacun d'entre eux les modalités de mise en œuvre de la décote.

La mission avait donc vocation à explorer les modalités possibles d'application de ce dispositif aux EPS, pour déterminer si ces derniers feront partie de la liste des établissements publics concernés, qui doit être prochainement fixée par décret et dans quelles conditions.

Or, ces dispositions pourraient avoir une incidence sur la politique patrimoniale des EPS et sur l'équilibre des opérations d'investissement qu'ils prévoient de réaliser. **La politique d'investissement hospitalier – qui a fait l'objet de plusieurs rapports⁴ – a récemment été réformée** par la remise en cause d'une approche en termes de « plans », au profit d'une démarche axée sur une sélection plus fine des dossiers d'investissements⁵, dans le cadre d'une enveloppe d'aide nationale fermée et d'un développement de l'autofinancement et de l'efficacité. **Les établissements sont désormais incités à développer une gestion plus active de leur patrimoine et à accroître l'autofinancement de leurs investissements.**

Aussi, afin d'explorer au mieux les enjeux d'une conciliation de ces deux politiques publiques malgré l'absence de données exhaustives sur le patrimoine foncier des établissements publics de santé et sur les opérations de cession réalisées dans ce champ, la mission a procédé par échantillonnage (*cf. encadré ci-dessous*).

⁴ *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, IGF/IGAS, rapport n°2012-M-072-02 (IGF) /RM2013-032P (IGAS), mars 2013.

Refonder la tarification hospitalière au service du patient, rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), commission des affaires sociales du Sénat, n°703, MM. Yves Daudigny, Jacky Le Menn, Alain Million, enregistré à la présidence du Sénat le 25 juillet 2012, cf. pages 88 et suivantes.

⁵ Les dossiers d'investissements les plus importants, une fois validés par les ARS, sont désormais instruits et suivis au sein du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) depuis le mois de décembre 2012. Il est également prévu que ces projets d'investissements soient progressivement insérés au sein de l'offre territoriale globale *via* des schémas régionaux d'investissements en santé (SRIS), en cours de préparation par les ARS.

Rapport

Encadré 1 : Échantillon des EPS identifiés par la mission

La mission a concentré ses investigations sur un échantillon d'EPS **ayant déjà réalisé des opérations de cession ou projetant d'en réaliser dans leur PGFP 2012-2016**, en croisant trois variables :

- l'importance du patrimoine foncier ;
- les zones de tension en logement ;
- la taille et la nature de l'établissement.

Il en résulte un échantillon de dix établissements, présentant les caractéristiques suivantes :

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

Nom de l'établissement	Catégorie d'établissement	Zone de tension	Nombre de cessions analysées par la mission
AP-HP (Paris)	AP	A	6
AP-HM (Marseille)	AP	B1	6
HCL (Lyon)	AP	B1	4
CH de la région d'Annecy	CH	B1	1
CHU de Nice	CHU	A	2
CHU de Nantes	CHU	B1	2
CH de Maubreuil	CH	B1	1
CH de Saintonge	CH	C	1
CH de Nogent-le-Rotrou	CH	C	1*
EPS de Maison Blanche	Ex-CHS	A	1*

Source : Mission.

* Ces cessions n'ont pas encore été conclues, mais sont en cours.

La mission a effectué des **déplacements auprès de chacun de ces établissements**, en s'efforçant de rencontrer pour chacun d'entre eux des représentants de :

- l'établissement de santé ;
- la commune ou l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) concerné ;
- l'ARS ;
- la préfecture ou la direction départementale des territoires (et de la mer).

Par ailleurs, **chaque établissement a été sollicité afin de recueillir des données sur les cessions réalisées**, notamment les caractéristiques du bien cédé, les contraintes inhérentes au plan local d'urbanisme (PLU), les caractéristiques de l'opération d'aménagement ou de construction réalisée et le montant du prix de cession.

Les travaux de la mission se sont donc articulés autour de **trois grands axes d'investigation** :

- ◆ **1/ l'analyse des évolutions introduites par les dispositions de la loi du 18 janvier 2013, à partir d'un bilan de la situation préexistante**, des cessions de foncier hospitalier réalisées et de l'application de la décote antérieure ;
- ◆ **2/ l'étude de la situation financière et patrimoniale des EPS**, permettant de cerner à la fois le champ potentiel d'application du dispositif et les contraintes auxquelles les établissements sont confrontés ;
- ◆ **3/ une simulation de l'impact des nouvelles dispositions législatives, à l'échelle nationale, à l'échelle des établissements et à l'échelle des opérations**, afin de mettre en évidence les différents paramètres à prendre en compte pour définir les modalités d'application de la loi.

1. Les dispositions de la loi ne modifieraient que marginalement les paramètres des cessions réalisées par les établissements de santé, soumises à une décote de fait

1.1. Avant l'application de la loi, la cession d'un actif hospitalier suppose la prise en compte des contraintes d'aménagement et d'urbanisme définies par la commune

1.1.1. Dotées de compétences étendues en matière d'urbanisme, les communes disposent de marges de manœuvre importantes dans les négociations avec les établissements de santé

Depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983⁶, l'urbanisme, la politique foncière et l'aménagement opérationnel relèvent principalement des compétences des communes, voire de leurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) par délégation.

Les communes disposent ainsi de puissants leviers d'action à l'égard des établissements qui cèdent une partie de leur patrimoine foncier, et tout particulièrement :

- ◆ **le plan local d'urbanisme (PLU)**, qui a remplacé le plan d'occupation des sols (POS) depuis la loi SRU du 13 décembre 2000⁷, définit les zones de construction, sous réserve des interdictions découlant de servitudes et de plans de préventions des risques ; **s'il définit bien davantage des « interdictions de faire » que des « obligations de construire »⁸, il peut avoir une influence déterminante sur le prix de cession** (cf. encadré ci-dessous) ;

Encadré 2 : Dispositions du PLU ayant une influence sur le prix de cession

Le PLU définit différentes zones qui compartimentent le territoire communal :

- les zones urbaines (zones U) ;
- les zones à urbaniser (zones AU) ;
- les zones agricoles ;
- les zones naturelles et forestières, qui sont des secteurs à protéger ;
- les secteurs particuliers, tels que les espaces boisés classés ou les emplacements réservés (notamment pour la construction future d'équipements publics).

Pour chaque zone, **le règlement définit les dispositions applicables dont découlent les possibilités et les conditions de construction qui influencent directement le prix des biens.** Parmi ces dispositions, figurent notamment :

- le type d'occupation ou d'utilisation du sol interdit ;
- l'implantation des constructions par rapports aux voiries et emprises publiques ;
- la hauteur maximale des constructions ;

⁶ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

⁷ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (loi SRU).

⁸ Le PLU détermine « les orientations générales d'aménagement et d'urbanisme retenues pour l'ensemble de la commune » et fixe « les règles générales et les servitudes d'utilisation des sols permettant d'atteindre les objectifs mentionnés à l'article L. 121-1, qui peuvent notamment comporter l'interdiction de construire, délimitent les zones urbaines ou à urbaniser et les zones naturelles ou agricoles et forestières à protéger et définissent, en fonction des circonstances locales, les règles concernant l'implantation des constructions ».

Rapport

- les espaces libres et plantations ;
- le coefficient d'occupation des sols (COS).

Par ailleurs, dans les zones urbaines ou à urbaniser, le PLU peut prévoir de réserver des emplacements en vue de la réalisation de programmes de logements. Les communes et EPCI peuvent ainsi **délimiter des secteurs dans lesquels les programmes de logements devront comporter obligatoirement des catégories de logements locatifs sociaux.**

- ◆ **le droit de préemption urbain**, institué par la loi du 18 juillet 1985⁹, permet à une commune d'acquérir un bien immobilier mis en vente dans un périmètre prédéfini, le souhait de vente étant notifié à la commune par le biais d'une déclaration d'intention d'aliéner (DIA) ; la collectivité peut dans ce cas proposer un prix inférieur à celui envisagé, le juge de l'expropriation étant compétent pour fixer la valeur en cas de désaccord persistant ; ce droit s'exerce dans le cadre de la réalisation d'un projet d'aménagement, défini de manière large¹⁰ ;
- ◆ **le droit de priorité**, institué par la loi du 13 juillet 1991¹¹ et rénové par la loi du 13 juillet 2006¹², s'exerce en amont de la vente. L'article L. 240-1 prévoit que les immeubles sur lesquels s'exerce ce droit appartiennent à l'État et à certains établissements publics, dont notamment Réseaux ferrés de France (RFF) et l'AP-HP. Il prévoit aussi que la liste des établissements publics peut être complétée par décret, ce qui n'a pas été fait à ce jour. En cas de désaccord sur le prix, le juge de l'expropriation peut être saisi. **Le droit de préemption et le droit de priorité ne se cumulent plus depuis la loi ENL de 2006** : le droit de préemption urbain n'est pas applicable aux aliénations de biens et droits immobiliers ayant fait l'objet de la notification du droit de priorité. La loi du 18 janvier 2013 prévoit une extension du périmètre d'application du droit de priorité (*cf. infra*) ;
- ◆ **la délivrance des autorisations d'urbanisme** telles que les permis de construire ou de démolir, qui conditionnent directement la réalisation des opérations.

La situation de blocage rencontrée par le CHU de Clermont-Ferrand mérite à cet égard d'être citée, car elle **illustre bien les pouvoirs de la commune à travers la maîtrise du PLU** (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 3 : L'exemple de la vente de l'Hôtel-Dieu du CHU de Clermont-Ferrand

Le CHU de Clermont-Ferrand est propriétaire du site de l'Hôtel-Dieu, ensemble foncier et bâti de près de cinq hectares situé en centre-ville. À la suite de la construction puis de la mise en service d'un hôpital neuf en 2010 (hôpital Estaing), le site historique de l'Hôtel-Dieu a été libéré et déclassé afin de le vendre. Cette cession est rendue nécessaire par plusieurs opérations coûteuses d'investissement passées ou à venir :

- le coût final de construction de l'hôpital Estaing s'établit à 245 M€ ;
- par ailleurs, le CHU doit mener une opération exceptionnelle de déconstruction et de désamiantage des bâtiments historiques du site Gabriel Montpied, dont le coût total s'élève à 200 M€.

Déjà endetté à hauteur de 329 M€ en 2011, le CHU rencontre des difficultés pour lever des emprunts. Il est également engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier suivi par le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

⁹ Loi n° 85-729 du 18 juillet 1985 relative à la définition et à la mise en œuvre de principes d'aménagement.

¹⁰ Les projets d'aménagement mis en œuvre peuvent être un projet urbain, une politique locale de l'habitat, le maintien, l'extension ou l'accueil des activités économiques, le développement des loisirs et du tourisme, la réalisation d'équipements collectifs, la lutte contre l'insalubrité, le renouvellement urbain, la sauvegarde ou la mise en valeur du patrimoine bâti ou non bâti, la constitution de réserves foncières.

¹¹ Loi n° 91-662 du 13 juillet 1991 d'orientation pour la ville (LOV).

¹² Loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL).

Rapport

Pour faire face à ces besoins de financement massifs, le CHU a entamé une démarche de cession formalisée à partir de 2009, en lien avec les services de France Domaine. La valeur vénale du site a été évaluée à 30 M€ brut en 2011.

Or, depuis lors, **la ville a modifié sa position, induisant une situation de blocage :**

- **la ville avait été sollicitée en 2011 pour bénéficier d'un droit de priorité au prix fixé par France Domaine et l'avait refusé ;** dès lors, le CHU avait conduit une démarche formalisée de consultation auprès d'acquéreurs privés avec l'aide d'un cabinet conseil et retenu en mai 2012 la proposition d'un groupement d'investisseurs à hauteur de 25 M€ net vendeur après abattement forfaitaire de 5 M€ pour les frais de démolition et de fouilles archéologiques ;
- après avoir renoncé à l'exercice de son droit de priorité, **la ville a fait une proposition d'achat, hors-délai, au CHU à hauteur de 20 M€**, que celui-ci a refusée ;
- en janvier 2013, le directeur général du CHU a signé avec les acquéreurs une promesse de vente à hauteur de 25 M€ ;
- **suite à cette signature, la commune a décidé de modifier son plan d'occupation des sols (POS) sur le secteur de l'Hôtel-Dieu afin de limiter les hauteurs de construction, réduire la densité du site et créer des emplacements réservés** afin d'y implanter des équipements publics et des espaces verts ;
- suite à cette modification du POS, **les services de France Domaine ont estimé à 17,6 M€ la nouvelle valeur vénale du site de l'Hôtel-Dieu**, soit une décote de 40 % par rapport à l'évaluation initiale ;
- le CHU a formé devant le tribunal administratif de Clermont-Ferrand un recours contre la modification du POS.

Depuis lors, la situation est bloquée et la cession n'a pas encore pu être réalisée.

La définition du droit des sols représente sans conteste un socle de règles contraignantes qui s'impose aux EPS pour tous leurs projets de cession. Pour autant, **la négociation porte également sur la définition du programme qui sera réalisé**, dont les paramètres peuvent conditionner le prix de cession, notamment la densité du programme de construction, le type et la taille des logements réalisés, la proportion d'équipements publics, les coûts d'aménagement, de viabilisation ou de dépollution.

Ces différents éléments peuvent entrer dans l'évaluation du bien, par France domaine, lorsqu'il s'agit d'une évaluation par « compte-à-rebours ». Si les établissements de santé ne sont pas soumis à une obligation d'évaluation par les services de France domaine, ils y recourent néanmoins fréquemment. Or, depuis 2009, les services sont invités à privilégier une évaluation par compte-à-rebours, permettant de calculer le prix du bien en fonction du bilan global de l'opération d'aménagement ou de construction envisagée¹³.

Sur ces différents éléments – qui demeurent encadrés par les règles d'urbanisme du PLU –, les établissements de santé peuvent négocier à la fois avec la commune et l'éventuel opérateur d'aménagement ou de construction des contreparties aux contraintes qui leur sont imposées. Lorsque les conditions s'y prêtent, les opérations peuvent ainsi se réaliser au bénéfice de chacun des acteurs.

Par exemple, le « centre Livet » appartenant aux Hospices civils de Lyon (HCL) a fait l'objet d'une promesse de vente au mois de juillet 2013, à l'issue d'une longue phase de négociations avec les communes sur lesquelles était situé le tènement, permettant à la fois de :

- ◆ **compenser les obligations imposées en termes de construction de logement social par une densification parallèle de l'opération ;**

¹³ L'application du compte à rebours consiste à déterminer la charge foncière à laquelle l'aménageur ou le promoteur peut acheter le terrain, en partant des produits tirés du terrain ou du bâtiment (prix de vente ou prix de location) dont sont retranchés les coûts d'aménagement, de construction et la marge. La différence correspond alors à la valeur du terrain.

Rapport

- ◆ **compenser ces mêmes obligations sur cette opération par l'absence de contraintes de logement social pour la cession de « Dugoujon »**, autre bien des HCL situé sur la commune de Caluire.

Cet exemple donne ainsi une bonne illustration des leviers de négociation entre les établissements de santé et les communes (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 5 : L'exemple des cessions réalisées par les Hospices civils de Lyon dans la ville de Caluire

Les Hospices civils de Lyon (HCL) sont propriétaires d'un tènement immobilier de plus de 16 000 m² dit « Centre Livet », situé pour l'essentiel sur le territoire de la commune de Caluire. L'ensemble immobilier se compose d'un bâtiment principal anciennement à usage d'activité hospitalière et de plusieurs bâtiments annexes.

Ils sont par ailleurs propriétaires du centre gériatrique du docteur Dugoujon, également situé à Caluire, dont ils ont souhaité vendre une parcelle de 3 000m², comportant une ancienne villa de fonction.

Des négociations globales, préalables à l'appel à candidatures, ont été menées entre les HCL et la commune, à partir de 2008 portant sur les contraintes imposées par Caluire en termes de logement social et sur la densité des opérations :

- **la commune a imposé un quota de 35 % de logement social sur l'opération du centre Livet, en contrepartie duquel aucune contrainte de construction de logement social n'a été imposée sur la parcelle « Dugoujon » ;**
- **parallèlement, l'opération réalisée sur le « centre Livet » a été densifiée, passant de 8 000 m² à 11 500 m² de surface de plancher**, comprenant du logement libre, du logement social, un hôtel et une résidence sénior.

Ces négociations globales mettent en évidence les compromis qui peuvent émerger au cours de négociations, permettant à l'établissement hospitalier de compenser financièrement les contraintes de logement social imposées par la commune.

Dans un rapport de forces qui lui est plutôt défavorable – compte tenu des instruments réglementaires puissants dont dispose la commune en matière d'urbanisme –, **le bon déroulement des négociations pour l'EPS repose donc sur :**

- ◆ la capacité de l'établissement à proposer des mesures de compensation des contraintes que la commune lui impose, ce qui requiert une bonne connaissance de ces sujets ;
- ◆ le poids de son patrimoine dans la commune et la possibilité qui en découle de mener des négociations « globales » ;
- ◆ le degré d'urgence de la cession et le degré de dépendance de l'établissement aux recettes tirées de la vente pour le financement de ses investissements ;
- ◆ la sensibilité du maire – qui est également, dans la plupart des cas, le président du conseil de surveillance de l'EPS – aux contraintes de financement de l'établissement.

1.1.2. Les cessions réalisées par les établissements de santé intègrent une décote de fait

La mission a mené des analyses sur un échantillon restreint d'opérations de cession, réalisées ou en cours, pour lesquelles les établissements de santé, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)¹⁴ ou la direction nationale d'interventions domaniales (DNID) disposaient de données précises sur les sous-jacents du prix de cession.

¹⁴ L'ANAP assure le suivi d'un certain nombre d'opérations de cession pour les établissements de santé. La DGOS, en lien avec l'ANAP, a en effet lancé un appel à projets le 26 juillet 2011 sur la valorisation, permettant de retenir une douzaine d'opérations de cession accompagnées par l'ANAP. Pour les projets sélectionnés, l'ANAP assure le

Rapport

Afin d'identifier précisément l'impact financier des contraintes imposées par la commune, il est en effet nécessaire de disposer des éléments d'une évaluation par « compte-à-rebours » (*cf. supra*), c'est-à-dire le montant des charges foncières libre et sociale, la part de logements sociaux et d'équipements publics imposée dans l'opération, ou encore la densité. Or, la plupart des évaluations étant encore aujourd'hui réalisées selon la méthode par comparaison, consistant à déterminer le prix en fonction des prix de cession de biens comparables, ces informations ne sont pas connues. Les contraintes de construction de logement social sont dès lors intégrées *ex ante* dans l'évaluation globale du prix.

La mission a donc isolé un échantillon restreint de six cessions pour lesquelles les données requises étaient disponibles, permettant d'évaluer l'influence des contraintes de logement social et d'équipement public sur les recettes brutes de cession (hors coûts d'aménagement, de dépollution, etc.). **Ces exemples mettent en lumière la très grande variabilité de la « décote de fait »** telle qu'elle s'exerce aujourd'hui sur le prix de cession, en fonction des contraintes imposées par la commune sur la part de logements sociaux ou d'équipements publics.

Ces « décotes de fait » s'échelonnent **entre 14 % et 44 %** par rapport aux recettes potentielles, qui résulteraient d'une opération de construction en logement libre uniquement (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 2 : Analyse des décotes de fait sur un échantillon de cessions réalisées ou en cours

Cas	Zone de tension en logement	Surface bâtie (en m ²)	Prix potentiel en logement libre (en M€)	Contraintes imposées	Prix négocié	
					En M€	Écart
1	A	30 000	69,8	50 % de logement social	48,5	- 30 %
2	A	82 260	52,0	26 % de logement social 14 % d'équipement public	42,8	- 18 %
3	B1	11 500	12,7	35 % de logement social	9,7	- 23 %
4	B2	79 460	18,3	20 % de logement social 30 % de logement accession sociale à la propriété	12,9	- 29 %
5	B2	66 750	15,0	30 % de logement social 40 % d'équipements publics	12,9	- 14 %
6	A	69 000	172,5	46 % de logement social 8 % d'équipements publics	114,8	- 33 %
6 bis	A	55 100	137,8	38 % de logement social 24 % d'équipements publics 15 % de loyers maîtrisés	76,6	- 44 %

Source : Mission.

Pour autant, ces décotes sont étroitement déterminées par le volontarisme des communes en matière de construction de logement social ou d'équipement public. Nombreuses sont celles qui n'imposent pas de quotas de ce type.

pilotage des études de valorisation et la conduite des négociations. Ce projet est aujourd'hui en cours et devrait s'achever en 2014-2015.

Rapport

Ces exemples ont surtout l'intérêt de mettre en lumière **le poids des instruments dont les communes sont d'ores et déjà dotées pour influencer sur le prix de cession et favoriser la construction de logements sociaux.**

1.2. La loi vise à favoriser la production de logements sociaux, notamment en objectivant les conditions de la cession

La loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social est l'un des outils mobilisés par le Gouvernement afin de répondre aux besoins de logement.

Par un dispositif renforcé de décote lors de la cession de terrains de l'État et de ses établissements publics adapté aux particularités du programme de construction et aux conditions locales, elle vise ainsi **deux objectifs principaux** :

- ◆ **accroître l'offre foncière pour la production de logement**, en accélérant la mise à disposition du foncier public ;
- ◆ **améliorer la capacité de financement du logement social** par les organismes constructeurs.

1.2.1. Au travers d'une décote formalisée, la loi entend adapter le prix du foncier aux besoins de production de logement social

L'article 3 de la loi du 18 janvier 2013 modifie l'article L.3211-7 du code général des propriétés des personnes publiques (CG3P) afin de permettre de **céder les terrains du domaine privé de l'État à un prix inférieur à sa valeur vénale lorsque ces terrains sont destinés à des programmes de construction comportant essentiellement du logement, dont du logement social.**

La loi de 2013 accroît le périmètre d'application de la loi portant engagement national pour le logement (ENL) de 2006 – qui prévoyait déjà un dispositif de décote¹⁵ – **en intégrant dans le dispositif les biens appartenant aux établissements publics de l'État**¹⁶ (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 4 : Les modifications apportées par la loi du 18 janvier 2013 au dispositif de décote

Initialement, le code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) prévoyait la possibilité d'une décote dont le montant était plafonné par décret en Conseil d'État (DCE) lors de la cession des terrains de l'État pour la construction de programmes de logements sociaux.

La modification apportée par la loi (article 3) vise à permettre **l'application d'une décote pouvant atteindre 100 % de la valeur vénale du terrain pour la part destinée au logement très social, dans les zones géographiques les plus « tendues »**¹⁷. En outre, cette décote est de droit si deux conditions cumulatives sont réunies :

- lorsque la cession est réalisée **au profit d'une liste de bénéficiaires** (collectivité territoriale, établissement public de coopération territoriale, établissement public d'aménagement, établissements publics fonciers de l'État, organismes constructeurs de logements sociaux) ;

¹⁵ La loi de 2013 ne crée pas un dispositif *ex-nihilo*, mais étend un dispositif mis en place en 2005 et 2006, par les lois n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale et n°2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement.

¹⁶ Article L. 3211-13-1 nouveau du CGPPP.

¹⁷ La définition des zones de tension correspond au classement des communes en quatre zones (A, B1, B2 et C) auxquelles sont applicables certaines aides au logement, notamment le dispositif dit « Scellier » d'investissement locatif.

Rapport

- dès lors que **les terrains appartiennent à une liste établie par le préfet de région.**

Le décret en Conseil d'État du 15 avril 2013 a précisé les conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'État. La décote peut être appliquée **si le terrain est aliéné en vue de recevoir au moins 75 % de surface affectée au logement et comportant des logements sociaux**. Pour chacune des catégories de logement, un taux et un montant de décote sont calculés, notamment **au regard des « circonstances locales prises en considération »**. En cas de décote de droit, elle est appliquée sur la valeur vénale du terrain pour la part de logements à réaliser (et éventuellement la part d'équipements publics destinée en tout ou partie aux occupants de ces logements). Si ces conditions ne sont pas remplies, le préfet de département décide du principe de la décote applicable à la part des logements.

Tableau 3 : Barème d'application de la décote

	Zone C	Zone B2	Zones A et B1
Catégorie 1 (très social ¹⁸)	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %	Entre 0 et 100 %
Catégorie 2 (social ¹⁹)	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %
Catégorie 3 (intermédiaire ²⁰ et accession sociale)	Entre 0 et 25 %	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %

Source : Article R.304-1 du code de la construction et de l'habitation.

Les établissements publics de santé, devenus établissements publics de l'État depuis la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009, sont donc *a priori* concernés²¹.

La loi prévoit en outre que les conditions d'application de la cession avec décote puissent être adaptées par des décrets en Conseil d'État pour tenir compte de la situation particulière des sociétés ou établissements publics concernés. Tel est le cas d'un projet de décret concernant le secteur du transport.

Par ailleurs, **la loi du 18 janvier 2013 pourrait conduire à un élargissement du périmètre du droit de priorité.** L'article L. 240-1, qui définit le champ d'application du droit de priorité, ne s'applique aujourd'hui qu'à l'AP-HP dans le champ hospitalier. Si le décret prévu à l'article L. 240-1 devait être adopté, il pourrait être commun au décret prévu par l'article L. 3211-13-1 fixant la liste des établissements publics de l'État soumis à la décote. Si tel était le cas, les établissements figurant dans ce décret seraient tout à la fois soumis au régime de la décote et au droit de priorité avec éventuelle décote.

¹⁸ La catégorie 1 correspond aux logements très sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLAI » (prêts locatifs aidés d'intégration), assortis des loyers les plus bas du parc social.

¹⁹ La catégorie 2 correspond aux logements sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLUS » (prêts locatifs à usage social).

²⁰ La catégorie 3 correspond aux logements intermédiaires, c'est-à-dire aux logements financés par « PLS » (prêts locatifs sociaux), aux logements permettant l'accession sociale à la propriété ou encore les résidences pour étudiants.

²¹ Depuis la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) les hôpitaux publics étaient rattachés à une collectivité territoriale, le plus souvent la commune. Si l'article L. 6141-1 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, qualifie ces établissements de « *personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, soumises au contrôle de l'État* », il ne dit rien de la collectivité de rattachement et l'on pourrait les considérer comme des établissements publics locaux, dans mesure où la loi précise que « le ressort des établissements publics de santé est communal intercommunal, départemental, interdépartemental, régional, interrégional ou national ». Toutefois, la notion de ressort ne se substitue pas à celle de collectivité de rattachement et un faisceau d'indices permet de conclure qu'ils sont des établissements publics de l'État ; en effet, le rôle de l'État est prépondérant dans les modalités de création, d'organisation et de contrôle de ceux-ci, directement par décret ou indirectement par l'intermédiaire des ARS, elles-mêmes établissements publics de l'État.

Rapport

Ce scénario ne constitue qu'une hypothèse et n'a donc pas été exploré plus avant dans le cadre de cette mission. Pour autant, **il conviendrait de veiller à ce que la pratique du droit de priorité**, dont les conditions d'application sont définies de manière très large (*cf. supra*), **ne se généralise pas à l'ensemble des cessions hospitalières, en renvoyant au juge de l'expropriation le soin de fixer le prix de cession, en cas de désaccord.**

Si les conditions de recours au droit de priorité n'étaient pas circonscrites, il risquerait de devenir une voie d'évitement de la procédure d'instruction du taux de décote.

1.2.2. En introduisant la médiation des services de l'État, la loi vise à sortir des situations de blocage

La gouvernance de l'État sur le dispositif a été renforcée, et consacre le rôle central du préfet de région qui :

- ◆ établit la liste des parcelles bâties ou non bâties susceptibles d'être cédées sous le régime de la décote ;
- ◆ conclut une convention avec l'acquéreur qui « *fixe les conditions d'utilisation du terrain cédé et détermine le contenu du programme de logements à réaliser* » ;
- ◆ assure également le suivi de la réalisation effective du programme dans un délai de cinq ans, *via* le comité régional de l'habitat (CRH) qui l'assiste ;
- ◆ établit chaque année un bilan comportant la liste des terrains disponibles, des terrains cédés au cours de l'année écoulée, des modalités et des prix de cession ainsi que des logements sociaux mis en chantier sur les parcelles cédées.

Cette information est communiquée à la nouvelle commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF), également créée par la loi, et chargée du pilotage de la politique de mobilisation foncière. Sa composition est pluraliste et représentative de la puissance publique, des opérateurs de logement social, des professionnels de l'immobilier et des usagers²².

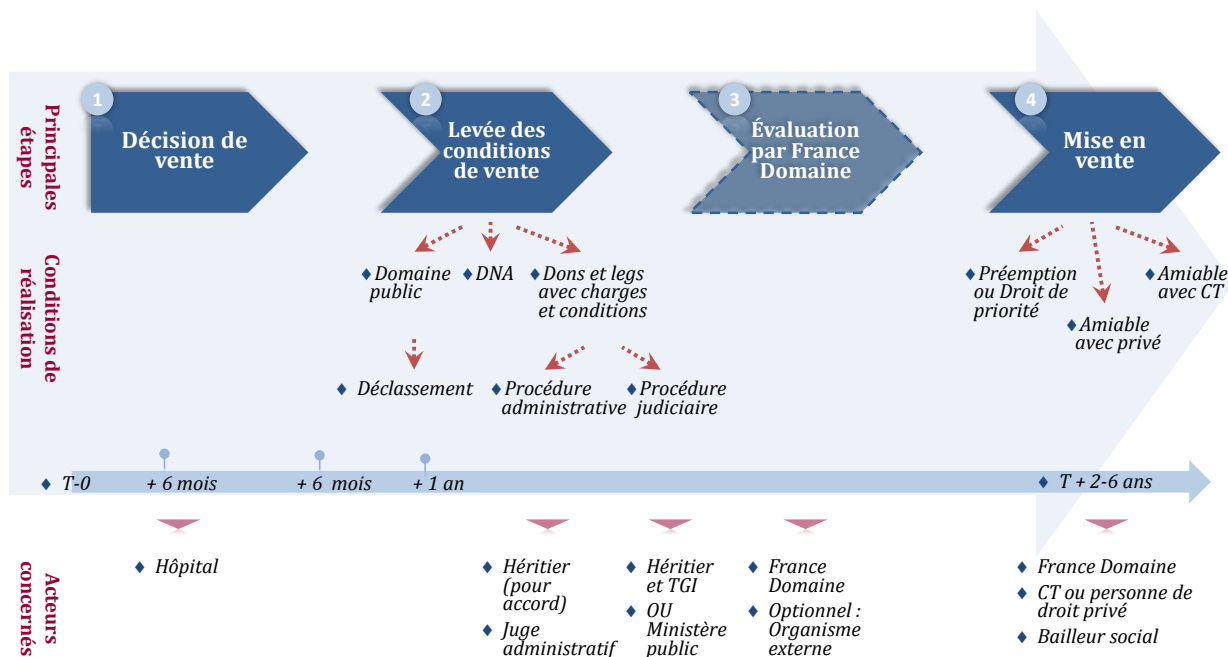
Si le préfet de région a un rôle central, c'est surtout dans **l'utilisation des marges de manœuvre que lui laisse la loi dans la négociation avec les acquéreurs et la fixation de la décote**. Cette dernière fait l'objet d'une **instruction conjointe par les services de la direction départementale des territoires et de la mer (DDTM) et de la direction départementale des finances publiques (DDFiP)**.

La comparaison des deux schémas suivants, décrivant la procédure de mise en vente des biens hospitaliers avant et après application de la loi du 18 janvier 2013, met clairement en évidence le rôle nouveau joué par le préfet et les services déconcentrés de l'État dans la négociation entre les acteurs (*cf. graphiques ci-dessous*).

²² Ainsi, y siègeront deux députés et deux sénateurs, des représentants des ministres chargés du logement, de l'urbanisme, et du domaine, de représentants des associations représentatives des collectivités territoriales, des représentants des organismes agréés au titre de l'article L. 365-1 du CCH, des organismes d'habitations à loyer modéré et des sociétés d'économie mixte (SEM) de construction et de gestion de logements sociaux, des professionnels de l'immobilier, des organismes de défense de l'environnement œuvrant dans le domaine de l'insertion, et des personnalités qualifiées.

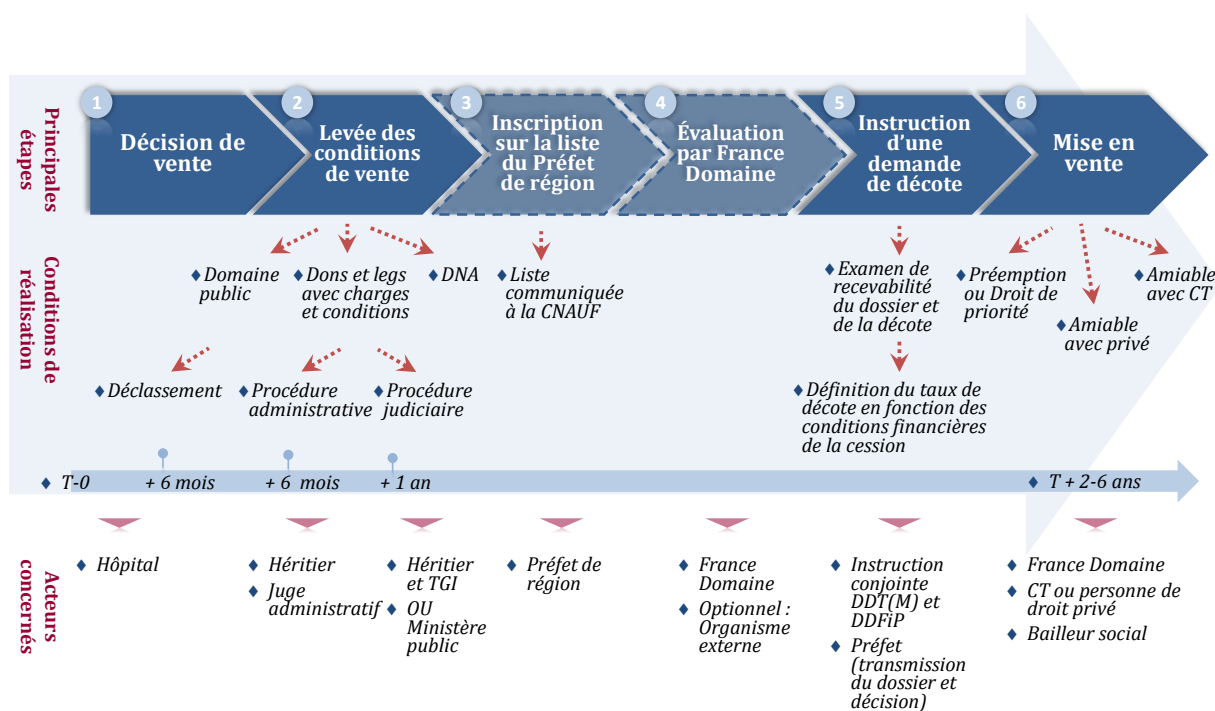
Rapport

Graphique 1 : Description de la procédure de mise en vente de biens hospitaliers, avant la loi



Source : Mission.

Graphique 2 : Description de la procédure de mise en vente de biens hospitaliers, après la loi



Source : Mission.

La démarche de calcul de la décote, réalisée par les services déconcentrés de l'État, peut constituer **un outil d'aide à la négociation précieux, permettant d'objectiver la nécessité de l'application d'un rabais sur la valeur vénale du terrain, à partir d'un barème d'application homogène** sur tout le territoire pour la catégorie et la zone géographique concernée.

1.3. Pour autant, les dispositions de la loi ne semblent pas modifier significativement la situation préexistante

La loi du 18 janvier 2013 – et tout particulièrement la possibilité d'une décote de 100 % dans certaines circonstances – a suscité de nombreuses inquiétudes au sein du secteur hospitalier. Les simulations réalisées par la mission tendent pourtant à montrer que l'impact de la loi se révélerait globalement limité.

1.3.1. La loi ne peut pas contraindre à vendre ou à acheter, mais pourrait au contraire déboucher sur des blocages

Certains établissements publics de santé redoutent que la loi induise une obligation de vendre ou l'inscription d'un bien sur la liste par le préfet de région sans leur accord. Cette crainte n'est justifiée ni en droit ni dans l'esprit de la loi. Si la loi prévoit bien que la décote est de droit si deux conditions cumulatives sont réunies et notamment dès lors que **les terrains appartiennent à une liste établie par le préfet de région, rien ne permet qu'un terrain figure sur la liste sans l'accord de son propriétaire.**

Il est en effet prévu, dans les futurs articles R.3211.32.4 et R.3211.32.7 du CG3P inscrits dans le projet de décret en Conseil d'État relatif aux conditions d'aliénation des terrains visés par la loi²³, que :

- ◆ l'inscription d'un bien d'un établissement public dans la liste régionale soit assujettie à l'accord exprès de cet établissement²⁴ ;
- ◆ la vente d'un bien soit toujours assujettie à l'accord de l'établissement propriétaire²⁵.

Il convient de souligner que le champ d'application de la loi de 2013 n'est pas limité à ces listes régionales, même si l'inscription sur la liste correspond à une intention de vendre. En effet, la décote s'applique à tous, et de la même façon, dès lors qu'une cession est réalisée, que le bien figure sur la liste ou non.

La mission estime que, appliqués au champ des établissements publics de santé, ces articles sont de nature à conforter leurs prérogatives de propriétaire et à les protéger de toute vente à un prix anormalement bas. Elle recommande en conséquence que ces principes fassent l'objet d'une déclinaison spécifique aux EPS.

Proposition n° 1 : Prévoir dans le décret d'application de la loi aux établissements publics de santé l'inscription des articles R.3211.32.4 et 3211.32.7 tels qu'ils ont été rédigés dans le projet de décret relatif aux établissements publics de l'État du secteur des transports.

²³ Projet de décret relatif aux conditions d'aliénation des terrains du domaine privé des établissements publics de l'État, ou dont la gestion leur a été confiée par la loi, prévues à l'article L.3211-13-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

²⁴ Art. R. 3211-32-4. – « Il est procédé à l'inscription des terrains mentionnés à l'article R. 3211-32-1 sur la liste prévue au II de l'article L. 3211-7 dans les conditions fixées à l'article R. 3211-16. Toutefois, **cette inscription ne peut avoir lieu qu'après avis conforme de l'organe compétent de l'établissement public concerné.** »

²⁵ « Art. R. 3211-32-7. - I. - Lorsque les conditions prévues aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-7 sont remplies, une décote est applicable de droit sur la valeur vénale du terrain pour la part de logements à réaliser mentionnés au II de l'article R. 3211-15, ainsi que, le cas échéant, pour la part d'équipements publics destinés en tout ou partie aux occupants de ces logements.

« Dans le cas contraire, le préfet de département décide du principe de la décote applicable à la part des logements à réaliser mentionnés au II de l'article R. 3211-15, **après avis conforme de l'organe compétent de l'établissement public concerné (...).**

« II. – Le montant de la décote sur la valeur vénale du terrain à céder est fixé sur la base de ce rapport. **Sauf renonciation à vendre de l'établissement public concerné**, la cession est réalisée dans ces conditions (...) ».

Par ailleurs, le risque d'une « double décote » qui consisterait à appliquer une décote sur un prix d'ores et déjà amputé par la prise en compte de logements sociaux est explicitement exclu dans les instructions données aux services de l'État. Il est précisé que, « *quelles que soient les prescriptions du PLU en matière de construction de logements sociaux, la décote est calculée compte tenu de la part sociale du programme de construction, par différence avec un programme qui ne comporterait que des logements libres* », ce qui permet :

- ◆ de faire apparaître à sa juste valeur l'intégralité de la baisse du prix de foncier consentie par l'État ou son établissement public pour permettre la construction de logements sociaux ;
- ◆ et d'éviter de procéder à une double décote (la décote n'ayant pas pour objet de constituer un rabais supplémentaire au-delà du prix de cession consenti, qui intègre déjà la décote correspondant à la part sociale réelle du programme).

Le principal risque auquel cette loi expose les acteurs est celui **d'un blocage des négociations de cession**, en raison des mauvaises interprétations et des craintes qu'elle a soulevées dans le secteur hospitalier.

1.3.2. La bonne application de la loi est soumise à des conditions techniques et à un travail de pédagogie

L'application de la loi repose sur un prérequis technique important : l'utilisation du compte à rebours pour l'évaluation du prix, ce qui suppose une bonne connaissance préalable de l'opération de construction envisagée sur le site mais également une capacité de contre-expertise par le vendeur²⁶. Or, cette méthode n'a été que très rarement utilisée jusqu'à présent, à l'exception des dossiers suivis par l'ANAP.

Les entretiens réalisés par la mission ont montré que la loi suscitait encore de nombreuses inquiétudes dans le secteur hospitalier. Une communication accrue sur le contenu de la loi, que les instructions des services précisent utilement avec force exemples, paraît encore indispensable.

²⁶ Il importe notamment que le vendeur soit en mesure de contre-expertiser le montant des coûts d'aménagement, de dépollution et de construction, qui jouent un rôle déterminant dans l'équilibre économique de l'opération et, de manière corrélative, dans la définition du prix de cession.

2. L'application de la loi entraînerait des risques circonscrits à un nombre limité de cas, que les contraintes de financement des établissements de santé rendent nécessaire d'encadrer

2.1. L'application de la loi peut amputer significativement les produits de cession pour un nombre limité de situations

La portée de la loi sur les établissements publics de santé serait limitée pour plusieurs raisons :

- ◆ son périmètre d'application exclut de fait un grand nombre d'opérations de cessions hospitalières, en raison du délai impératif de cinq ans prévu pour la réalisation des logements, au-delà duquel la décote n'est pas applicable²⁷ ;
- ◆ l'impact financier de la décote ne serait supérieur à celui des contraintes actuelles imposées par les communes en termes de logement social et d'équipements publics que dans un nombre limité de situations.

2.1.1. Le panorama du foncier hospitalier, rendu approximatif par le manque de données disponibles, montre que le périmètre d'application de la loi serait circonscrit à un nombre limité d'opérations

Le patrimoine hospitalier ne peut être examiné, de façon globale, qu'au travers de données comptables, qui n'en donnent qu'une image approximative et partielle. La valeur comptable brute des actifs fonciers et immobiliers de l'ensemble des EPS, telle qu'elle résulte de leurs bilans comptables, s'est élevée en 2012 à **60,6 Md€**. **Cette valeur comptable correspond à la valeur historique des biens²⁸, déterminée au moment de leur entrée dans l'actif des établissements.**

Par ailleurs, il n'existe pas de données consolidées sur :

- ◆ **la valeur vénale des actifs fonciers** des établissements ;
- ◆ **la localisation ou les caractéristiques physiques de ces actifs** (telles que le nombre de terrains ou leur taille) ;
- ◆ **l'utilisation actuelle et potentielle des biens** :
 - ni sur le caractère inemployé/désaffecté ou sous-occupé du bien ;
 - ni sur le zonage PLU (terrain constructible ou non).

Le patrimoine foncier des établissements de santé se compose à la fois de biens relevant du domaine public, qui ne sauraient être vendus qu'au terme d'une procédure de déclassement, et de biens relevant du domaine privé, c'est-à-dire de la dotation non affectée aux services de soins (DNA) (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 5 : Caractéristiques du patrimoine public et privé des EPS

Le patrimoine des personnes publiques se décompose en deux grandes catégories :

- **les biens relevant du domaine public**, constitués – au terme de l'article L. 2111-1 du CG3P – soit des biens affectés à l'usage direct du public, soit des biens affectés à un service public, pourvu

²⁷ Article 3. 2°V de la loi qui en précise les conséquences : « à peine de résolution de la vente sans indemnité pour l'acquéreur et le versement du montant des indemnités contractuelles applicables, soit le versement d'une indemnité préjudicielle pouvant atteindre le double de la décote consentie ».

²⁸ La nomenclature comptable des établissements de santé, la M21, prévoit une comptabilisation des immobilisations au coût historique (valeur brute).

Rapport

qu'en ce cas ils fassent l'objet d'un aménagement indispensable à l'exécution des missions de ce service public ; les biens relevant du domaine public sont inaliénables et imprescriptibles ; ils ne peuvent être cédés qu'après un déclassement ;

- **les biens relevant du domaine privé** des personnes publiques, auquel appartiennent notamment les immeubles de bureau et les réserves foncières, qui peuvent faire l'objet d'une cession.

Le patrimoine foncier et immobilier des EPS est essentiellement utilisé pour des missions hospitalières, il comporte également des biens non affectés aux soins, relevant du domaine privé. Il s'agit de **la dotation non affectée (DNA)**, du nom du budget annexe au budget général de l'hôpital, rassemblant des biens souvent entrés en possession de l'établissement principalement à la suite de dons et legs.

Le montant total de la DNA est inscrit au bilan des hôpitaux pour sa valeur historique de 484 M€ en 2012, mais il ne peut rendre compte de la valeur de marché potentielle des biens concernés. Celle-ci dépend de multiples facteurs liés à l'état du bien mis en vente, à sa destination et au marché immobilier local.

Selon les données fournies à la demande de la Cour des comptes²⁹ par la DGFIP, les résultats de la DNA se sont établis en moyenne à 83 M€ par an sur la période 2002-2010, dont 25 M€ de résultat d'exploitation (gestion courante) et 57 M€ de produits nets de cessions. Seule la moitié des établissements publics de santé (476 sur 955) disposent d'un budget annexe au titre d'une dotation non affectée – dont la plupart des centres hospitaliers universitaires (CHU) –. Toutefois, en l'absence de règles claires sur la répartition entre le budget général et le budget annexe des établissements, **les comptes de la DNA sont d'une fiabilité limitée.**

Si le déploiement de l'application informatique « OPHELIE » (outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements publics de santé) permettrait sans doute d'améliorer la connaissance du foncier des établissements de santé, il serait utile de donner une dimension plus normative en amont au recensement et à la valorisation de ce patrimoine. Une annexe aux états financiers des EPS, évaluant l'actif foncier des EPS à sa valeur vénale pourrait ainsi être introduite, ce qui aurait pour avantage :

- ◆ d'obliger les EPS à entreprendre une démarche systématique d'inventaire et de valorisation de leur patrimoine, actualisée chaque année ;
- ◆ de fiabiliser le montant des recettes de cession inscrites dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) et les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) des établissements ;
- ◆ d'améliorer l'information sur le financement des investissements hospitaliers, dans le cadre des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) (*cf. infra*).

Proposition n° 2 : Créer une annexe aux états financiers des EPS évaluant la valeur vénale de leur patrimoine foncier, distinguant domaine public et DNA.

Dans le prolongement de cet exercice de recensement, il serait utile d'améliorer la formalisation des cessions projetées par les EPS dans le cadre des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS). Ces derniers prévoient d'ores et déjà, dans la version qui sera rendue en décembre 2013 : « *un inventaire du patrimoine existant faisant apparaître un bilan des opérations d'investissement réalisées depuis dix ans ainsi que les capacités foncières ou immobilières mobilisables déjà disponibles pour répondre aux besoins identifiés* »³⁰.

²⁹ Rapport de la Cour des comptes sur le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, 2012.

³⁰ Instruction n° DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS), validée par le comité national de pilotage (CNP) le 26 avril 2013.

Rapport

La mission a pu constater, au cours de ses déplacements et des entretiens qu'elle a menés avec des directeurs généraux d'ARS, que ce volet patrimonial et foncier était insuffisamment exploité et documenté par les EPS. Par ailleurs, les ARS disposent de peu d'informations pour contre-expertiser les analyses fournies par les établissements dans ce domaine.

Il serait donc utile que les ARS se voient clairement missionnées par le niveau national pour renforcer le volet patrimonial des SRIS, en s'appuyant sur l'annexe préparée par les EPS.

Proposition n° 3 : Conditionner la validation des projets d'investissement en SRIS à la réalisation préalable par les EPS de l'annexe relative à la valorisation vénale de leur patrimoine.

La partie cessible sans déclassement préalable du patrimoine des établissements de santé, la dotation non affectée (DNA), représente 484 M€ dans les comptes des EPS en 2012, soit moins de 1 % de l'actif foncier et immobilier des établissements enregistré à sa valeur historique.

Ce premier aperçu du patrimoine foncier hospitalier, fondé sur les seules données comptables, montre que **les actifs cessibles sans déclassement préalable des établissements de santé ne représentent qu'une frange marginale du patrimoine des hôpitaux**. Les principaux gisements de foncier sont donc constitués par les sites hospitaliers eux-mêmes, ce qui signifie :

- ◆ qu'ils ne sont **cessibles qu'au terme d'une procédure de déclassement** ;
- ◆ que **leur vente s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'opérations de reconversion ou de construction de nouveaux sites, ce qui implique un lien étroit entre la cession et l'investissement programmé** ;
- ◆ qu'ils font fréquemment l'objet d'opérations d'aménagement d'envergure voire que leur acquisition entre – pour la commune – dans une logique de constitution de réserves foncières, **ce qui tend à les exclure du dispositif de la décote compte tenu du délai de 5 ans que la loi du 18 janvier 2013 impose**. La difficulté à tenir ce délai de cinq ans a été soulignée à plusieurs reprises au cours des entretiens réalisés par la mission, tout particulièrement pour des opérations de reconversion de sites hospitaliers, qui nécessitent une réflexion d'envergure sur l'aménagement du site et des délais de procédure particulièrement longs dans le cadre de zones d'aménagement concertées (ZAC) notamment. **Ce délai impératif fait plus largement obstacle à la constitution de réserves foncières** que souhaitent mettre en œuvre les collectivités locales ou les EPF lorsqu'ils procèdent à l'acquisition de biens de cette nature.

2.1.2. Des effets potentiellement importants au niveau microéconomique dans certaines situations

Afin de déterminer l'impact financier de la nouvelle décote instituée par la loi du 18 janvier 2013, la mission a simulé l'application de différents taux de décote sur des cessions réalisées ou en cours de réalisation, afin de partir d'hypothèses et de paramètres de négociation réalistes. Toutefois, ces simulations n'ont pu être effectuées que sur un nombre très restreint d'opérations de cession, pour lesquelles les paramètres du compte à rebours aménageur ou constructeur étaient connus au moment de la cession (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 6 : Définition de l'échantillon de cessions ayant fait l'objet de simulations et méthodologie

La simulation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les cessions réalisées par les

Rapport

établissements publics de santé suppose de connaître le détail de l'équation économique de l'opération d'aménagement ou de construction réalisée sur le bien cédé : le montant de la charge foncière libre, le montant de la charge foncière sociale, la part de logements sociaux, la densité du programme, ou encore la part d'équipements publics. Or, l'exercice s'est révélé très délicat à mener, en raison de plusieurs difficultés :

- **sur les cessions passées, les données relatives à l'opération d'aménagement ou de construction ne sont presque jamais disponibles**, pour plusieurs raisons :
 - plusieurs opérations de cession ont été réalisées sans qu'un programme ait été défini par l'acquéreur lui-même ;
 - même lorsque l'acquéreur a prévu une opération de construction ou d'aménagement précise, les établissements de santé ne disposent pas des données sur l'équilibre économique de cette opération ; la négociation du prix s'effectue bien souvent à partir de l'évaluation par comparaison réalisée par France domaine ou par un évaluateur privé, et non en fonction d'un compte à rebours aménageur ou constructeur ;
- **sur les cessions en cours, l'équation économique de l'opération est rarement stabilisée et/ou fréquemment méconnue des établissements de santé**. Seuls l'ANAP, la direction nationale d'interventions domaniales (DNID) et les plus grands établissements disposent en interne des compétences requises pour évaluer les bilans aménageurs et constructeurs, et pour en discuter les paramètres avec l'acquéreur potentiel.

Aussi, la mission n'a pu réaliser des simulations que sur **un échantillon restreint de six cessions en cours**, pour lesquelles l'établissement, l'ANAP ou la DNID disposaient de tous les éléments permettant de faire les calculs nécessaires.

La mission a eu recours à **un outil mis au point par l'ANAP, et légèrement modifié**, pour estimer l'impact financier de la décote. Cet outil a permis de réaliser des simulations, selon les principes et les hypothèses suivants :

- la simulation consiste à **calculer les recettes brutes qui pourraient être perçues par l'établissement vendeur**, avant prise en compte des différents coûts de dépollution et d'aménagement à sa charge (dont il est supposé qu'ils demeurent globalement inchangés avec l'application du nouveau dispositif de décote), **selon différentes hypothèses** :
 - les « recettes potentielles » tirées d'une opération entièrement dévolue à la construction de logement libre, qui servent de point de référence ;
 - les « recettes négociées » telles qu'elles résultent des conditions effectives de la négociation entre le vendeur et l'acquéreur ;
 - les recettes après application de la décote sur le logement social ;
- **la mission a formulé plusieurs hypothèses de décote, dans la mesure où le montant de la décote ne peut pas être déterminé *ex ante***, avant instruction par les services de l'État et prise en compte des circonstances locales – notamment, la situation financière de la commune, ses besoins pour chaque catégorie de logement, ou encore les difficultés techniques particulières de réalisation du programme – qui ne pouvaient pas être appréciées dans le cadre de ces simulations ;
- toutefois, **les fourchettes hautes de décote ont été définies en fonction du barème inscrit à l'article R.3211-15 du CG3P** qui prévoit des plafonds de taux de décote en fonction du degré de tension du marché du logement et de la catégorie de logement concernée ;
- **pour ce qui concerne les équipements publics, le calcul de la charge foncière décotée a été fait en imputant la proportion de logement social (hors équipement public) sur l'équipement public** et en appliquant la décote sur cette seule part.

À l'issue de ces sept simulations, plusieurs constats peuvent être établis :

Rapport

- ◆ **la décote résultant de l'application de la loi du 18 janvier 2013 ne se révèle pénalisante**, par rapport aux conditions actuelles de négociation, **que dans les cas où elle est appliquée à un taux de 75 % ou 100 % sur le logement social** ; quand elle est mise en œuvre à un taux de 25 % ou 50 %, elle est souvent inférieure à la « décote de fait » appliquée aujourd'hui ; elle peut même être moins contraignante que les conditions actuelles de négociation, comme le met en évidence le cas n°3, y compris lorsque les taux légaux maximaux de décote sont appliqués ;
- ◆ elles montrent également que **l'application de la fourchette haute de la décote peut induire des pertes de recettes substantielles pour l'établissement de santé, comprises entre -25 % et -52 %** par rapport aux recettes potentielles, se traduisant par une moindre recette de plusieurs millions d'euros par rapport aux conditions actuelles de négociation (jusqu'à 28 M€ de moins pour le cas n°6) ;
- ◆ l'impact financier de la décote par rapport aux dispositifs préexistants semble principalement déterminé **en fonction de trois facteurs** :
 - le **taux de décote** ;
 - **l'écart existant entre la charge foncière libre et la charge foncière sociale** ; plus cet écart est important, moins la décote a un effet important par rapport à la situation actuelle ;
 - **le poids du logement social ou des équipements publics dans l'opération** ; lorsqu'il atteint 50 %, les moindres recettes deviennent substantielles.

Ainsi, contrairement à ce que pourrait laisser supposer une lecture rapide des résultats, **le facteur explicatif principal de l'impact financier de la décote n'est pas la zone de tension, mais les contraintes inscrites dans le PLU en termes de réalisation de logements sociaux et d'équipements publics**. En effet, le degré de tension sur le marché du logement ayant tendance à creuser l'écart entre les charges foncières libres et sociales, la « décote de fait » sur ces zones est d'ores et déjà importante. Dans les cas n°1 et 6, l'impact de près de 20 points sur les recettes brutes est directement lié au poids du logement social et des équipements publics dans l'opération.

Tableau 4 : Présentation des principaux résultats des simulations réalisées sur un échantillon de cessions, après application du taux maximal de décote

Établissement	Zone de tension en logement	Prix du foncier en logement libre (en M€)	Prix négocié		Prix avec application maximale de la décote Duflot (75 % ou 100 % selon la zone)		Écart entre le prix décoté et le prix négocié	
			En M€	Écart (en %)	En M€	Écart (en %)	En M€	En points
1	A	69,8	48,5	- 30 %	35,0	- 50 %	-13,5	-20
2	A	52,0	42,8	- 18 %	36,3	- 30 %	-6,5	-12
3	B1	12,7	9,7	- 23 %	9,5	- 25 %	-0,2	-2
4	B2	18,3	12,9	- 29 %	13,6	- 26 %	+0,7	+3
5	B2	15,0	12,9	- 14 %	9,4	- 38 %	-3,5	-24
6	A	172,5	114,8	- 33 %	86,3	- 50 %	-28,0	-17
6 bis	A	137,8	76,6	- 44 %	66,8	- 52 %	-10,0	-8

Source : Mission.

Ces analyses ont permis de mettre en évidence deux constats majeurs :

- ◆ **le périmètre d'application de la loi aux établissements publics de santé se voit de fait circonscrit aux opérations sans phase d'aménagement préalable, compte tenu du délai de 5 ans de réalisation qu'elle prévoit** ; aussi, toutes les opérations de restructuration hospitalières qui portent sur la cession d'anciens sites hospitaliers – qui représentent la très grande majorité des actifs hospitaliers – sont de fait exclues du dispositif ;
- ◆ **le facteur explicatif principal de l'impact financier de la décote n'est pas la zone de tension, mais les contraintes inscrites dans le PLU en termes de réalisation de logements sociaux et d'équipements publics**. Ce paramètre mérite donc une attention particulière dans le contrôle de l'application de la décote aux EPS.

2.2. Or, les établissements de santé présentent un taux d'endettement qui justifie l'attention portée à des sources de financement complémentaires

2.2.1. La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé se voit amputée par la persistance d'une dette élevée

La situation financière des établissements de santé, en dépit d'une légère augmentation du résultat en 2012, demeure marquée par une dette persistante, qui grève leur capacité d'autofinancement.

En effet, les données provisoires pour 2012 indiquent une amélioration du résultat global des établissements publics de santé, imputable en grande partie à des facteurs conjoncturels. Cette amélioration est notamment la résultante de deux phénomènes complémentaires :

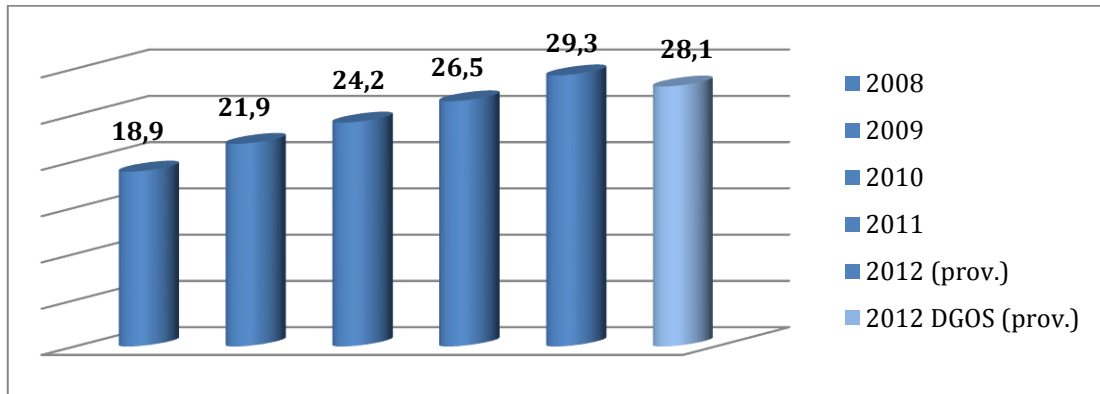
- ◆ une diminution des charges de titre IV, c'est-à-dire les charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles, de 4 % entre 2011 et 2012, alors que tous les autres titres de charges augmentent sur la même période (les charges de titres II et III augmentent entre 4 et 5 %) ;
- ◆ une légère augmentation des produits du titre III correspondant aux « autres produits », c'est-à-dire notamment les recettes exceptionnelles issues de cessions d'actifs (60 M€ de cessions brutes à l'AP-HP, 43 M€ aux Hospices civils de Lyon, 35 M€ pour le CH de la région d'Annecy) ; parallèlement, les aides exceptionnelles versées en 2012 aux EPS en difficulté ont atteint un montant de 642 M€ contre 473 M€ en 2011 d'après la DGOS.

Au-delà de ces résultats pour 2012, la trajectoire d'évolution de l'encours de la dette, qui a presque triplé entre 2002 et 2011, voit son accroissement confirmé (29,3 Md€ selon les données DGFIP non retraitées et 28,1 Md€ après exclusion des partenariats public-privé par la DGOS³¹).

³¹ La DGOS retraite les comptes financiers afin de bénéficier d'une vision financière pluriannuelle à champ comptable constant. **Pour l'investissement et l'endettement, une différence de plus d'1 Md€ est donc relevée entre les données issues de la DGOS et celles de la DGFIP (non retraitées), liée à la comptabilisation des partenariats public-privé (PPP)**. Ces contrats, qui n'étaient enregistrés qu'en hors-bilan jusqu'alors, sont depuis 2012 enregistrés dans les comptes des établissements. Cette évolution des règles comptables induit donc une rupture, dans la mesure où l'investissement et la dette résultant des PPP – qui sont utilisés depuis plusieurs années par les hôpitaux – n'apparaissent dans leurs comptes qu'à partir de 2012.

Rapport

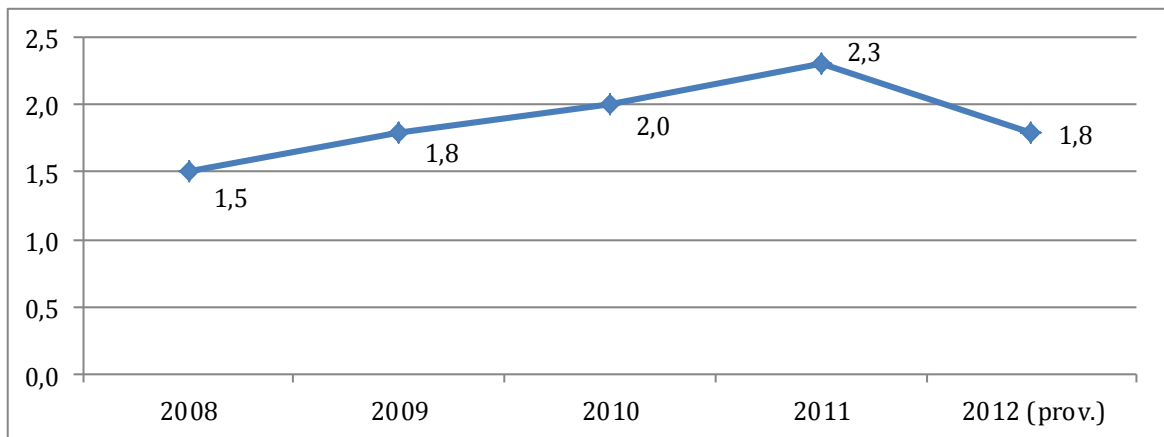
Graphique 3 : Évolution de la dette des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en Md€)



Source : Données (provisoires) DGFIP/DGOS, septembre 2013.

Une fois déduit le remboursement des dettes financières, la capacité d'autofinancement nette³² des établissements publics de santé se stabilise à un niveau prévisionnel de 1,8 Md€ en 2012 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Évolution de la capacité d'autofinancement nette des établissements publics de santé après remboursement des dettes financières sur 2008-2012 (en Md€)



Source : Données (provisoires) DGFIP/ DGOS, juillet 2013.

La capacité d'autofinancement des EPS semble donc amputée par leurs dettes financières : **la CAF nette connaît un taux d'évolution 2011/2012 négatif, de -21,7 %, qui la ramène à son niveau de 2009**, après une évolution tendancielle à la hausse de près de 5 % par an en moyenne, entre 2008 et 2012.

2.2.2. Parallèlement, les communes situées dans les zones de tension connaissent une situation financière globalement plus favorable que la moyenne

Afin de parachever le panorama financier des acteurs en présence, la mission a relevé que les communes d'implantation des EPS situées en zones de tension ne connaissent pas de contraintes de financement particulières.

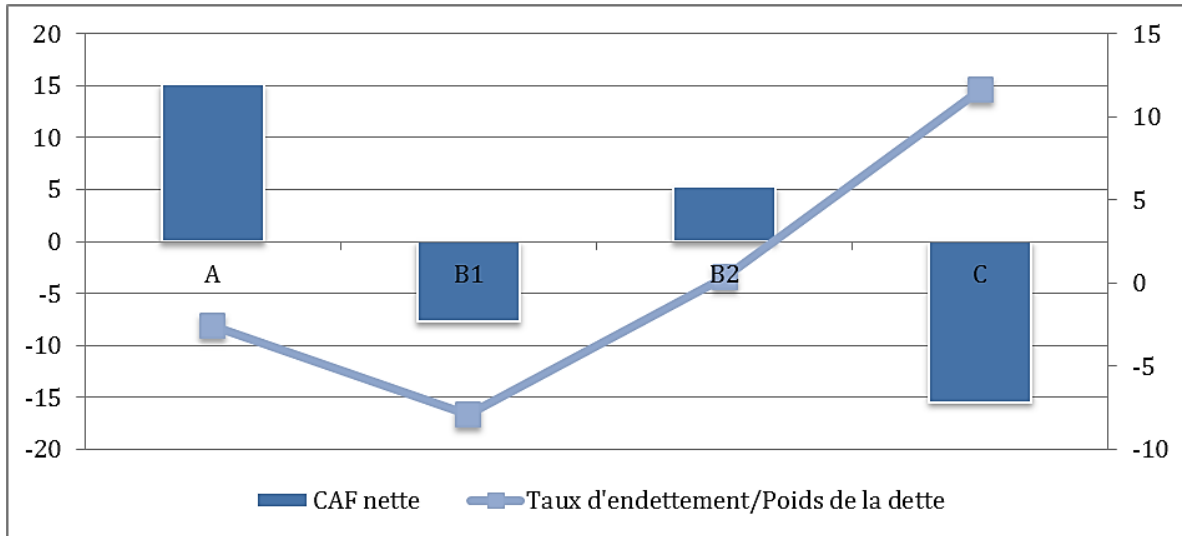
Les communes en zone tendue de logement (zones A et B1) ont un poids de la dette inférieur à la moyenne de leur strate :

³² Calcul de la CAF nette : CAF brute – remboursement des dettes financières (titre 1 des emplois du tableau de financement des établissements publics de santé).

Rapport

- ◆ les communes situées en zone A et B1 ont un taux d'endettement inférieur respectivement de 8 points et de 17 points en moyenne aux taux moyen de leur strate ;
- ◆ inversement, les communes situées en zone C ont un taux d'endettement supérieur de 12 points en moyenne à celui de leur strate (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 5 : Écart à la moyenne de la strate de la CAF nette et du poids de la dette des communes – moyenne 2010 - 2012



Source : DGFIP, retraitements mission.

Ce panorama sommaire de la situation financière des communes d'implantation des EPS, en fonction des zones de tension en logement, permet ainsi de mettre en évidence que **le degré de tension en logement n'est pas directement corrélé aux difficultés financières des communes, bien au contraire.**

Ce constat renforce l'utilité d'une prise en compte, dans le calcul de la décote, de la situation financière de l'acquéreur du terrain – d'ores et déjà prévue à l'article 3 de la loi du 18 janvier 2013. Il importe en effet que la décote imposée aux établissements publics de santé ne bénéficie pas à des communes qui auraient les ressources financières suffisantes pour acquérir des biens à leur valeur vénale. **La décote ne doit pas représenter un effet d'aubaine, conduisant à faire supporter l'effort maximal d'équilibrage financier de l'opération sur l'abaissement du coût du foncier – et donc, par ricochet, sur les finances de l'Assurance maladie – indépendamment des autres possibilités de financement.**

2.3. Les exigences renforcées d'autofinancement des investissements hospitaliers accroissent l'utilité des recettes de cession

L'analyse des plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) des établissements publics de santé montre que, si les recettes de cession représentent une part très minoritaire du financement des investissements, cette part ne fait que s'accroître entre 2012 et 2016. Ainsi, **d'un niveau moyen proche de 4 %, la part des produits de cession attendus dans le montant des investissements programmés triple entre 2012 et 2016.**

Rapport

En outre, si le poids des recettes de cession est globalement réduit, **il peut atteindre des proportions conséquentes pour certains établissements, pris individuellement**. Les produits de cession attendus peuvent ainsi représenter plus de 20 % du financement des investissements programmés par les établissements de 2012 à 2016, comme c'est le cas pour le CHU de Clermont-Ferrand ou l'établissement psychiatrique de Saint-Gemmes-sur-Loire. Cette proportion avoisine les 15 % pour l'AP-HP et l'établissement psychiatrique d'Erstein.

La nouvelle procédure de pilotage des investissements hospitaliers, instaurée fin 2012, ne fait que renforcer le poids attendu des produits de cession dans le financement des investissements. Elle est assise sur :

- ◆ des mécanismes de sélectivité renforcée des projets, prenant notamment en compte la soutenabilité financière des investissements ;
- ◆ une logique d'insertion au sein de l'offre de soins régionale par la mise en œuvre de schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;
- ◆ une contre-expertise indépendante en lien avec le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), instance interministérielle en charge de la sélection et de l'instruction des dossiers d'investissement hospitalier nécessitant un accompagnement national.

Le renforcement de l'autofinancement des projets d'investissement est affirmé comme l'une des conditions-clefs de leur validation.

Le gouvernement a fixé le cadre d'un effort d'investissement global de 45 Md€ sur la période 2013-2023 pour les établissements publics de santé (soit 4,5 Md€ annuels contre 6 Md€ en 2011). Ce cadre financier prévoit un financement assuré prioritairement par autofinancement de la part des établissements publics. Le montant des aides nationales est limité à 3 Md€ sur cette même période 2013-2023, soit 300 M€ par an, répartis entre aides en capital et aides en exploitation.

Dans le cadre de l'instruction des projets par le COPERMO, **une analyse des opportunités de cessions et de l'utilisation des produits de cession est réalisée à la fois dans le cadre du volet performance et dans le cadre des projets d'investissement.**

Les cessions apparaissent donc comme un élément de l'équilibre financier des EPS, appelé à jouer un rôle croissant dans le cadre des nouvelles procédures d'instruction.

3. La conciliation des objectifs de construction de logement et de qualité de l'offre de soins suppose une application adaptée de la loi aux établissements de santé et le développement d'outils complémentaires

3.1. Les dispositions de la loi doivent être adaptées aux établissements de santé, afin de ne pas pénaliser leur situation financière et leurs projets d'investissement

Sur les trois grandes orientations envisageables de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 2013, seule une application adaptée du dispositif de décote aux contraintes du secteur hospitalier paraît pertinente :

- ◆ **une application stricte du dispositif aux établissements publics de santé** renforcerait sa cohérence générale, mais **pénaliserait certaines opérations d'investissement structurantes** et **fragiliserait le pilotage des politiques au niveau territorial dans le cadre de la nouvelle gouvernance des investissements hospitaliers** ; elle risquerait également de conduire à des demandes de compensation sur les fonds de l'Assurance maladie, **revenant à financer une partie de la politique du logement par l'Assurance maladie** ;
- ◆ **une exclusion des établissements publics de santé**, toutes catégories confondues, du dispositif prévu par la loi **permettrait de sécuriser les produits de cession mais priverait les situations bloquées des éléments d'objectivation et de fluidification** qu'offre la loi ;
- ◆ **une application adaptée du dispositif prévu par la loi permettrait d'assurer la conciliation des objectifs des politiques du logement et d'offre de soins**, en associant les agences régionales de santé (ARS) à la gouvernance et en prenant en compte des critères propres aux EPS dans l'instruction conjointe de la demande de décote.

3.1.1. La gouvernance doit être aménagée, afin d'assurer une prise en compte des objectifs de la politique d'offre de soins sur le territoire

L'articulation efficace des politiques de logement et d'offre de soins au niveau territorial nécessite d'impliquer le directeur général d'ARS dans la procédure d'inscription des terrains sur les listes préfectorales et de fixation des taux de décote. Ce dernier a en effet la charge :

- ◆ *via* les SRIS, de recenser les projets d'investissement les plus structurants sur leur territoire ;
- ◆ de piloter les opérations de restructuration nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins territoriale, ceci dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS).

À cette fin, la mission estime nécessaire que le directeur général de l'ARS soit étroitement associé à la décision d'inscription des biens cessibles sur la liste préfectorale et à la définition du taux de décote.

Pour l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste fixée par le préfet de région, un avis conforme du directeur général d'ARS devrait être requis, au regard des priorités du SRIS.

Proposition n° 4 : Soumettre l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste préfectorale à un avis conforme du directeur général d'ARS.

Rapport

En outre, la mission recommande que **le ministère chargé de la Santé – représenté par la direction générale de l'offre de soins – se voie attribuer un siège permanent au sein de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF).**

Proposition n° 5 : Attribuer un siège permanent au ministère chargé de la santé (directeur général de l'offre de soins) au sein de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF).

Concernant le calcul de la décote, les services de l'ARS devraient être associés dès le début de la procédure, afin qu'ils élaborent conjointement l'instruction du dossier de décote avec la DDT(M) et la DDFiP.

Afin d'assurer un pendant à la prise en compte des besoins et des contraintes de la politique du logement, la mission propose donc que la décision de décote fasse l'objet d'une instruction conjointe entre les services de l'ARS et ceux de la DDT(M) et de la DDFiP. **L'association des services de l'ARS à cette procédure doit être l'occasion de faire valoir les besoins et les contraintes propres à la politique d'investissement hospitalier (cf. infra).**

Proposition n° 6 : Instaurer une instruction conjointe de la décote par les services de l'ARS, de la DDT(M) et de la DDFiP.

Par ailleurs, **un dispositif d'appui aux établissements publics de santé devrait être mis en œuvre pour :**

- ◆ la réalisation d'un inventaire de leur patrimoine et d'une stratégie de valorisation dans le cadre des SRIS (cf. supra) ;
- ◆ l'organisation d'un appui méthodologique sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013.

La mission propose **que l'ANAP³³ soit chargée de cette double mission** et qu'elle réalise notamment, en lien avec la **direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN) un document méthodologique de type « kit pédagogique » à l'attention des directeurs généraux d'ARS et des établissements publics de santé** détaillant précisément les divers aspects techniques de l'application de la décote prévue par la loi du 18 janvier 2013.

Ce document doit notamment aider les établissements publics de santé à calculer le différentiel occasionné par l'application d'une décote au regard d'un prix de cession non impacté par la loi.

Proposition n° 7 : Étendre la compétence de l'ANAP à un soutien aux établissements publics de santé pour :

- ◆ organiser un appui méthodologique, à l'attention des EPS et des ARS, sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013 ;
- ◆ assurer une aide technique aux EPS et aux ARS pour l'instruction des dossiers de décote concernant les terrains hospitaliers.

³³ L'ANAP assure d'ores et déjà un appui technique utile à certains EPS pour la mise en œuvre de leurs projets de cession, dans le cadre d'un appel à candidature. La DGOS en lien avec l'ANAP a en effet lancé un appel à projets le 26 juillet 2011³³ sur la valorisation du patrimoine des EPS, permettant de retenir une douzaine d'opérations de cession accompagnées par l'ANAP. Pour les projets sélectionnés, l'ANAP assure le pilotage des études de valorisation et la conduite des négociations. Ce projet est aujourd'hui en cours et devrait s'achever en 2014-2015.

3.1.2. Afin d'assurer le respect du périmètre d'application de la loi, l'instruction des dossiers doit permettre un filtrage des seules opérations réalisables dans un délai de cinq ans

La mission souligne **la nécessité de s'assurer de la faisabilité technique de l'opération dans un délai de cinq ans, prévu explicitement par la loi. Cette faisabilité doit faire l'objet d'une étude approfondie par les services instructeurs afin de réaliser un réel filtrage des opérations non réalisables sous cette condition.**

La loi a affirmé l'obligation de réalisation du programme de logements ayant bénéficié de l'application de la décote dans un délai de cinq ans, ce qui de fait exclut les opérations intégrant une phase d'aménagement préalable, et donc certaines opérations de restructuration de grande ampleur³⁴.

Or, les opérations de reconversion hospitalière d'ampleur supposent souvent un lien étroit entre la cession de l'ancien site hospitalier et le financement de la construction du nouveau site. L'exclusion de ces opérations du dispositif de décote ne semble donc pas inopportune.

L'instruction de la décote devrait par conséquent se fonder sur une stricte vérification de l'application de cette condition. Les services de la DDT(M) devraient donc accorder une attention particulière au contrôle de la faisabilité de l'opération dans le délai de cinq ans, ceci afin de permettre un filtre suffisant des opérations avant toute poursuite de l'instruction.

Proposition n° 8 : Dans l'instruction de la décote, renforcer le contrôle par les services de la DDT(M), en lien avec l'ARS, de la faisabilité du projet dans le délai de cinq ans afin de permettre un réel filtrage des projets.

En outre, **il ne revient pas aux EPS de supporter un éventuel coût de portage foncier des opérations de construction** auxquelles la vente de leurs terrains donne lieu. Certains acquéreurs pourraient en effet souhaiter découper les sites importants en plusieurs lots, afin de permettre la réalisation des opérations d'aménagement nécessaires, tout en respectant le délai de cinq ans sur chaque parcelle. Or, le découpage de ces opérations en tranches distinctes ne doit pas induire des surcoûts pour l'EPS. Il importe ainsi que **le prix de cession soit intégralement payé à l'EPS le jour de la vente.**

3.1.3. Face à la prise en compte des besoins en logement, il paraît nécessaire de faire valoir les besoins de la politique hospitalière dans la définition de la décote

La mission propose que, **pour renforcer l'équilibre d'application des deux politiques, l'établissement public de santé puisse bénéficier d'un plafonnement de la décote globale à 30 % de la valeur de référence, sur la base de critères attestant :**

- ◆ du poids des recettes de cession dans le financement d'investissements structurants, c'est-à-dire :
 - la reconnaissance du caractère structurant de l'investissement, par leur inscription dans les SRIS ;
 - le financement de l'investissement par des produits de cession ;
- ◆ d'une situation financière fragilisée.

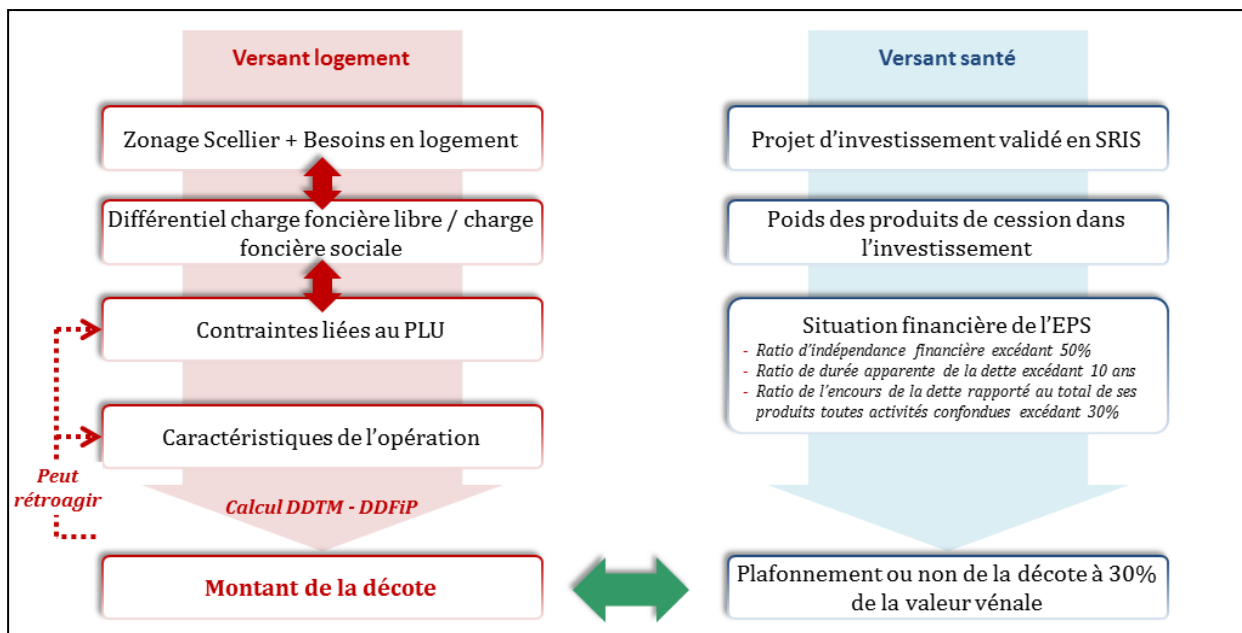
³⁴ Article 3.2°V de la loi, qui en précise les conséquences : « (...) à peine de résolution de la vente sans indemnités pour l'acquéreur et le versement du montant des indemnités contractuelles applicables, soit le versement d'une indemnité préjudicielle pouvant atteindre le double de la décote consentie ».

Rapport

Parmi les éléments financiers pris en compte, pourraient être repris les critères mentionnés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique³⁵ et explicités par la circulaire DGOS/DGFIP du 9 mai 2012³⁶, instituant un régime d'autorisation du directeur général d'ARS pour les établissements dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants :

- ◆ un ratio d'indépendance financière³⁷ excédant 50 % ;
- ◆ un ratio de durée apparente de la dette (exprimé en années) excédant 10 ans ;
- ◆ un ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excédant 30 %.

Graphique 6 : Présentation synthétique des critères de définition du taux de décote



Source : Mission.

Ce taux de 30 % correspond à la moyenne de décote « de fait » observée par la mission sur les opérations réalisées avant la mise en œuvre de la loi de janvier 2013³⁸.

Il permet d'éviter une dévalorisation foncière excessive pour l'établissement public de santé tout en maintenant une décote proche de celle qui est constatée, en moyenne, du fait de l'application des règlements d'urbanisme.

³⁵ Article D.6145-10 du code de la santé publique, créé par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, article 1^{er}.

³⁶ Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 9 mai 2012 relatives aux réserves et limites du recours à l'emprunt par les établissements de santé, NOR ETSH1223207C, validée par le CNP le 20/04/2012, visa CNP n° 2012-118.

³⁷ Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (apports, réserves, subventions d'investissement, report à nouveau et provisions) de l'établissement.

³⁸ Cf. l'annexe III du présent rapport, tableau 12.

Proposition n° 9 : Plafonner le montant de la décote à 30 % de la valeur de référence du bien, pour les établissements :

- ◆ dont le projet d'investissement est inscrit et validé en SRIS ;
- ◆ dont le PGFP prévoit un financement de l'investissement par les recettes de cession ;
- ◆ dont la situation financière est contrainte par un endettement marqué (l'un des trois critères prévus à l'article D.6145-70 du code de la santé publique).

Ce dispositif de plafonnement de la décote s'appliquerait sur un périmètre d'une centaine d'établissements tout au plus, soit 10 % de l'ensemble des EPS. En effet, 553 EPS dépassent l'un des trois ratios d'endettement, parmi lesquels 196 ont inscrit des recettes de cession dans leurs PGFP 2012-2016 et seulement 90 des recettes de plus de 500 000 € sur la période. Sur ces 90 établissements, il conviendrait encore d'identifier ceux dont les projets d'investissement ont été validés en SRIS, ce que la mission n'a pas été en mesure de faire.

3.2. Par ailleurs, d'autres dispositifs pourraient être mis en œuvre pour favoriser la conciliation des deux politiques publiques

Au-delà de la question de l'application de la loi du 18 janvier 2013, il importe de souligner que des dispositifs complémentaires permettraient d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins. En effet, les conventions de réservation de logements assorties de clauses de fonction et les baux emphytéotiques permettraient à la fois :

- ◆ de favoriser la construction de logements, y compris de logements sociaux ;
- ◆ de garantir une contrepartie aux établissements de santé, qu'il s'agisse respectivement du logement des personnels hospitaliers ou de la préservation de leur haut de bilan et de la réduction corrélative de leurs coûts d'entretien.

3.2.1. Des quotas de réservation assortis de clauses de fonction pourraient être développés auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux

Afin d'assurer une contrepartie aux établissements de santé à l'application de la décote, l'une des pistes envisagées par la mission était la mise en œuvre de conventions de réservation au profit des personnels hospitaliers dans les logements sociaux construits.

Pour les EPS qui rencontrent des difficultés d'attractivité – auprès des personnels infirmiers et aides-soignants notamment – cette solution leur offrirait un bénéfice direct, d'autant que les différentes possibilités de logement offertes par les établissements eux-mêmes se heurtent aujourd'hui à plusieurs difficultés (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 7 : Le logement des personnels hospitaliers

Le patrimoine immobilier de certains établissements publics de santé (EPS) a permis, par son importance, de développer une politique de logement en faveur du personnel hospitalier :

- des **logements de fonction** sont attribués à certaines catégories d'agents pour nécessité absolue ou utilité de service. Ils sont placés prioritairement dans le domaine public et **n'ont pas vocation à répondre à une problématique sociale** ;
- certains EPS possèdent par ailleurs un domaine privé et peuvent donc pratiquer une **politique du logement en faveur de leurs agents, en fonction de critères socioprofessionnels** – principalement des infirmières, aides-soignants, agents hospitaliers et adjoints administratifs. Il est alors introduit dans les contrats une « clause de fonction » selon laquelle le locataire doit libérer les lieux s'il cesse d'exercer ses fonctions au sein de l'EPS concerné ; **malgré l'existence de**

Rapport

la clause de fonction dans les baux en gestion directe, une proportion importante des locataires du domaine privé des EPS ne sont pas (ou plus) agents des établissements de santé concernés ;

- compte tenu de la cherté des loyers, notamment à Paris, cette politique du logement pour critères socioprofessionnels est renforcée par un second vecteur : **l'achat de conventions de réservation à des organismes HLM ; l'achat de droits de réservation, y compris dans le cadre de baux emphytéotiques, apparaît comme un mode de gestion plus avantageux que la gestion directe** en matière de gestion, de travaux d'entretien, de maintenance mais également de responsabilité du bailleur. Ce vecteur assure par ailleurs une plus grande réactivité et souplesse dans la gestion des dossiers de réservation. **L'impossibilité d'introduire une « clause de fonction » dans les baux apparaît alors comme le seul frein à leur généralisation** – un organisme HLM doit respecter les règles d'attribution fixées par le code de la construction et de l'habitation (CCH) qui prévoit expressément que le contrat de location d'un logement social ne peut être l'accessoire d'un contrat de travail (R. 441-11 du CCH). Le droit au maintien dans les lieux, corollaire à ce bail, ne saurait alors être supprimé compte tenu de l'impact qu'il serait susceptible d'avoir notamment sur le statut de service d'intérêt économique général (SIEG) dont bénéficient les organismes d'HLM et donc leur statut fiscal.

Ces différents points sont développés dans la pièce jointe n°2 à l'annexe III.

Or, la solution des conventions de réservation se heurtait à un obstacle juridique : l'impossibilité d'associer une clause de fonction à des conventions de réservations avec des bailleurs sociaux.

Une **analyse conjointe de la DHUP et de la DAJ du ministère du logement**, produite à la demande de la mission au mois de septembre 2013, dessine une voie qui pourrait contribuer à lever cet obstacle.

La loi du 1^{er} juillet 2013³⁹ habilite le Gouvernement à adopter des mesures de nature législative pour accélérer les projets de construction. Pour ce faire, elle prévoit la faculté pour les organismes de logement social de créer des filiales ayant pour activité exclusive la construction et la gestion de logements intermédiaires (sous réserve du strict respect du principe « d'étanchéité » des fonds relevant du logement social et à condition que les filiales ainsi instituées ne puissent elles-mêmes créer d'autres filiales).

L'objectif est de pouvoir, en zones tendues notamment, développer une offre de logements intermédiaires destinées à des personnes qui, tout en ne satisfaisant pas les conditions de ressources pour obtenir un logement social, ne peuvent pas non plus se loger au prix du marché.

Cette analyse relève qu'il pourrait donc être envisagé :

- ◆ **d'introduire dans l'objet social de ces organismes la possibilité de gérer ou construire des logements pour les salariés travaillant pour des services publics de proximité ;**
- ◆ **de prévoir une clause « de fonction » dans le bail.**

L'objection de compatibilité avec le SIEG serait ainsi levée, il serait dès lors possible de s'assurer que tous les locataires sont bien agents de l'EPS concerné.

Cette solution permettrait de **bénéficier des avantages de la gestion déléguée, tout en évitant les inconvénients du régime de droit commun applicable aux logements sociaux, notamment du droit au maintien dans les lieux.**

³⁹ Loi n° 2013-569 du 1er juillet 2013 habilitant le gouvernement à adopter des mesures de nature législative pour accélérer les projets de construction.

Rapport

Pour autant, cette solution suppose que des bailleurs sociaux souhaitent s'investir dans ce type de logement intermédiaire spécialisé, ce qui requiert un volume suffisant de demandes et un besoin avéré des EPS de leur ressort. Elle aurait donc principalement vocation à s'appliquer dans les agglomérations très tendues, et particulièrement en Ile-de-France.

Dans ce contexte, une telle solution pourrait être envisagée au moment de la cession de biens hospitaliers, voire de la conclusion de baux emphytéotiques (*cf. infra*).

Proposition n° 10 : Explorer la solution du recours aux quotas de réservation assortis de clauses de fonction, auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux

3.2.2. Plus largement, la conclusion de baux emphytéotiques par les EPS devrait être encouragée

Certains EPS ont recours aux baux emphytéotiques de droit privé⁴⁰ afin de se décharger des coûts liés à l'entretien de leur patrimoine immobilier, ainsi que pour construire ou réhabiliter leur foncier.

Les EPS ont par ailleurs la possibilité de contracter, dans ce cadre, des « clauses de réservation », sans nécessaire requalification juridique dès lors que le logement des agents de l'établissement de santé ne constitue pas « l'objet principal du contrat ».

Ces contrats présentent, par conséquent, plusieurs avantages :

- ◆ **ils évitent la cession des biens du patrimoine hospitalier** et n'affaiblissent donc pas le haut de bilan des établissements de santé ;
- ◆ **ils réduisent les coûts d'entretien à la charge des EPS ;**
- ◆ **ils permettent la construction de logements**, y compris pour les personnels hospitaliers.

Ce type de contrat pourrait donc être développé afin de favoriser la construction de logements, notamment de logements sociaux, sans amputer le patrimoine hospitalier. Toutefois, ces baux, s'ils enrichissent le panel des outils de valorisation du patrimoine hospitalier, se révèlent surtout utiles pour des établissements qui n'ont pas un besoin immédiat de recettes de cession.

Proposition n° 11 : Développer le recours aux baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé, afin de favoriser la construction de logements

Le recours à ces types de contrats suppose toutefois de ne pas en faire le support déguisé d'une commande publique consistant à solliciter la construction d'un bâtiment pour les besoins de la personne publique propriétaire, ce qui induirait une requalification juridique du contrat. Afin de faire face à ce risque – détaillé dans la pièce jointe n°1 de l'annexe III – il importerait donc que les équipes des établissements de santé se professionnalisent sur ces sujets. **L'accompagnement de l'ANAP**, dans le cadre de l'appui qu'elle apporte aux établissements dans leurs démarches de valorisation de leur patrimoine, **pourrait être étendu à la signature des baux emphytéotiques de droit privé.**

Proposition n° 12 : Étendre la compétence de l'ANAP à l'accompagnement des EPS pour la signature des baux emphytéotiques.

⁴⁰ Le bail emphytéotique est un contrat, régi par l'article L.451-1 du code rural, aux termes duquel l'emphytéote verse un loyer à l'établissement bailleur en échange d'un droit à l'usage du terrain ou des logements. En contrepartie de la délégation de responsabilité, la redevance des baux emphytéotiques est souvent d'un montant modique.

Rapport

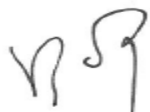
À Paris, le 11 octobre 2013

L'inspectrice des finances



Justine COUTARD

L'inspecteur général des
affaires sociales



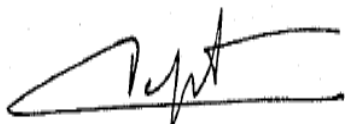
Jean-Louis BONNET

L'ingénieur général des ponts,
des eaux et des forêts



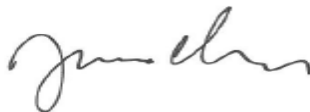
Jean-Louis HÉLARY

Sous la supervision de
l'inspecteur général des
finances



Pierre DEPROST

L'inspecteur des affaires
sociales



Jérôme CLERC

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : Prévoir dans le décret d'application de la loi aux établissements publics de santé l'inscription des articles R.3211.32.4 et 3211.32.7 tels qu'ils ont été rédigés dans le projet de décret relatif aux établissements publics de l'État du secteur des transports.

Proposition n° 2 : Créer une annexe aux états financiers des EPS évaluant la valeur vénale de leur patrimoine foncier, distinguant domaine public et DNA.

Proposition n° 3 : Conditionner la validation des projets d'investissement en SRIS à la réalisation préalable par les EPS de l'annexe relative à la valorisation vénale de leur patrimoine.

Proposition n° 4 : Soumettre l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste préfectorale à un avis conforme du directeur général d'ARS.

Proposition n° 5 : Attribuer un siège permanent au ministère chargé de la santé (directeur général de l'offre de soins) au sein de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF).

Proposition n° 6 : Instaurer une instruction conjointe de la décote par les services de l'ARS, de la DDT(M) et de la DDFiP.

Proposition n° 7 : Étendre la compétence de l'ANAP à un soutien aux établissements publics de santé pour :

- ◆ organiser un appui méthodologique, à l'attention des EPS et des ARS, sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013 ;
- ◆ assurer une aide technique aux EPS et aux ARS pour l'instruction des dossiers de décote concernant les terrains hospitaliers.

Proposition n° 8 : Dans l'instruction de la décote, renforcer le contrôle par les services de la DDT(M), en lien avec l'ARS, de la faisabilité du projet dans le délai de cinq ans afin de permettre un réel filtrage des projets.

Proposition n° 9 : Plafonner le montant de la décote à 30 % de la valeur de référence du bien, pour les établissements :

- ◆ dont le projet d'investissement est inscrit et validé en SRIS ;
- ◆ dont le PGFP prévoit un financement de l'investissement par les recettes de cession ;
- ◆ dont la situation financière est contrainte par un endettement marqué (l'un des trois critères prévus à l'article D.6145-70 du code de la santé publique).

Proposition n° 10 : Explorer la solution du recours aux quotas de réservation assortis de clauses de fonction, auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux

Proposition n° 11 : Développer le recours aux baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé, afin de favoriser la construction de logements

Proposition n° 12 : Étendre la compétence de l'ANAP à l'accompagnement des EPS pour la signature des baux emphytéotiques.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I : ÉVOLUTIONS INTRODUITES PAR LES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 18 JANVIER 2013**
- ANNEXE II : EXAMEN DE LA SITUATION FINANCIÈRE ET PATRIMONIALE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)**
- ANNEXE III : IMPACT DE LA LOI DU 18 JANVIER 2013 SUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)**
- ANNEXE IV : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- ANNEXE V : LETTRE DE MISSION**
- ANNEXE VI : DIAPORAMA DE RESTITUTION**

ANNEXE I

Évolutions introduites par les dispositions de la loi du 18 janvier 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA LOI DU 18 JANVIER 2013 COMPLÈTE LE DISPOSITIF ANTÉRIEUR MAIS RESTE D'UNE PORTÉE LIMITÉE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS) DÉJÀ SOUMIS AUX CONTRAINTES DU PLU.....	2
1.1. La maîtrise du foncier relève pour une large part de la compétence des communes.....	2
1.1.1. <i>Les communes disposent avec le PLU et le permis de construire d'outils réglementaires puissants de maîtrise du foncier, qui s'imposent aussi aux EPS.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>En dépit de son caractère facultatif, l'évaluation du bien représente souvent une base de référence dans les négociations.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Les négociations entre les acteurs ne débouchent que sous certaines conditions.....</i>	<i>7</i>
1.2. La mise à disposition du foncier public à prix décoté est autorisée par les lois du 18 janvier 2005 et du 13 juillet 2006	12
1.2.1. <i>Les deux lois instaurent et encadrent un dispositif de décote.....</i>	<i>12</i>
1.2.2. <i>La gouvernance du dispositif de mobilisation du foncier public n'a pas amélioré sur le terrain le dialogue qui existait déjà entre les acteurs.....</i>	<i>13</i>
1.2.3. <i>Le dispositif des lois de 2005 et 2006 n'a produit que progressivement ses effets, pour un coût difficile à estimer.....</i>	<i>13</i>
1.3. La loi du 18 janvier 2013, en accentuant les dispositions antérieures, ne bouleverse pas l'équilibre des relations de négociation entre les acteurs.....	15
1.3.1. <i>La loi de 2013 encadre le mécanisme de décote en s'appuyant sur la notion de programme.....</i>	<i>15</i>
1.3.2. <i>La loi de 2013 étend le dispositif de mobilisation du foncier aux établissements publics de l'État, dont font partie les EPS</i>	<i>19</i>
1.3.3. <i>La loi de 2013 réintroduit l'État dans la négociation entre les acteurs.....</i>	<i>21</i>
2. LES MODALITÉS D'APPLICATION CONCRÈTES DE LA LOI RELATIVISENT LES RISQUES MIS EN AVANT PAR LE SECTEUR HOSPITALIER, DÈS LORS QU'ELLES S'ACCOMPAGNENT DE PRÉCAUTIONS SUPPLÉMENTAIRES.....	24
2.1. Les craintes portant sur l'obligation de vendre et sur l'existence d'une double décote sont peu fondées.....	24
2.1.1. <i>La loi n'impose pas de vendre son patrimoine, mais entend favoriser une négociation entre les acteurs.....</i>	<i>24</i>
2.1.2. <i>Le risque d'une double décote est exclu dans les instructions données aux services</i>	<i>26</i>
2.1.3. <i>Néanmoins, la loi de 2013 ne garantit pas plus qu'avant le rapprochement des points de vue entre vendeur et acheteur</i>	<i>27</i>
2.2. Des garde-fous devraient être apportés en matière de gouvernance	27
2.2.1. <i>Les propositions retenues pour les établissements publics de transport ne peuvent pas être transposés au secteur de la santé sans adaptation compte tenu du nombre et de la diversité des EPS.....</i>	<i>27</i>
2.2.2. <i>En revanche, la conciliation des objectifs des deux politiques publiques nécessite un aménagement de la gouvernance.....</i>	<i>29</i>
2.2.3. <i>Enfin, la loi est encore méconnue et mériterait un effort de pédagogie</i>	<i>29</i>

Introduction

Afin d'apprécier les évolutions introduites par la loi du 18 janvier 2013, la mission s'est employée à analyser les dispositions de la loi au regard des règles régissant d'ores et déjà les relations entre les collectivités locales et les établissements publics de santé (EPS).

En effet, les cessions d'actifs hospitaliers s'inscrivent dans un contexte marqué par le rôle des communes dans la maîtrise du foncier, par le biais de la définition des règles d'urbanisme et d'aménagement, de la délivrance des autorisations d'urbanisme ou encore de l'exercice des droits de priorité ou de préemption urbaine. En imposant notamment une part de logements sociaux ou d'équipements publics dans certains secteurs, les communes peuvent influencer directement sur le prix de cession.

La décote mise en place par la loi du 18 janvier 2013 n'est donc pas un dispositif créé *ex nihilo*. Elle constitue surtout une formalisation et une objectivation d'une pratique préexistante.

Face aux craintes soulevées par la loi dans le secteur hospitalier, la présente annexe a donc pour objet d'examiner précisément :

- ◆ les modifications introduites par la loi sur les conditions de cession de biens hospitaliers, à partir d'un panorama préalable de l'équilibre des forces dans les négociations entre les acteurs ;
- ◆ la portée concrète de la loi, face aux craintes exprimées par les EPS et les garde-fous dont son application devrait être assortie.

1. La loi du 18 janvier 2013 complète le dispositif antérieur mais reste d'une portée limitée pour les établissements publics de santé (EPS) déjà soumis aux contraintes du PLU

Depuis les lois de décentralisation de 1982 et 1983¹, les communes disposent de compétences étendues en matière d'aménagement et d'urbanisme. Par ailleurs, plusieurs dispositifs ont depuis 2000 incité celles-ci à développer sur leur territoire une offre de logement social, notamment dans le cadre de la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU)².

En contrepartie, l'État a favorisé la libération du foncier public. La loi du 18 janvier 2013³ relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et le décret d'application du 15 avril 2013⁴ étendent cette possibilité aux établissements publics et autorisent une décote plus importante sur le prix des biens immobiliers cédés. Ils sanctionnent également plus sévèrement les communes qui ne respectent pas les quotas de logements sociaux dans les zones tendues, quotas que la loi a portés de 20 % à 25 %. Enfin, ils favorisent la négociation entre les acteurs autour des programmes de logements, sous le contrôle du préfet.

1.1. La maîtrise du foncier relève pour une large part de la compétence des communes

Depuis les premières lois de décentralisation, la compétence d'aménagement et d'urbanisme a été transférée aux communes et à leurs groupements par délégation. Si elles disposent ainsi des moyens de peser sur le prix du foncier, elles ne peuvent cependant contraindre les propriétaires à céder leurs biens à vil prix. Des situations de blocage ont dès lors pu voir le jour, dans les cas où la négociation n'a pas abouti.

1.1.1. Les communes disposent avec le PLU et le permis de construire d'outils réglementaires puissants de maîtrise du foncier, qui s'imposent aussi aux EPS

Alors que l'État continue, par voie législative et réglementaire, à définir les orientations générales de la politique du logement, **l'urbanisme, la politique foncière et l'aménagement opérationnel relèvent désormais principalement des compétences des communes.**

¹ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

² Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains (loi SRU).

³ Loi n° 2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social

⁴ Décret d'application n° 2013-315 du 15 avril 2013 relatif aux conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'État en vue de la réalisation de programmes de construction de logements sociaux et fixant la composition et le fonctionnement de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier instituée à l'article L.3211-7 du code général de la propriété des personnes publiques.

Annexe I

La maîtrise du foncier repose :

- ◆ d'une part sur l'élaboration des plans locaux d'urbanisme (PLU)⁵, qui sont encadrés par un lien de compatibilité avec les schémas de cohérence territoriale (ScoT)⁶ et les programmes locaux d'habitat (PLH)⁷ ;
- ◆ d'autre part, sur la délivrance des autorisations d'urbanisme telles que les permis de construire.

Ces différents outils dont disposent les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) constituent de puissants leviers d'action à l'égard des établissements publics qui cèdent une partie de leur foncier, et tout particulièrement :

- ◆ **le PLU**, qui a remplacé le plan d'occupation des sols (POS) depuis la loi SRU du 13 décembre 2000, définit les zones de construction, sous réserve des interdictions découlant de servitudes et de plans de préventions des risques ; **s'ils définissent bien davantage des « interdictions de faire » que des « obligations de construire »⁸, ils peuvent avoir une influence déterminante sur le prix de cession (cf. encadré ci-dessous) ;**

Encadré 1 : Dispositions du PLU

Le PLU définit différentes zones qui compartimentent le territoire communal :

- les zones urbaines (zones U), c'est-à-dire les secteurs déjà urbanisés et les secteurs où les équipements publics existants ou en cours de réalisation ont une capacité suffisante pour desservir les constructions à implanter ;
- les zones à urbaniser (zones AU), qui peuvent être urbanisables immédiatement ou à l'issue d'une modification du PLU ;
- les zones agricoles, sur lesquelles seules les constructions ou installations nécessaires aux services publics et à l'exploitation agricole sont autorisées ;
- les zones naturelles et forestières, qui sont des secteurs à protéger ;
- les secteurs particuliers, tels que les espaces boisés classés ou les emplacements réservés (notamment pour la construction future d'équipements publics).

Pour chaque zone, **le règlement définit les dispositions applicables dont découlent les possibilités et les conditions de construction qui conditionnent directement le prix des biens.** Parmi ces dispositions, figurent notamment :

- le type d'occupation ou d'utilisation du sol interdit ;
- l'implantation des constructions par rapport aux voiries et emprises publiques ;
- la hauteur maximale des constructions ;
- les espaces libres et plantations ;
- le coefficient d'occupation des sols (COS).

Par ailleurs, dans les zones urbaines ou à urbaniser, le PLU peut prévoir de réserver des

⁵ Le plan local d'urbanisme (PLU) est le principal document de planification de l'urbanisme au niveau communal ou éventuellement intercommunal. Il remplace le plan d'occupation des sols (POS) depuis la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains du 13 décembre 2000, dite « loi SRU ». Le PLU est régi par les dispositions du code de l'urbanisme, essentiellement aux articles L. 123-1 et suivants et R. 123-1 et suivants.

⁶ Le SCOT est un document de planification qui détermine, à une échelle supracommunale, un projet de territoire visant à mettre en cohérence l'ensemble des politiques sectorielles, en matière d'urbanisme, de transport, d'équipements commerciaux et d'environnement.

⁷ Le PLH fixe des ambitions de satisfaction des besoins en logement, en exprimant la politique de l'habitat poursuivie par la collectivité selon ses différentes dimensions (construction, réhabilitation, politique sociale).

⁸ Le PLU détermine « les orientations générales d'aménagement et d'urbanisme retenues pour l'ensemble de la commune » et fixe « les règles générales et les servitudes d'utilisation des sols permettant d'atteindre les objectifs mentionnés à l'article L. 121-1, qui peuvent notamment comporter l'interdiction de construire, délimitent les zones urbaines ou à urbaniser et les zones naturelles ou agricoles et forestières à protéger et définissent, en fonction des circonstances locales, les règles concernant l'implantation des constructions ».

Annexe I

emplacements en vue de la réalisation de programmes de logements. Les communes et EPCI peuvent ainsi **délimiter des secteurs dans lesquels les programmes de logements devront comporter obligatoirement des catégories de logements locatifs sociaux**. Il ne s'agit pas de réserver un emplacement déterminé, mais d'identifier un secteur au sein du territoire communal sur lequel un programme de construction de logement est envisagé, et pour lequel une partie du programme doit être affectée à des catégories de logements locatifs sociaux.

- ◆ **le droit de préemption urbain**, institué par la loi du 18 juillet 1985 et codifié sous l'article L 211-1 CU, qui permet à une commune d'acquérir en priorité un bien immobilier mis en vente dans un périmètre prédéfini, le souhait de vente étant notifié à la commune par le biais d'une déclaration d'intention d'aliéner (DIA) ; la collectivité peut dans ce cas proposer un prix inférieur à celui envisagé, le juge de l'expropriation étant compétent pour fixer la valeur en cas de désaccord persistant ; ce droit s'exerce dans le cadre de la réalisation d'un projet d'aménagement, défini de manière large⁹ ;
- ◆ **le droit de priorité**, institué la loi du 13 juillet 1991¹⁰ et rénové par la loi portant engagement national (ENL) pour le logement du 13 juillet 2006¹¹, réserve au profit des communes qui ont institué le droit de préemption urbain, une préférence d'acquisition lors de la mise en vente de biens immobiliers de l'État ou de ses établissements publics, pour leur permettre d'acquérir des terrains à bâtir dans le cadre d'un programme d'aménagement (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 2 : Présentation du droit de priorité

La loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 a créé en faveur des communes et des EPCI un droit de priorité. L'article L. 240-1 prévoit que les immeubles sur lesquels s'exerce ce droit de priorité appartiennent à l'État et à certains établissements publics, dont notamment Réseaux ferrés de France (RFF) et l'AP-HP (l'article L 240-1 mentionne toujours le dernier alinéa de l'article L. 6147-1, alors qu'il a été abrogé par la loi du 21 juillet 2009). Il prévoit aussi que la liste des EP sur laquelle s'exerce ce droit de priorité peut être complétée par décret. À ce jour, ce décret n'a pas encore été adopté.

Le droit de priorité joue sur les cessions en vue de la réalisation de projets très divers : mettre en œuvre un projet urbain, une politique locale de l'habitat, organiser le maintien, l'extension ou l'accueil des activités économiques, favoriser le développement des loisirs et du tourisme, réaliser des équipements collectifs ou des locaux de recherche ou d'enseignement supérieur, lutter contre l'insalubrité, permettre le renouvellement urbain, sauvegarder ou mettre en valeur le patrimoine bâti ou non bâti et les espaces naturels.

Dans la pratique, l'État ou l'établissement doit purger le droit de priorité en proposant l'achat du bien à la commune – ou à l'EPCI – avant sa mise en vente, à compter de la DIA. La collectivité peut acquérir le bien au prix initialement fixé par France Domaine ou proposer un prix inférieur, dans un délai de deux mois. À défaut d'accord sur le prix, elle peut saisir le juge de l'expropriation.

Le droit de préemption et le droit de priorité ne se cumulent plus depuis la loi ENL de 2006 : le droit de préemption urbain n'est pas applicable aux aliénations de biens et droits immobiliers ayant fait l'objet de la notification du droit de priorité. Il faut noter que, comme le droit de préemption urbain, le droit de priorité concerne un périmètre beaucoup plus large que le seul logement social.

La loi du 18 janvier 2013 prévoit une extension du périmètre d'application du droit de priorité (*cf. infra*).

⁹ Les projets d'aménagement mis en œuvre peuvent être un projet urbain, une politique locale de l'habitat, le maintien, l'extension ou l'accueil des activités économiques, le développement des loisirs et du tourisme, la réalisation d'équipements collectifs, la lutte contre l'insalubrité, le renouvellement urbain, la sauvegarde ou la mise en valeur du patrimoine bâti ou non bâti, la constitution de réserves foncières.

¹⁰ Loi n° 91-662 du 13 juillet 1991 d'orientation pour la ville (LOV).

¹¹ Loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL).

Annexe I

Dans le cas des EPS, les sites localisés dans les centres urbains, quand ils viennent à se libérer, représentent d'incontestables opportunités foncières en termes d'aménagement.

Les collectivités disposent donc d'un pouvoir important dès lors que les EPS souhaitent aliéner un certain nombre de biens fonciers et immobiliers de leur patrimoine. Néanmoins, la formation du prix répond à bien d'autres facteurs inhérents à l'opération d'aménagement ou de construction prévue :

- ◆ la densité du programme de construction ;
- ◆ le type de logements réalisés (répartition entre T1, T2 et les autres catégories supérieures) ;
- ◆ l'existence éventuelle d'équipements publics ;
- ◆ les coûts d'aménagement, de viabilisation ou de dépollution.

Si la définition du droit des sols représente sans conteste un socle de règles contraignantes, dont l'élaboration incombe essentiellement aux communes, la concrétisation des projets se formalise peu à peu autour du programme qui sera réalisé.

Ce dernier s'inscrit dans une logique de négociations entre la collectivité, l'hôpital et les autres opérateurs de l'aménagement ou de la construction. Il s'agit par conséquent d'un processus d'urbanisme négocié plus qu'imposé, même si les collectivités compétentes en matière d'urbanisme disposent d'outils très puissants.

Dans ce cadre, l'État déconcentré n'intervient dans la chaîne que par le biais de l'évaluation réalisée par les services de France domaine (cf. *infra*) et par le contrôle de légalité. Plusieurs instructions, par voie de circulaire, notamment celle du 1^{er} septembre 2009 et celle du 25 janvier 2012 sont venues rappeler aux préfets les priorités d'action en matière de contrôle de légalité pour l'élaboration des documents de planification urbaine (SCOT et PLU) et d'autorisations individuelles en matière d'urbanisme, dont les permis de construire.

Les établissements publics de santé sont ainsi soumis à la contrainte des PLU, qui pèse sur les prix de cession dans la mesure où il existe dans les zones concernées une obligation de réalisation de logements sociaux, **et subissent donc une décote de fait.**

La situation de Paris mérite d'être signalée, puisque la Ville y pratique le **système du « pastillage »**, qui indique clairement les zones sous contrainte. La mission a noté dans ce dernier cas que **la charge foncière du logement social est dans la pratique de l'ordre de 900 à 950 € par m², soit une décote de fait de près de 60 % par rapport à la charge foncière libre** (de l'ordre de 2 300 € à 2 500 € par m²).

Le poids de la décote de fait dans les cessions actuellement réalisées par les établissements de santé a fait l'objet d'une évaluation sur un échantillon d'opérations dans l'annexe III relative à l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les EPS.

1.1.2. En dépit de son caractère facultatif, l'évaluation du bien représente souvent une base de référence dans les négociations

Si les établissements publics de santé ne sont plus soumis à une obligation d'évaluation par les services de France domaine depuis la loi du 21 juillet 2009¹², ils y recourent néanmoins fréquemment afin de conforter leur évaluation. L'évaluation peut ainsi servir de base de négociation entre les établissements et les communes.

¹² Loi n°2008-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « Loi HPST »).

Annexe I

Les modalités d'évaluation domaniale ont fait l'objet de plusieurs textes visant à les encadrer afin que la détermination du prix de cession soit compatible avec la faisabilité économique des projets, dès lors qu'un programme de construction a été arrêté en concertation avec la collectivité locale sur un site inscrit au programme national de mobilisation. Il existe, en effet, plusieurs méthodes d'évaluation (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 2 : Les méthodes d'évaluation

La valorisation des emprises publiques, bâties ou non bâties, est principalement réalisée selon trois méthodes : la méthode par comparaison, la méthode du compte-à-rebours et, plus marginalement, la méthode d'évaluation financière.

1/ La méthode la plus couramment utilisée est celle de **l'évaluation par comparaison**. Les évaluateurs :

- effectuent une visite du site et étudient sa situation au regard des règlementations d'urbanisme ;
- procèdent à une recherche, soit dans la base de données ŒIL (observatoire des évaluations immobilières locales), soit dans la base BNDP (base nationale des données patrimoniales, qui contient l'ensemble des actes enregistrés par les conservations des hypothèques), afin d'identifier des termes de comparaison ;
- retiennent soit la valeur moyenne, soit la valeur du bien dont les caractéristiques leur semblent les plus proches, soit une valeur moyenne abattue ou majorée en fonction des caractéristiques du bien.

2/ **La méthode du compte à rebours consiste à calculer le prix maximal d'un terrain au-delà duquel l'opération d'aménagement ou de promotion envisagée ne sera pas économiquement équilibrée** compte tenu du prix de vente prévisionnel des locaux construits et du coût des travaux à réaliser.

Cette méthode permet de déterminer, à partir du bilan global de l'opération, le prix du terrain venant, *in fine*, assurer le strict équilibre entre les recettes et les dépenses. Trois types de comptes-à-rebours peuvent être réalisés :

- un compte-à-rebours aménageur, lorsque le terrain est destiné à faire l'objet d'une opération d'aménagement aux fins de revente de terrains constructibles ;
- un compte-à-rebours promoteur, lorsque le terrain, déjà aménagé, doit faire l'objet d'une opération de construction ;
- un compte-à-rebours bailleur social, lorsque le terrain est destiné à une opération de construction de logement social.

L'application d'un compte rebours « promoteur » revient ainsi à déterminer la charge foncière à laquelle le promoteur peut acheter le terrain, en partant du prix de vente au mètre carré du bâtiment construit (par comparaison avec les prix de vente observés dans la zone pour ce type de produits). On retranche alors les coûts de construction et la marge du promoteur. La différence correspond alors à la valeur du terrain.

La valorisation financière d'un terrain à bâtir dépend de son potentiel de constructibilité et de la valeur estimée des constructions futures. Les méthodes d'évaluation par compte à rebours sont particulièrement adaptées aux projets de valorisation car elles relèvent d'une démarche prospective, et sont à ce titre privilégiées pour l'estimation de la valeur des terrains à bâtir.

Ainsi, la circulaire du 15 juillet 2009 relative à la poursuite du programme national 2008-2012 de cession du foncier public en faveur de l'aménagement durable et du développement de l'offre de logements affirme que **l'établissement du programme et l'évaluation du prix de cession sont indissociables**. Elle préconise l'application de **la méthode d'évaluation par compte à rebours**, même si dans les faits, aux dires de France Domaine, cette méthode a été peu utilisée, les projets présentés étant peu aboutis.

Annexe I

Cette circulaire excluait que la décote puisse être appliquée lorsque la présence de logement social dans l'opération était déjà prise en compte par l'application de la méthode du compte à rebours. C'est davantage la méthode par comparaison qui a été utilisée dans la réalité, en intégrant dans l'évaluation le coût des contraintes du PLU.

La cession réalisée par le centre hospitalier de Saintes donne **une illustration des fluctuations des évaluations réalisées par France domaine et d'autres évaluateurs** (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 3 : Les évaluations successives du site de l'hôpital Saint-Louis de Saintes

La **cession de l'ancien site hospitalier Saint-Louis à Saintes, réalisée en 2008** (cf. encadré supra) a donné lieu à des négociations longues, échelonnées sur plusieurs mandatures, et à plusieurs évaluations.

Les services des domaines puis de France domaine ont ainsi réalisé plusieurs évaluations successives et peu concordantes :

- en 1996, le service des domaines avait initialement évalué le site hospitalier à 50 MF soit 7,6 M€, valeur qui avait été prise en compte dans les projections financières de l'établissement ;
- en 2001, la valeur vénale du bien a été réactualisée à 25 MF soit 3,8 M€, en l'absence de projet immobilier définissant sa réutilisation et au regard de l'état du marché immobilier local ;
- saisi à nouveau en 2005 par le centre hospitalier sur son intention de céder le site pour 4,5 M€, le service des domaines a validé ce montant. L'acquisition devait être alors réalisée par la SEMIS, société d'économie mixte d'aménagement urbain de la ville de Saintes ;
- en 2006, à l'issue d'un diagnostic géotechnique, la non constructibilité du site est soulevée en raison de l'existence de carrières dans son sous-sol ;
- en 2007, le maire de Saintes indique que la ville assurera elle-même l'acquisition et fait une offre s'élevant à 4,1 M€ ;
- en 2007, le service des domaines, sollicité par la ville de Saintes en qualité de futur acquéreur, estime la valeur vénale du bien à 3,6 M€ ; il justifie l'écart avec sa précédente évaluation notamment par l'intégration dans le compromis du coût du comblement des carrières et par les fortes restrictions imposées par les règles récentes d'urbanisme dans le secteur ; le centre hospitalier a contesté cet argumentaire qui est resté sans réponse.

Parallèlement, face à la fluctuation des estimations fournies par le service des domaines, **le centre hospitalier a missionné en 2005 le Crédit foncier de France qui a évalué le site à 5,4 M€.**

En définitive, la cession a été réalisée en 2008 pour un montant de 4,1 M€, qui avait fait l'objet d'un compromis entre la ville et le centre hospitalier.

1.1.3. Les négociations entre les acteurs ne débouchent que sous certaines conditions

Au-delà des difficultés inhérentes au renchérissement du coût du foncier, observé dans plusieurs territoires soumis à une tension du marché du logement (cf. *infra*), et des mesures réglementaires contraignantes, les négociations préalables à la cession de biens hospitaliers – et à la production éventuelle de logements – peuvent se heurter à plusieurs difficultés.

La première limite à la production de logements n'est bien souvent pas seulement la disponibilité foncière mais les réticences d'ordre financier ou culturel de certains élus locaux. La volonté des communes en matière de logement social varie, comme l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport annuel de 2012 (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 4 : Exemples de la Cour des Comptes démontrant l'importance de la volonté des collectivités dans la construction de logements sociaux

Le taux de réalisation sur neuf ans (2003-2010) des objectifs de logements sociaux fixés aux communes relevant de la loi SRU varie considérablement, même lorsque ces communes sont classées dans une même zone. L'exemple de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur illustre ces écarts :

- dans les Alpes-Maritimes, en zone A, Biot et Grasse ont dépassé largement leur objectif (respectivement 210 % et 162 % soit près de 400 et de 1 000 logements sociaux), six autres l'ont atteint à au moins 75 % alors que Drap, Saint-Jeannet et Beausoleil n'ont pas atteint 10 % ;
- en zone B1, les écarts sont plus importants : de 0 % (Le Castellet et Trans) à près de 500 % (Draguignan) ;
- dans les Bouches-du-Rhône, en zone B1, Marseille (555 %) et Aix (483 %) ont surpassé leurs objectifs mais Ensues-la-Redonne, Rognes, Meyreuil sont restées vierges de tout logement social (0 %).

Source : « Le logement social : les priorités géographiques » in Rapport public 2012 de la Cour des comptes.

Cette situation se retrouve dans le cas de l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, à Neuilly-sur-Marne, où le principal objectif de la collectivité est de constituer une réserve foncière, sans lien avec la production de logements sociaux (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 5 : Exemple de l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche, où les objectifs de la Ville sont sans lien avec la création de logements sociaux

L'hôpital psychiatrique de Maison Blanche occupe à Neuilly-sur-Marne une zone de plus de 50 hectares, mais il a été décidé dans les années 1990 d'implanter des unités d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire à Paris et de rapprocher ainsi les malades de leurs familles. La vente des terrains de Neuilly-sur-Marne est nécessaire au financement de cette opération de long terme et doit procurer un tiers des investissements utiles.

Un premier lot de 30 hectares a été cédé en 1997 à la Mairie au prix fixé par le service des domaines (46 MF payables en 7 annuités), malgré des demandes de diminution de prix. Un second lot de 20 hectares a été vendu en 2001, toujours au prix fixé par les services des domaines pour 64 MF.

La Mairie s'oppose régulièrement depuis l'origine à la cession à la valeur fixée par France Domaine. Elle souhaite en effet disposer d'une réserve foncière pour y construire des logements et y accueillir une pépinière d'entreprises. Cependant, la zone n'intéressera les aménageurs que lorsqu'elle sera désenclavée, c'est-à-dire lorsque le projet du Grand Paris apportera un accès RER. Pour l'heure, le prix du m² « aménageur » ressort à 5 500 € et est excessif au regard des possibilités locales. Le Maire a tenté de modifier le PLU mais son projet n'a pas été validé.

L'hôpital aurait trouvé un acheteur, l'Association Aurore, en vue de loger des personnes en situation précaire, cela au prix estimé par les domaines, soit 5,7 M€, alors que la Mairie en proposait 1,8 M€. La Mairie a peu de moyens de s'opposer à cette vente, car rien ne justifie une telle dépréciation.

La deuxième limite a trait à l'absence de projet défini. La discussion sur le prix est très bloquante quand la collectivité acquéreur n'a pas encore de projet précis à exposer aux services de l'État pour le terrain concerné : dans ce cas France Domaine n'est pas en mesure d'appliquer une méthode d'évaluation par compte à rebours et privilégie une méthode par comparaison, plus rustique. Ce cas de figure s'est retrouvé par exemple pour l'ex-gare Saint-Sauveur au cœur de Lille, en contiguïté de l'opération EuraLille.

Le cas de Saintes témoigne d'une cession conclue entre l'EPS et la ville, sans que cette dernière n'ait décidé de la destination de son acquisition au moment de la négociation (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 6 : L'exemple de la cession de l'ancien site hospitalier de Saintes

Dans le cadre d'une importante opération de restructuration et de construction, le centre hospitalier de Saintes (devenu centre hospitalier de Saintonge) a transféré en octobre 2007 ses activités de son ancien site du centre ville vers un nouveau site en périphérie de Saintes. La **cession de l'ancien site hospitalier Saint-Louis** a été négociée dans ce contexte avec la ville de Saintes. Cette dernière s'est portée acquéreur, en raison de la situation centrale du site et de la qualité architecturale du « Logis du gouverneur », vestige de la citadelle du XVII^{ème} siècle.

Pour autant, **la ville – au moment des négociations – n'avait défini aucun projet d'aménagement, et les négociations se sont déroulées sur un prix global, sans référence à une opération ultérieure :**

- une convention de portage foncier a été signée entre la ville de Saintes et le Conseil régional de Poitou-Charentes pour cette opération ; ce dernier prend à sa charge les intérêts de l'emprunt contracté auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), la ville ne remboursant que le capital de cet emprunt ; **dans le cadre de cette convention, le Conseil régional a introduit une clause de logement social** – prévoyant 30 % de logements sociaux sur un programme comportant 200 à 250 logements – **dont les implications sur l'économie du projet n'ont pas été prises en compte au cours des négociations ;**
- le prix de cession est la résultante de négociations, qui se sont appuyées à la fois sur des évaluations – successives et peu concordantes – de France domaine, qui ont fluctué entre 2,7 M€ et 5,2 M€ et sur une évaluation du Crédit foncier (*cf. encadré infra*) ; **la ville n'ayant pas défini les contours de l'aménagement du site, aucune évaluation par compte à rebours n'était possible.**

Cinq ans après la signature de l'acte de vente, l'opération d'aménagement du site est toujours en cours de réflexion. Celle-ci relève d'un projet intitulé « St-Louis 2030 » qui s'inscrit dans une démarche européenne durable (Europan 10), avec un objectif de construction pour le début de l'année 2016.

Il arrive également que les parties n'aient pas les mêmes objectifs ni la même vision du projet futur et ne soient pas parvenues à nouer un dialogue constructif. La situation de blocage rencontrée par le CHU de Clermont-Ferrand mérite à cet égard d'être citée, car elle **illustre bien le pouvoir de la collectivité locale à travers la maîtrise du PLU** (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 7 : L'exemple de la vente de l'Hôtel Dieu du CHU de Clermont-Ferrand

Le CHU de Clermont-Ferrand est propriétaire du site de l'Hôtel-Dieu, ensemble foncier et bâti de près de cinq hectares situé en hyper-centre de la ville de Clermont-Ferrand. Ce site a été déclassé et libéré en vue de sa cession, à la suite de la construction puis de la mise en service d'un hôpital neuf en 2010. Il s'agit pour le CHU de son dernier bien cessible.

Cette cession a pour objectif de financer les travaux du nouvel hôpital (Estaing) et ceux de désamiantage du site Gabriel Montpied, en permettant de rembourser une part importante des emprunts contractés à cette occasion. En effet, toute nouvelle aide du niveau national au-delà de l'aide du plan Hôpital 2012 est exclue, alors que le CHU est endetté à hauteur de 66 %. France Domaine a évalué le bien en l'état à 30 M€ en 2011.

Or, depuis lors, **la ville a modifié sa position, induisant une situation de blocage :**

- **la ville avait été sollicitée en 2011 pour bénéficier d'un droit de priorité au prix fixé par France Domaine et l'avait refusé ;** dès lors, le CHU avait conduit une démarche formalisée de consultation auprès d'acquéreurs privés avec l'aide d'un cabinet conseil et retenu en mai 2012 la proposition d'un groupement d'investisseurs à hauteur de 25 M€ net vendeur après abattement forfaitaire de 5 M€ pour les frais de démolition et de fouilles archéologiques ;
- après avoir renoncé à l'exercice de son droit de priorité, **la ville a fait une proposition d'achat, hors-délai, au CHU à hauteur de 20 M€**, que celui-ci a refusée ;
- en janvier 2013, le directeur général du CHU a signé avec les acquéreurs une promesse de vente à

Annexe I

hauteur de 25 M€ ;

- **suite à cette signature, la commune a décidé de modifier son plan d'occupation des sols (POS) sur le secteur de l'Hôtel-Dieu afin de limiter les hauteurs de construction, réduire la densité du site et créer des emplacements réservés** afin d'y implanter des équipements publics et des espaces verts ;
- suite à cette modification du POS, **les services de France Domaine ont estimé à 17,6 M€ la nouvelle valeur vénale du site de l'Hôtel-Dieu**, soit une décote de 40 % par rapport à l'évaluation initiale ;
- le CHU a formé devant le tribunal administratif de Clermont-Ferrand un recours contre la modification du POS.

Depuis lors, la situation est bloquée et la cession n'a pas encore pu être réalisée.

La région Auvergne n'est pas considérée comme une zone tendue en matière de logement social, et le taux de logement social est actuellement pour la ville de Clermont-Ferrand de 28,5 %. Par ailleurs, l'offre de terrain constructible sur la ville est abondante (plus de 100 ha), ce qui ne justifie pas un abaissement du prix de cession à des fins de construction de logements.

La Cour des comptes, dans son rapport public annuel de 2012 consacré au patrimoine des hôpitaux non affecté aux soins, cite des projets majeurs sur les plans financier et urbanistique (l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Paris, le site de La Grave à Toulouse), mais aussi des établissements de plus petite taille ou en zone rurale (ainsi le sanatorium désaffecté depuis 1996 de Pierrefeu-du-Var dépendant du centre hospitalier de Toulon), qui peinent à se réaliser.

Pour autant, lorsque les conditions s'y prêtent, des opérations se réalisent au bénéfice de chacun des acteurs. Ainsi par exemple, le « centre Livet » appartenant aux Hospices civils de Lyon (HCL) a fait l'objet d'une promesse de vente au mois de juillet 2013, à l'issue d'une longue phase de négociations avec les communes sur lesquelles était situé le tènement, permettant à la fois de :

- ◆ **compenser les obligations imposées en termes de construction de logement social par une densification parallèle de l'opération ;**
- ◆ **compenser ces mêmes obligations sur cette opération par l'absence de contraintes de logement social pour la cession de « Dugoujon », autre bien des HCL situé sur la commune de Caluire.**

Cet exemple donne ainsi une bonne illustration des leviers de négociation entre les établissements de santé et les communes (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 8 : L'exemple des cessions réalisées par les Hospices civils de Lyon dans la ville de Caluire

Les Hospices civils de Lyon (HCL) sont propriétaires d'un tènement immobilier de plus de 16 000 m² dit « Centre Livet », situé pour l'essentiel sur le territoire de la commune de Caluire. L'ensemble immobilier se compose d'un bâtiment principal anciennement à usage d'activité hospitalière et de plusieurs bâtiments annexes.

Ils sont par ailleurs propriétaires du centre gériatrique du docteur Dugoujon, également situé à Caluire, dont ils ont souhaité vendre une parcelle de 3 000m², comportant une ancienne villa de fonction.

Des négociations globales, préalables à l'appel à candidatures, ont été menées entre les HCL et la commune, à partir de 2008 portant sur les contraintes imposées par Caluire en termes de logement social et sur la densité des opérations :

- **la commune a imposé un quota de 35 % de logement social sur l'opération du centre Livet, en contrepartie duquel aucune contrainte de construction de logement social n'a été imposée sur la parcelle « Dugoujon » ;**

Annexe I

- parallèlement, **l'opération réalisée sur le « centre Livet » a été densifiée, passant de 8 000 m² à 11 500 m² de surface de plancher**, comprenant du logement libre, du logement social, un hôtel et une résidence sénior.

Ces négociations globales mettent en évidence les compromis qui peuvent émerger au cours de négociations, permettant à l'établissement hospitalier de compenser financièrement les contraintes de logement social imposées par la commune.

La méthode retenue à Nantes, outre qu'elle pose et garantit les relations des deux partenaires (Mairie et CHU) dans une longue temporalité, constitue une très bonne illustration d'une part de l'intérêt de mener une négociation globale pour des opérations complexes et d'autre part de la nécessité d'entretenir un cadre de relations de qualité.

Encadré 9 : L'exemple de l'opération du CHU de Nantes

Réparti sur plusieurs localisations situées dans et hors le périmètre de la communauté urbaine de Nantes, le CHU a pour perspective de regrouper ses activités de court séjour, aujourd'hui réparties entre l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Laennec, dans un ensemble unique situé sur l'île de Nantes. Cette opération de grande envergure aura pour horizon une mise en service du nouvel ensemble hospitalier en 2023 pour la première phase et en 2025 pour la seconde.

Compte tenu d'une part de la qualité des relations entre le CHU et la communauté urbaine, et d'autre part de la nécessité d'anticiper le long processus d'aménagement préalable pour permettre la construction de l'hôpital sur l'île de Nantes d'un côté et la transformation du site actuellement occupé par l'Hôtel Dieu de l'autre, les deux parties sont convenues aux termes d'un protocole adopté par le conseil communautaire de Nantes Métropole le 24 juin 2013 de procéder à un échange de terrains sans soulte entre les sites de l'Hôtel Dieu et celui de l'île de Nantes.

Une telle solution simple de mise en œuvre permet de résoudre plusieurs problèmes :

- bien que la communauté urbaine ne soit pas propriétaire de tous les tènements qui composent le site de l'île de Nantes, la communauté urbaine sera l'interlocuteur unique du CHU dans le remembrement préalable nécessaire à la réalisation de l'opération hospitalière ;
- le protocole permet de mettre en place les modalités pratiques de gestion du processus d'aménagement préalable à l'opération de restructuration hospitalière que la loi Duflot ne prend pas en considération, et qui va s'étaler sur un délai de près de 15 ans ;
- l'absence de soulte intègre de ce fait la problématique de la décote, puisque le protocole aboutit à un jeu à somme nulle où chacun retire un intérêt propre correspondant à ses besoins.

Dans un rapport de forces qui lui est plutôt défavorable – compte tenu des instruments réglementaires puissants dont dispose la commune en matière d'urbanisme –, **le bon déroulement des négociations pour l'EPS repose donc sur :**

- ◆ la capacité de l'établissement à proposer des mesures de compensation des contraintes qui lui sont imposées, ce qui requiert une bonne connaissance de ces sujets par les services ;
- ◆ le poids de son patrimoine dans la commune et la possibilité qui en découle de mener des négociations « globales » ;
- ◆ le degré d'urgence de la cession et le degré de dépendance de l'établissement aux recettes tirées de la vente pour le financement d'investissements ultérieurs ;
- ◆ plus largement, sur la sensibilité du maire – qui est également, dans la plupart des cas, le président du conseil de surveillance de l'EPS – aux contraintes de financement de l'établissement.

1.2. La mise à disposition du foncier public à prix décoté est autorisée par les lois du 18 janvier 2005 et du 13 juillet 2006

La loi de 2013 ne crée pas un dispositif *ex-nihilo*, mais étend un dispositif mis en place en 2005 et 2006, par les lois n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale et n°2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL).

L'objectif était de compléter le plan de cohésion sociale de juin 2004 prévoyant la mise en œuvre d'un « Pacte national pour le logement ». Il s'agissait d'accroître l'offre foncière pour la construction de logements, de simplifier les procédures de mise en vente de ses terrains par l'État et d'augmenter ses capacités d'initiative (l'État pouvait ainsi accorder des permis de construire à la place des maires « au nom de l'intérêt national »). Les plans locaux d'urbanisme pouvaient imposer dans certains secteurs un pourcentage de logements sociaux, en dérogeant dans certains cas aux règles de densité.

1.2.1. Les deux lois instaurent et encadrent un dispositif de décote

Dans un contexte de difficultés récurrentes à mettre sur le marché des terrains à bâtir, l'État a souhaité mettre à disposition son foncier et celui de ses établissements en faveur du logement. Pour que les conditions de la mise sur le marché de ces terrains soient réunies, il a mobilisé les capacités d'inventaire, de programmation et de mobilisation de ses services sous l'autorité des préfets pour :

- ◆ **accompagner les négociations avec les collectivités locales afin de rendre les terrains constructibles** sur la base d'une programmation concertée de logements ;
- ◆ **rechercher l'équilibre financier des opérations, tout en incitant à la construction de logements sociaux**, en faisant en sorte que le prix de vente ne soit pas un facteur bloquant de l'avancement des opérations.

Cette démarche s'appuyait en particulier sur un dispositif législatif, introduit par la loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, et **ouvrant la possibilité d'une décote, plafonnée, au profit du logement social, par dérogation au principe de cession à la valeur vénale**^{13 14}.

Depuis 2005, le préfet peut décider qu'un terrain de l'État soit cédé à un prix inférieur à sa valeur vénale lorsqu'il est destiné à la construction de logements sociaux. **Cette « décote logement social » peut atteindre 25 % de la valeur vénale et jusqu'à 35 % si le terrain est situé dans une zone où le marché est tendu** (*cf. infra*).

Codifiée à l'article L. 3211-7 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P), cette possibilité a été introduite par l'article 95 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale¹⁵.

¹³ La jurisprudence constitutionnelle et administrative permet la cession de propriétés publiques à un prix inférieur à leur valeur réelle pour répondre à des motifs d'intérêt général, sous réserve de contreparties suffisantes (Cons. Const. Décision n°2010-67/QPC du 17/12/2010 -AFPA)(CE Sect. 3/11/1997, Commune de Fougerolles et CE 25/11/2009, Commune de Mer c/ Pépin et Raoul). La réalisation de logements sociaux est l'une de ces contreparties.

¹⁴ En droit communautaire, la cession à prix préférentiel constitue une aide de l'État, qui peut échapper à cette qualification si elle remplit les conditions de l'arrêt Altmark relatif aux compensations de service public. Même si elle constitue une aide de l'État, elle peut sous certaines conditions être jugée compatible avec le marché intérieur. Ceci a conduit à identifier précisément le montant de la décote, et à en affecter le bénéfice au seul service public du logement social.

¹⁵ Le IV de l'article 1er de la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement a étendu le dispositif aux structures d'hébergement temporaires ou d'urgence, aux aires permanentes d'accueil des

1.2.2. La gouvernance du dispositif de mobilisation du foncier public n'a pas amélioré sur le terrain le dialogue qui existait déjà entre les acteurs

Les lois de 2005 et 2006 ont conduit à bâtir un programme national de mobilisation du foncier public qui est resté centré sur l'offre de l'État plus que sur les besoins des collectivités locales et qui n'a pas conduit à un dialogue très nourri avec ces dernières.

La gouvernance du dispositif de mobilisation du foncier public s'est d'abord organisée autour de l'offre de foncier public et s'est appuyée au niveau national¹⁶ sur :

- ◆ **le comité interministériel pour le développement de l'offre de logement (CIDOL)**, présidé par le Premier ministre ou par délégation par le ministre du logement et réunissant l'ensemble des ministres concernés par la mobilisation du foncier. Ce comité a été réuni trois fois entre 2005 et 2008, sous la présidence du Premier ministre, et n'a plus été réuni depuis ;
- ◆ **la fonction de délégué interministériel pour le développement de l'offre de logement (DIDOL)**, placé auprès du ministre du logement, assurant le secrétariat général du CIDOL et la mise en œuvre opérationnelle des politiques qui y sont arrêtées. Depuis le 13 octobre 2009, et la suppression du DIDOL, la mise en œuvre opérationnelle du programme est assurée par le délégué à l'action foncière du ministère du logement, qui préside un « groupe opérationnel du foncier public » réunissant l'ensemble des acteurs parties prenantes, notamment la délégation à l'action foncière et immobilière (DAFI), France Domaine et le ministère de la défense. Ce groupe s'est réuni trois fois en 2010, quatre fois en 2011 et deux fois en 2012. Au niveau déconcentré, le programme était mis en œuvre sous l'autorité des préfets.

Des instructions ont été données en vue de faciliter les cessions et d'encourager la réalisation d'opérations durables et exemplaires, mais c'est **d'avantage une gestion au cas par cas qui a été mise en œuvre**. Par ailleurs cette politique n'a pas associé l'ensemble des acteurs potentiellement concernés. Les opérateurs publics ont été peu associés à ce stade, à l'exception de ceux du secteur ferroviaire. Enfin, le plus souvent, le nombre de logements affichés par terrain n'a donné lieu à aucun débat préalable avec les collectivités d'emprise.

1.2.3. Le dispositif des lois de 2005 et 2006 n'a produit que progressivement ses effets, pour un coût difficile à estimer

Il n'existe pas dans le dispositif antérieur de suivi systématique de l'application du régime de la décote aux cessions de biens de l'État en faveur du logement. Des enseignements peuvent néanmoins être tirés de l'application sur la période 2008-2011 du programme de mobilisation du foncier public en faveur du logement.

Le Comité interministériel pour le développement de l'offre de logements (CIDOL) du 28 mars 2008 a défini le premier programme de mobilisation du foncier de l'État et de ses établissements publics en faveur du logement pour la période 2008-2012 portant sur 70 000 logements, dont 38,6 % sociaux, se répartissant sur 514 sites d'une superficie cumulée de 1 140 hectares. L'Île-de-France représentait 57 % de l'ensemble du programme. Entre 2008 et 2011 le taux global de réalisation de ce programme a été de 60 % soit 42 000 logements dont 20 500 sociaux (taux d'avancement de 77 %)¹⁷.

gens du voyage, ainsi qu'aux logements locatifs sociaux dans les départements d'outre-mer et bénéficiant d'une aide d'État.

¹⁶ Décret n°2005-1943 du 29 septembre 2005

¹⁷ Toutes les données figurant dans le 1.1.3. sont issues de l'étude d'impact de la loi de 2013 réalisée en août 2012.

Annexe I

Deux exemples significatifs viennent illustrer la mise en œuvre de ce dispositif de décote :

- ◆ un terrain à Neuilly-sur-Seine (92), 41-43 avenue du Roule, occupé par le ministère de l'éducation nationale a pu être vendu le 24 novembre 2006 avec une décote de 25 % pour une opération de 75 logements sociaux pour étudiants ;
- ◆ un terrain occupé par les ministères de l'agriculture et de l'éducation nationale (CEMAGREF) à Antony (92) a été vendu le 14 décembre 2006 avec une décote de 35 % en vue de la réalisation de 320 logements dont 113 sociaux.

Cependant, **la décote pour logement social est restée relativement peu appliquée**, car les négociations entre les acteurs ont généralement abouti sans application formelle de celle-ci et parce que l'État souhaitait valoriser au mieux son patrimoine immobilier. Aucune donnée de synthèse ne recense la part des terrains cédés ayant fait l'objet d'une décote « logement social » depuis 2005. Le coût cumulé de la décote n'est dans ces conditions pas estimable, pas plus que le pourcentage qu'elle représente en réalité. Il est vrai que cette technique est concurrencée par d'autres méthodes d'évaluation du prix de cession, notamment le compte à rebours « bailleur social » ou la « charge comparée logement social », alternatives jugées plus favorables par les collectivités et les opérateurs car proches de la réalité économique.

Pour la période 2008-2011, 3 % en moyenne de l'ensemble des logements construits l'ont été sur des terrains devenus inutiles à l'État. En revanche, ce pourcentage est beaucoup plus élevé pour l'ensemble de la région Île-de-France où ce taux s'établit à 20 %, ce qui montre une concentration significative de l'effort public sur la région-capitale où les enjeux et la tension constatés sur l'offre de logement justifient une attention particulière. En termes de produits de cession, ces ventes représentent 107 M€, soit 18 % des produits encaissés au titre de l'exercice 2011 (pour un total de 597 M€).

S'agissant du programme de mobilisation portant sur la période 2012-2016, le recensement des sites permettait de définir un objectif de 110 000 logements à mettre en chantier, programmés sur 930 terrains publics représentant 2 000 hectares. Pour la région Île-de-France, 50 000 logements sont ainsi prévus sur 375 sites, soit 880 hectares. En province, ce sont 60 000 logements prévus sur 555 sites représentant 1 120 hectares de terrains publics. Cet inventaire des terrains mobilisables a vocation à être enrichi au fil de l'eau, les collectivités locales étant appelées, à travers le dispositif prévu, à manifester leur intérêt pour des emprises sur lesquelles elles proposeraient un programme de logements.

Ainsi, si le dispositif mis en œuvre a permis d'enregistrer des progrès tant sur le plan quantitatif que qualitatif, des difficultés demeurent concernant la mise en œuvre de ce type de programmes de cessions :

- ◆ **la problématique liée à la durée des processus de cession.** Un indicateur de performance LOLF a été spécifiquement mis en place afin d'évaluer la performance du service de France Domaine. Cet indicateur intitulé « durée moyenne de vente d'un bien immobilier » vise à évaluer la rapidité des services dans l'exécution des procédures de cessions. La cible est fixée à 13 mois. Or, parmi les biens déclarés inutiles après 2008 et ayant fait l'objet d'une cession, la durée moyenne entre la décision d'inutilité et l'acte de vente s'établirait à 16,5 mois selon des données provisoires de France Domaine¹⁸ ;

¹⁸ Le rapport d'information AN n°2009-2100 de MM. Hamel et Le Bouillonnet dressait un bilan de la loi ENL trois ans après son adoption. S'agissant de la mobilisation des terrains publics pour la construction de logements, qui ne constituait qu'une partie du volet Urbanisme de la loi, le rapport constatait un bilan mitigé des cessions de terrains de l'État à destination de la construction de logements locatifs sociaux (pages 39 à 42), notamment du fait des délais de cession.

Annexe I

- ◆ **le dispositif a valorisé davantage les mises en chantier que les réalisations effectives.** Or l'obligation de réaliser les opérations dans un délai de 5 ans à partir de la date de cession, qui reste possible pour un promoteur, l'est beaucoup moins pour un aménageur, sauf pour lui à anticiper les projets et à les réaliser par tranches, ce qui suppose, toutefois, que le vendeur accepte d'échelonner ses cessions dans le temps ;
- ◆ enfin, un certain nombre d'exemples montrent **un écart de prix considérable entre l'évaluation des domaines et le prix que les collectivités concernées sont prêtes à consentir au regard de leur projet.** Ainsi, l'évaluation des domaines concernant les terrains de l'ancienne école de gendarmerie de Libourne s'établit à 18 M€ ce qui est largement supérieur à ce que la ville prévoit dans son bilan d'opération.

1.3. La loi du 18 janvier 2013, en accentuant les dispositions antérieures, ne bouleverse pas l'équilibre des relations de négociation entre les acteurs

La loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social est l'un des outils mobilisés par le Gouvernement afin de répondre aux besoins des Français en matière de logement. Celui-ci s'est en effet fixé un objectif de construction annuelle de 500 000 logements dont 150 000 logements sociaux¹⁹. Cette mobilisation se fonde sur divers constats dont notamment le déficit structurel d'offre, à l'origine des difficultés d'accès au logement des Français. En effet, les besoins de construction de logements en France sont estimés aux alentours de 400 000 à 500 000 logements par an pendant dix ans ; or l'offre de logements reste inférieure à la demande, et nécessite d'être renforcée, notamment dans plusieurs « zones tendues » du territoire.

Cette loi, par un dispositif renforcé de décote lors de la cession de terrains de l'État et de ses établissements publics adapté aux particularités du programme de construction et aux conditions locales, vise ainsi **deux objectifs principaux** :

- ◆ **accroître l'offre foncière pour la production de logement**, en accélérant la mise à disposition du foncier public ;
- ◆ **améliorer la capacité de financement du logement social** par les organismes constructeurs.

1.3.1. La loi de 2013 encadre le mécanisme de décote en s'appuyant sur la notion de programme

La loi de 2013 vise la mise à disposition de terrains disponibles de l'État et des établissements publics pour soutenir la construction de logements sociaux et le renforcement des dispositions de l'article 55 de la loi SRU par le relèvement de 20 à 25 % du taux de logements sociaux dans les communes et par la multiplication par 5 des pénalités.

Elle renforce le dispositif existant en autorisant la cession de terrains publics pour la construction de logements à des prix inférieurs à leur valeur vénale, la décote pouvant atteindre 100 % **pour la seule part des programmes destinée aux logements sociaux**, mais sans toutefois brader le patrimoine public grâce aux encadrements mis en place (cf. encadré ci-dessous).

¹⁹ Exposé des motifs du projet de loi n°402, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 14 novembre 2012.

Encadré 10 : Les modifications apportées par la loi du 18 janvier 2013 au dispositif de décote

Initialement, le code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) prévoyait la possibilité d'une décote dont le montant était plafonné par décret en Conseil d'État (DCE) lors de la cession des terrains de l'État pour la construction de programmes de logements sociaux.

La modification apportée par la loi (article 3) vise à permettre l'application d'une décote pouvant atteindre 100 % de la valeur vénale du terrain pour la part destinée au logement social, dans les zones géographiques les plus « tendues »²⁰. En outre, cette décote est de droit si deux conditions cumulatives sont réunies :

- lorsque la cession est réalisée **au profit d'une liste de bénéficiaires** (collectivité territoriale, établissement public de coopération territoriale, établissement public d'aménagement, établissements publics fonciers de l'État, organismes constructeurs de logements sociaux) ;
- dès lors que **les terrains appartiennent à une liste établie par le préfet de région**. La loi précise que l'application de cette décote « *prend notamment en considération les circonstances locales tenant à la situation du marché foncier et immobilier, à la situation financière de l'acquéreur du terrain (...) et aux conditions financières et techniques de l'opération* ».

Le décret en Conseil d'État du 15 avril 2013 a précisé les conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'État. La décote peut être appliquée **si le terrain est aliéné en vue de recevoir au moins 75 % de surface affectée au logement et comportant des logements sociaux**. Pour chacune des catégories de logement, un taux et un montant de décote sont calculés, notamment **au regard des « circonstances locales prises en considération »**. En cas de décote de droit, elle est appliquée sur la valeur vénale du terrain pour la part de logements à réaliser (et éventuellement la part d'équipements publics destinée en tout ou partie aux occupants de ces logements). Si ces conditions ne sont pas remplies, le préfet de département décide du principe de la décote applicable à la part des logements.

L'article L. 3211-7 instaure donc trois régimes de décote :

- ◆ la **décote facultative** : celle-ci prend en considération « *les circonstances locales tenant à la situation du marché foncier et immobilier, à la situation financière de l'acquéreur du terrain, à la proportion et à la typologie des logements sociaux existant sur le territoire de la collectivité considérée et aux conditions financières et techniques de l'opération* ». La gratuité ne concerne que les logements très sociaux ;
- ◆ la **décote automatique de droit commun** : cette disposition est réservée aux collectivités territoriales, aux EPCI compétents en matière de logement, ainsi qu'aux organismes chargés des logements sociaux. Elle concerne les terrains figurant sur la liste spéciale validée par le préfet ;
- ◆ la **décote en faveur des communes vertueuses**, i-e celles qui ont respecté leurs obligations d'accueillir des logements sociaux à hauteur de 20 % des résidences principales ou 25 % dans certaines communes²¹.

Par ailleurs, **le taux maximal de décote est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient ces logements sociaux** :

- ◆ catégorie 1 : 100 % pour les logements très sociaux financés à l'aide de prêts locatifs aidés d'intégration (PLAI), les logements foyers conventionnés, les structures d'hébergement temporaire, d'urgence et de réinsertion sociale aidées par l'État ainsi que les aires d'accueil des gens du voyage ;

²⁰ La définition des zones de tension correspond au classement des communes en quatre zones (A, B1, B2 et C) auxquelles sont applicables certaines aides au logement, notamment le dispositif dit « Scellier » d'investissement locatif.

²¹ L'article L. 3211-7 du CG3P précise dans son 2° II 2° : « *Pour les communes qui ne font pas l'objet d'un constat de carence, dans le cadre d'un programme de logements sociaux,..., un décote est également de droit pour la part du programme dont l'objet est la construction d'équipements publics destinés en tout ou partie aux occupants de ces logements....* ».

Annexe I

- ◆ catégorie 2 : les logements locatifs sociaux et les résidences pour étudiants financés en prêts locatifs à usage social (PLUS) ;
- ◆ catégorie 3 : 50 % pour les logements locatifs bénéficiant de prêts locatifs sociaux (PLS) ainsi que pour les logements en accession à la propriété dans le cadre de contrats de location-accession ou d'opérations d'accession.

La décote dépend également des catégories de zones géographiques dans lesquelles se situent les terrains proposés à la vente. Il existe trois types de zones géographiques, visées à l'article R. 304-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH), classées en quatre catégories (A, B1, B2, C) à partir de considérations relatives au marché immobilier pour l'application des aides à l'investissement locatif privé (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 1 : Barème d'application de la décote

	Zone C	Zone B2	Zones A et B1
Catégorie 1 (très social ²²)	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %	Entre 0 et 100 %
Catégorie 2 (social ²³)	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %
Catégorie 3 (intermédiaire ²⁴ et accession sociale)	Entre 0 et 25 %	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %

Source : Article R.304-1 du code de la construction et de l'habitation.

Encadré 11 : Définition des zones de tension en logement

Pour la gestion et la programmation des politiques du logement, le territoire national est divisé en zones géographiques, dans lesquelles chaque commune est classée.

Ce zonage a été constitué en 2003 pour le dispositif « Robien » de soutien à l'investissement locatif, puis adapté aux mesures qui lui ont succédé. La version actuelle, dite « Scellier », est issue d'une révision conduite en 2009 et aménagée en 2010. Les zones sont ainsi définies par **l'arrêté du 29 avril 2009 relatif au classement des communes par zone applicable à certaines aides au logement** ; il s'agit des zones A, B1, B2 et C, dans un ordre décroissant de tension.

La définition de ces zones résulte de l'analyse combinée de deux indicateurs statistiques :

- **un indicateur synthétique de tension**, qui prend notamment en compte le taux de mobilité dans le parc locatif social, la part des ménages bénéficiaires des aides au logement dont le taux d'effort est supérieur à 39 % et le niveau des prix des logements et des loyers ;
- **un indicateur conjoncturel** tenant compte de l'analyse du marché par les professionnels de l'immobilier.

Les zones « Scellier » sont ainsi définies comme suit :

- **la zone A** : Paris et des communes proches de Paris (parfois isolées dans la zone A bis), les départements de la petite couronne, une partie des communes des départements de la grande couronne les plus proches de Paris, certaines communes de l'Ain et de Haute-Savoie (proches de Genève), des Alpes-Maritimes et du Var (sur le littoral, de Hyères à Menton) ;
- **les zones B** : des communes de la grande couronne, des agglomérations de plus de 50 000

²² La catégorie 1 correspond aux logements très sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLAI » (prêts locatifs aidés d'intégration), assortis des loyers les plus bas du parc social.

²³ La catégorie 2 correspond aux logements sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLUS » (prêts locatifs à usage social).

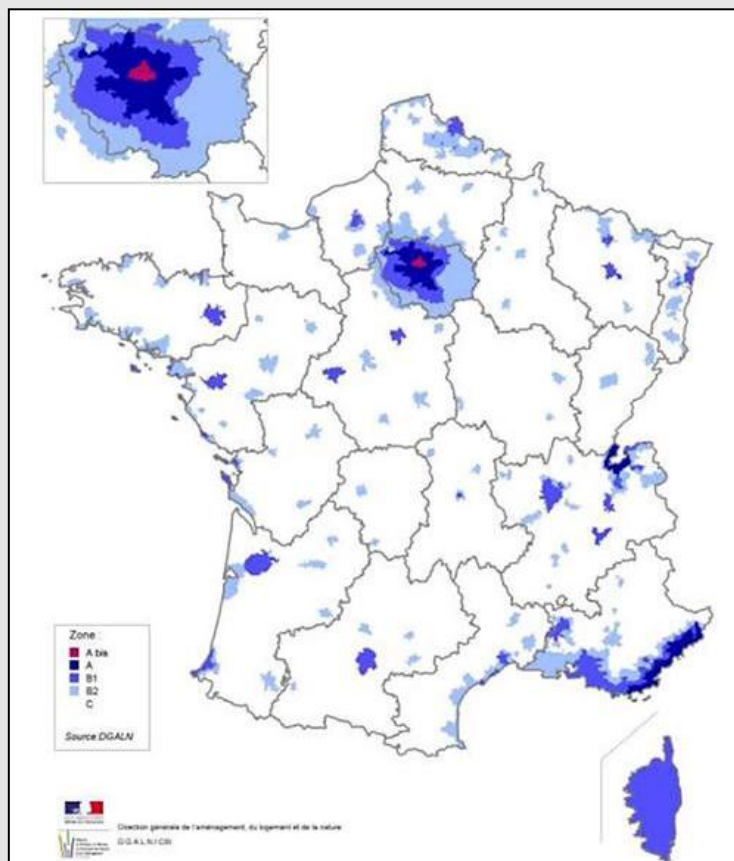
²⁴ La catégorie 3 correspond aux logements intermédiaires, c'est-à-dire aux logements financés par « PLS » (prêts locatifs sociaux), aux logements permettant l'accession sociale à la propriété ou encore les résidences pour étudiants.

Annexe I

habitants considérées comme tendues, certaines communes où les loyers étaient élevés, les îles non reliées au continent, les départements et territoires d'outre-mer, le pourtour de la Côte d'Azur. La zone est subdivisée en zone B1 et zone B2 selon la taille de l'agglomération (plus de 150 000 habitants) et l'intensité de la tension ;

- **la zone C** : le reste du territoire.

Graphique 1 : Cartographie du zonage Scellier



Source : Ministère chargé du logement (direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature).

Si la règle des trois tiers bâtis – dont l'objet est de favoriser la mixité sociale – était appliquée²⁵, la loi limiterait le montant de la décote appliquée globalement à une opération à **50 % de la valeur de référence**²⁶.

²⁵ La loi de 2013 prévoit dans son article 2 que « six mois après la promulgation de la loi, le ministre chargé du logement remet au Parlement un rapport sur les modalités de mise en œuvre de la règle dite des trois tiers bâtis consistant à favoriser, dans les opérations de construction de logements, un tiers de logements sociaux, un tiers de logements intermédiaires et un tiers de logements libres. Ce rapport étudie la stratégie à mettre en œuvre et, sur la base d'expériences locales existantes, émet des recommandations en vue de la généralisation de ce principe ». Le rapport n'était pas disponible à la date de réalisation de la mission.

²⁶ La décote est au plus de 100 % pour un tiers de logements sociaux, de au plus 50 % pour un tiers de logements aidés et nulle pour un tiers de logements libres, soit mathématiquement une moyenne au plus égale à 50 %.

La loi offre par ailleurs la possibilité de procéder par baux emphytéotiques. L'article 5 permet l'application d'une décote dans les mêmes conditions aux redevances des baux passés par l'État. La mise à disposition d'un terrain public pour la création de logements, notamment sociaux, ne passe pas nécessairement par sa cession, et peut aussi intervenir par le biais d'un bail emphytéotique. L'article 5 fait entrer ce mode de mise à disposition, qui existait déjà, dans le champ du dispositif créé aux articles 3 et 4 en prévoyant que le prix d'un bail emphytéotique consenti, pour le même objet et dans les mêmes conditions, doit intégrer une décote de même niveau que si le bien était cédé.

La loi ne précise pas la « valeur de référence » sur la base de laquelle s'applique la décote, même si elle évoque la notion de valeur vénale du terrain, définie ici comme la charge foncière libre. Or, dans la pratique antérieure de France Domaine, les contraintes du PLU étaient intégrées dans l'évaluation du bien. Les acteurs du monde hospitalier rencontrés par la mission s'interrogent sur le risque d'appliquer la décote sur une valeur intégrant d'ores et déjà les circonstances locales et la décote de fait qui en résulte. Cette question mérite d'être clarifiée, tant pour des raisons financières que pour la qualité des négociations entre établissements publics de santé et collectivités locales.

Enfin, **la loi maintient l'obligation de réalisation du programme de logements ayant bénéficié de l'application d'une décote dans un délai de cinq ans²⁷, ce qui a pour effet d'exclure de fait les opérations d'aménagement**, voire certaines opérations de restructuration de grande ampleur, à défaut d'une anticipation suffisante du projet (*cf. annexe III relative à l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les EPS*).

1.3.2. La loi de 2013 étend le dispositif de mobilisation du foncier aux établissements publics de l'État, dont font partie les EPS

Le principe de la mobilisation du foncier public est intimement conditionné à la finalité de l'opération prévue. La loi de 2013 accroît le périmètre d'application de la loi ENL de 2006 **en intégrant dans le dispositif les biens appartenant aux établissements publics de l'État²⁸**. En effet, son article 4 a ouvert la possibilité d'appliquer la décote lors de la cession des terrains des établissements publics de l'État, en tenant compte de la situation de chaque établissement et des volumes de cession envisagés. Enfin, son article 6 a ouvert la possibilité d'appliquer la décote lors de l'exercice du droit de priorité à l'occasion de la cession de parcelles appartenant à certains établissements publics.

La liste des établissements publics sera fixée par décret. Étaient visés initialement les biens appartenant aux établissements déjà concernés par l'article L. 240 du code de l'urbanisme et impliqués dans le premier programme de mobilisation du foncier en faveur du logement défini par le CIDOL pour la période 2008-2012, c'est-à-dire Réseau Ferré de France (RFF), la SNCF, Voies Navigables de France (VNF) et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

À cette liste viendraient s'ajouter les sociétés détenues par l'État et chargées d'assurer la valorisation de ses actifs immobiliers visées par le I de l'article L.3211-13-1 du CG3P, telles la SOVAFIM (Société de Valorisation Financière Immobilière) et ses filiales.

Les établissements publics de santé, devenus établissements publics de l'État depuis la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009, sont donc *a priori* concernés (*cf. encadré ci-dessous*).

²⁷ Article 3. 2°V de la loi qui en précise les conséquences : « à peine de résolution de la vente sans indemnité pour l'acquéreur et le versement du montant des indemnités contractuelles applicables, soit le versement d'une indemnité préjudicielle pouvant atteindre le double de la décote consentie ».

²⁸ Article L. 3211-13-1 nouveau du CG3P.

Encadré 12 : L'évolution du statut juridique des EPS

Depuis la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) les hôpitaux publics étaient rattachés à une collectivité territoriale, le plus souvent la commune.

L'article L. 6141-1 du code de la santé publique, issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, qualifie ces établissements de « *personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, soumises au contrôle de l'État* ». Toutefois, il ne dit rien de la collectivité de rattachement et les EPS pourraient être considérés comme des établissements publics locaux, dans la mesure où la loi précise que « *le ressort des établissements publics de santé est communal intercommunal, départemental, interdépartemental, régional, interrégional ou national* ».

Néanmoins, la notion de ressort ne se substitue pas à celle de collectivité de rattachement et un faisceau d'indices permet de conclure qu'ils sont des établissements publics de l'État ; en effet, le rôle de l'État est prépondérant dans les modalités de création, d'organisation et de contrôle de ceux-ci, directement par décret ou indirectement par l'intermédiaire des ARS, elles-mêmes établissements publics de l'État²⁹.

La loi prévoit en outre que les conditions d'application de la cession avec décote puissent être adaptées par des décrets en Conseil d'État pour tenir compte de la situation particulière des sociétés ou établissements publics concernés. Tel est le cas d'un projet de décret concernant le secteur du transport (*cf. infra*).

Par ailleurs, **la loi du 18 janvier 2013 pourrait conduire à un élargissement du périmètre du droit de priorité.** L'article L. 240-3, dans sa version modifiée par la loi du 18 janvier 2013 précise que deux conditions cumulatives doivent être remplies pour que le droit de priorité avec décote puisse s'appliquer aux établissements publics :

- ◆ les établissements publics doivent être visés à l'article L. 240-1 du code de l'urbanisme ;
- ◆ simultanément, ils doivent être visés à l'article L 3211-13-1 du CG3P.

L'article L. 240-1, qui définit le champ d'application du droit de priorité, ne s'applique aujourd'hui qu'à l'AP-HP dans le champ hospitalier.

Si le décret prévu à l'article L. 240-1 devait être adopté, il pourrait être commun au décret prévu par l'article L. 3211-13-1 fixant la liste des établissements publics de l'État soumis à la décote. Si tel était le cas, les établissements figurant dans ce décret seraient tout à la fois soumis au régime de la décote prévu par l'article L. 3211-13-1 du CG3P et pourraient faire l'objet du droit de priorité avec éventuelle décote organisé par les articles L. 240-1 à L 240-3 du code de l'urbanisme.

Ce scénario ne constitue qu'une hypothèse et n'a donc pas été exploré plus avant dans le cadre de cette mission. Pour autant, **il conviendrait de veiller à ce que la pratique du droit de priorité, dont les conditions d'application sont définies de manière très larges (*cf. supra*), ne se généralise pas à l'ensemble des cessions hospitalières, en renvoyant au juge de l'expropriation le soin de fixer le prix de cession, en cas de désaccord.**

Si les conditions de recours au droit de priorité n'étaient pas circonscrites, il risquerait de devenir une voie d'évitement de la procédure d'instruction du taux de décote.

²⁹ Note DAJ n°2010-00291-COJU du 12 février 2010 (Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi)

1.3.3. La loi de 2013 réintroduit l'État dans la négociation entre les acteurs

La gouvernance de l'État sur le dispositif a été renforcée, et consacre le rôle central du préfet de région :

- ◆ il établit la liste des parcelles bâties ou non bâties susceptibles d'être cédées sous le régime de la décote ;
- ◆ il conclut une convention avec l'acquéreur qui « *fixe les conditions d'utilisation du terrain cédé et détermine le contenu du programme de logements à réaliser* » ;
- ◆ il assure également le suivi de la réalisation effective du programme dans un délai de cinq ans, *via* le comité régional de l'habitat³⁰ qui l'assiste ;
- ◆ enfin, il établit chaque année un bilan comportant la liste des terrains disponibles, des terrains cédés au cours de l'année écoulée, des modalités et des prix de cession ainsi que des logements sociaux mis en chantier sur les parcelles cédées.

Cette information est communiquée à la nouvelle commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF), créée par l'article 3 de la loi du 18 janvier 2013, et chargée du pilotage de la politique de mobilisation foncière. Sa composition est pluraliste et représentative de la puissance publique, des opérateurs de logement social, des professionnels de l'immobilier et des usagers³¹.

Si le préfet de région a un rôle central, c'est surtout dans l'utilisation des marges de manœuvre que lui laisse la loi dans la négociation avec les acquéreurs. En effet, l'article 3 de la loi précise que la décote « *prend notamment en considération les circonstances locales tenant à la situation du marché foncier et immobilier, à la situation financière de l'acquéreur du terrain, à la proportion et à la typologie des logements sociaux existant sur le territoire de la collectivité considérée et aux conditions financières et techniques de l'opération* ».

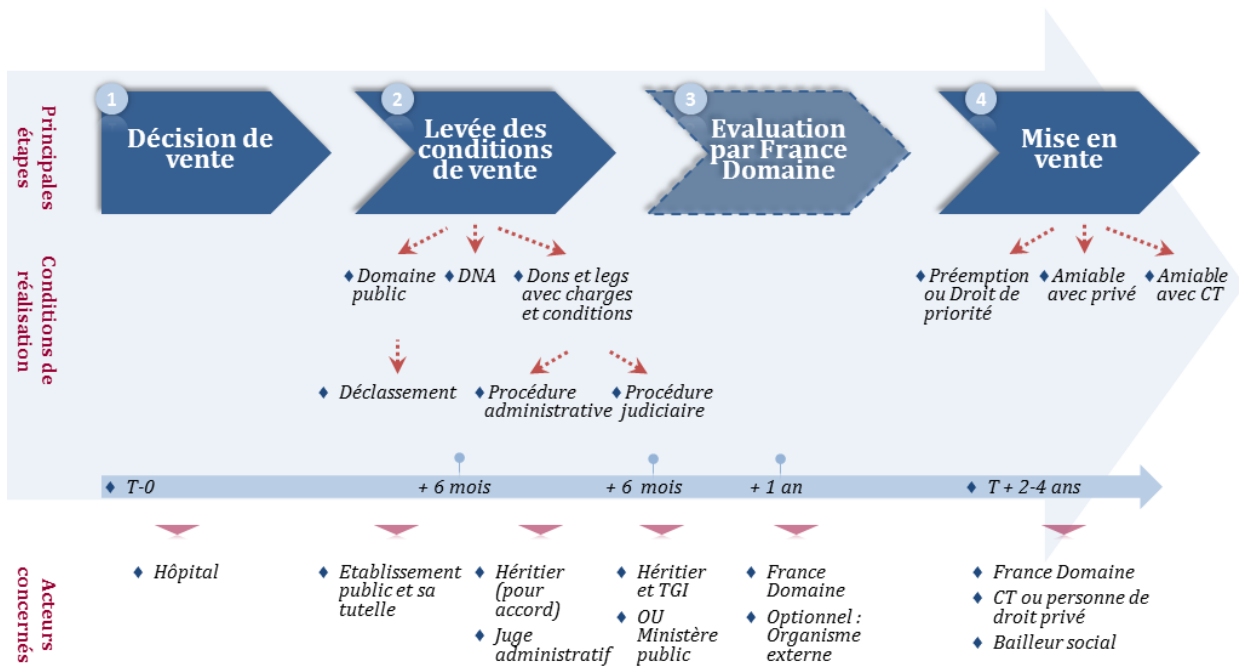
La comparaison des deux schémas suivants, décrivant la procédure de mise en vente des biens hospitaliers avant et après application de la loi du 18 janvier 2013, met clairement en évidence le rôle nouveau joué par le préfet et les services déconcentrés de l'État dans la négociation entre les acteurs (*cf. graphiques ci-dessous*).

³⁰ Art. R. 362-3. - Le comité régional de l'habitat est présidé par le préfet de région. Les préfets de département, ou leur représentant, assistent de droit, avec voix consultative, aux séances du comité régional de l'habitat. Les membres du comité régional de l'habitat sont répartis en trois collèges :
« 1° Un collège de représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements ;
« 2° Un collège de professionnels intervenant dans les domaines du logement, de l'immobilier, de la construction ou de la mise en œuvre des moyens financiers correspondants ;
« 3° Un collège de représentants d'organisations d'usagers, de bailleurs privés, d'associations d'insertion et de défense des personnes en situation d'exclusion par le logement, des partenaires sociaux associés à la gestion de la participation des employeurs à l'effort de construction et de personnalités qualifiées.

³¹ Ainsi, y siègeront deux députés et deux sénateurs, des représentants des ministres chargés du Logement, de l'Urbanisme, et du Domaine, de représentants des associations représentatives des collectivités territoriales, des représentants des organismes agréés au titre de l'article L. 365-1 du CCH, des organismes d'habitations à loyer modéré et des SEM de construction et de gestion de logements sociaux, des professionnels de l'immobilier, des organismes de défense de l'environnement œuvrant dans le domaine de l'insertion, et des personnalités qualifiées.

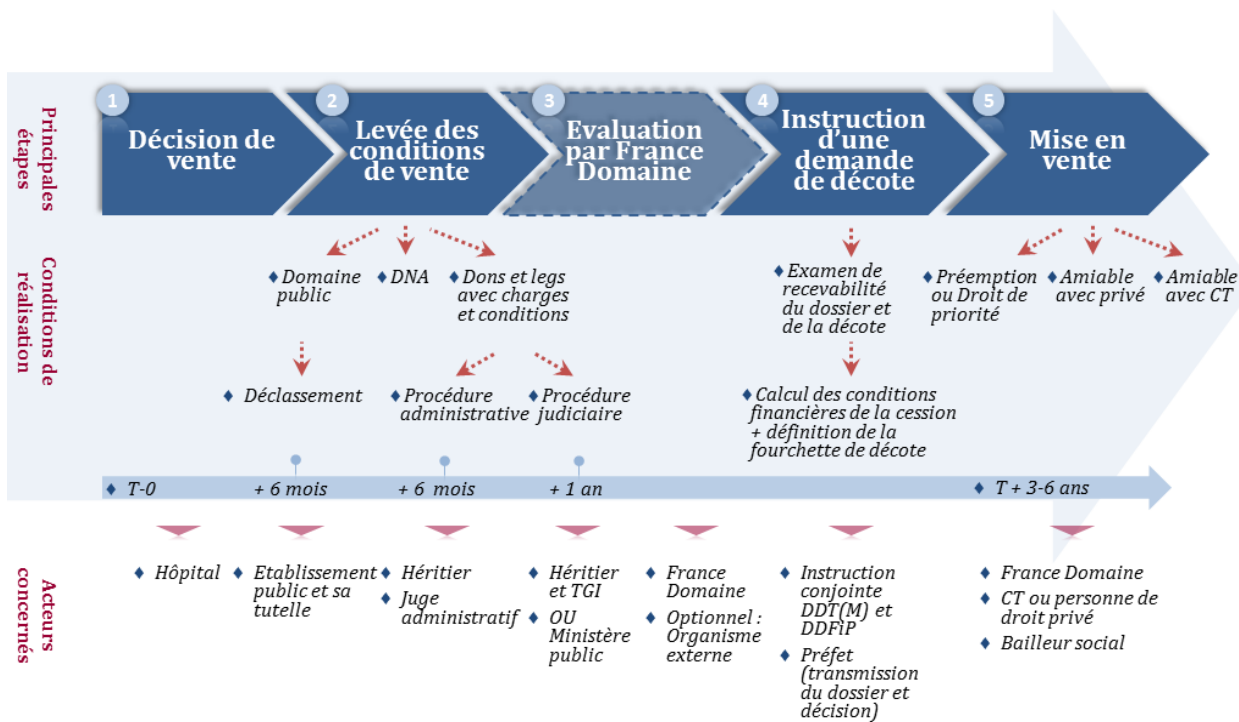
Annexe I

Graphique 1 : Description de la procédure de mise en vente de biens hospitaliers, avant la loi



Source : Mission.

Graphique 2 : Description de la procédure de mise en vente de biens hospitaliers, après la loi



Source : Mission.

Annexe I

Cette marge de négociation sera très utile au moment où la désaffectation des bâtiments hospitaliers au cœur des villes, sur des emprises souvent très vastes, constitue un enjeu majeur de réaménagement urbain pour les collectivités locales. En effet, 99 % du patrimoine hospitalier relève du domaine public et correspond donc à des sites hospitaliers, souvent situés en centre-ville (*cf. annexe II relative à l'examen de la situation financière et patrimoniale des EPS*).

Les collectivités entendent maîtriser la nature et le calendrier des opérations de reconversion en fonction de leurs besoins et jouent, à cet égard, de leur capacité à influencer sur les projets de valorisation du patrimoine des hôpitaux. Les communes ou leurs groupements détiennent en effet les compétences en matière d'urbanisme et peuvent exercer leur droit de préemption. Or les intérêts de l'hôpital et de la collectivité ne sont pas toujours convergents, même si **le maire, qui ne l'est plus de droit, est encore aujourd'hui président du conseil de surveillance dans la plupart des établissements publics de santé.**

Dans les cas où un projet ne trouve pas son équilibre économique, la loi offre au préfet le rôle du médiateur, en appelant les acteurs à l'approfondir. La méthode du compte à rebours n'est qu'un outil permettant d'explorer le champ des possibles, c'est-à-dire l'ensemble des variables à la disposition des acteurs, jusqu'à ce qu'un équilibre soit trouvé.

Le nouveau dispositif peut constituer **un vecteur de fluidification des relations entre les acteurs, facilitant la conclusion d'un accord sans nécessairement pénaliser le vendeur** (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 13 : L'exemple de la cession de la Caserne Gardanne

Le préfet des Alpes-Maritimes a alerté la Ministre de l'Égalité des territoires et du Logement le 5 juillet 2013 sur la situation particulière de la Caserne Gardanne à Roquebrune Cap Martin, ex-base aérienne 943. En effet, l'évaluation de la charge foncière du seul projet présentant plus de 75 % de logements conduit la DNID, après application de la décote, à un prix compris entre 30 et 35 M €, loin des estimations de l'établissement public foncier de Provence Alpes Côte d'Azur (12 M €), qui s'appuie sur la constructibilité admise par le POS actuel. Cette évaluation est également éloignée des accords du « Pacte Foncier 06 » de 2009 sur initiative de la DDTM en vue d'un meilleur encadrement des prix du foncier sur la Côte d'Azur pour le logement social, qui aboutiraient à un prix de l'ordre de 25 M€.

Dans leur réponse conjointe, les services des deux ministères (Service France Domaine, Délégation à l'action foncière et immobilière) posent quelques principes :

- la décote est appliquée aux charges foncières libres qui constituent ainsi la référence incontournable ;
- la loi de 2013 n'a pas pour but de transférer à l'État les efforts qui relèvent des bailleurs sociaux et des collectivités locales. Une optimisation de la densification urbaine du programme est une voie d'équilibre possible du projet présenté. Une contribution de la collectivité au projet pourrait être la contrepartie de la réalisation d'un projet qui lui éviterait une pénalité au titre de ses obligations SRU.

Ces différentes dispositions ne modifient donc pas radicalement l'équilibre des relations entre les acteurs :

- ◆ elles ne lèvent pas les différents risques de blocage évoqués précédemment ;
- ◆ elles associent les services de l'État, sans toutefois revenir sur un équilibre plutôt favorable aux collectivités locales dans les négociations ;
- ◆ elles s'appliquent à un périmètre restreint de cessions, pour lesquelles l'opération de construction de logement peut être réalisée dans un délai de 5 ans (*cf. annexe III*) ;
- ◆ elles n'accroissent pas, dans certains cas, le poids de la décote imposée sur le prix de cessions (*cf. annexe III*).

2. Les modalités d'application concrètes de la loi relativisent les risques mis en avant par le secteur hospitalier, dès lors qu'elles s'accompagnent de précautions supplémentaires

Si la loi de 2013 laisse dans l'ombre quelques notions, et, notamment, la notion centrale de la valeur de référence, les instructions données aux services, qui comportent de nombreux exemples concrets, permettent de lever les ambiguïtés.

Compte tenu du nombre important d'EPS (près de 1 000 établissements autonomes), un dispositif général de type transport n'est pas pertinent. En revanche, le dispositif de gouvernance actuel ne prévoit pas une correcte représentation du secteur de la santé, notamment au niveau régional, l'intervention du DGARS n'étant pas prévue. L'importance des enjeux de restructuration hospitalière pour une meilleure réponse aux besoins de la population doit pouvoir être prise en compte.

2.1. Les craintes portant sur l'obligation de vendre et sur l'existence d'une double décote sont peu fondées

2.1.1. La loi n'impose pas de vendre son patrimoine, mais entend favoriser une négociation entre les acteurs

Une des craintes de certains établissements publics de santé est l'obligation de vendre, ou encore l'inscription sur la liste par le préfet de région d'un bien sans leur accord. Cette crainte n'est justifiée ni en droit ni dans l'esprit de la loi.

Les personnes publiques ne sont tenues à aucune obligation de vendre des biens inutilisés, l'article L. 3211-1 n'en faisant pour l'État qu'une possibilité.

Si la loi de 2013 prévoit bien que la décote est de droit si deux conditions cumulatives sont réunies et notamment dès lors que **les terrains appartiennent à une liste établie par le préfet de région, rien ne permet qu'un terrain figure sur la liste sans l'accord de son propriétaire.**

Certes, le rôle du Préfet de région est bien de faciliter la négociation entre les acteurs dont les comportements pourraient conduire à un blocage :

- ◆ les représentants des collectivités locales qui disposent avec le PLU des attributs locaux permettant de définir les contraintes en matière d'urbanisme, et pèsent sur le prix de cession ;
- ◆ les établissements publics de santé qui peuvent, à défaut d'un prix suffisant, renoncer à la vente et éventuellement préférer l'emprunt, qu'il est toujours possible de gager sur son patrimoine sur longue durée.

Mais **les « prérogatives du propriétaire » sont intactes :**

- ◆ pour les terrains État, c'est le préfet de région, représentant de l'État, qui arrête et publie la liste régionale de « terrains à vendre ». Ce sont également le préfet et le DDFiP qui concourent à la cession effective d'un bien. L'État a donc toute l'autorité « du propriétaire » pour décider de ce qu'il veut mettre en vente, et de ce qu'il vend effectivement ;
- ◆ les collectivités locales ont la faculté de demander l'inscription d'un terrain dans la liste régionale (L3211-7), mais l'État reste libre de donner une suite favorable ou non à cette demande ;

Annexe I

- ◆ en revanche le champ d'application de la loi de 2013 n'est pas limité à ces listes régionales. L'enjeu est bien pour le propriétaire de décider de mettre en vente ou non (peu importe qu'il le fasse de lui-même ou en réponse à une « sollicitation spontanée d'un acquéreur potentiel ») et en fin de négociation, de confirmer ou non son accord pour vendre, aux conditions négociées.

Décliné pour les établissements publics (EP), il est prévu dans les textes d'application en cours de validation :

- ◆ que **l'inscription d'un terrain EP dans la liste régionale des « terrains à vendre » soit assujettie à l'accord exprès de l'EP ;**
- ◆ que **la vente d'un terrain EP soit assujettie à l'accord de l'EP.**

Ces principes sont rappelés dans les futurs articles R.3211.32.4³² et R.3211.32.7³³ du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) créés par le projet de décret en Conseil d'Etat relatif aux conditions d'aliénation des terrains visés par la loi³⁴.

Ce décret, dont la publication devrait intervenir prochainement, rappelle les prérogatives reconnues au propriétaire. En effet, l'inscription du terrain ou le principe de la décote, selon ces textes, ne pourraient intervenir qu'« (...) *après avis conforme de l'organe compétent de l'établissement concerné* » soit, pour les établissements publics de santé, leur directeur après avis du conseil de surveillance³⁵.

Ces articles, qui confirment les droits du propriétaire, doivent être étendus à l'ensemble des établissements publics. Ils constituent une garantie fondamentale pour les EPS et un garde-fou dans la négociation avec les communes.

Il convient de souligner que le champ d'application de la loi de 2013 n'est pas limité à ces listes régionales, même si l'inscription sur la liste correspond à une intention de vendre. En effet, la décote s'applique à tous, et de la même façon, dès lors qu'une cession est réalisée, que le bien figure sur la liste ou non.

La mission estime que, appliqués au champ des établissements publics de santé, ces articles sont de nature à conforter leurs prérogatives de propriétaire et à les protéger de toute vente à un prix anormalement bas. Elle recommande en conséquence que ces principes fassent l'objet d'une déclinaison spécifique aux EPS.

Proposition n° 1 : Prévoir dans le décret d'application de la loi aux établissements publics de santé l'inscription des articles R.3211.32.4 et 3211.32.7 tels qu'ils ont été rédigés dans le projet de décret relatif aux établissements publics de l'État du secteur des transports.

³² Article R.3211.32.4 : « Il est procédé à l'inscription des terrains mentionnés à l'article R. 3211-32-1 sur la liste prévue au II de l'article L. 3211-7 dans les conditions fixées à l'article R. 3211-16. Toutefois, **cette inscription ne peut avoir lieu qu'après avis conforme de l'organe compétent de l'établissement public concerné.** »

³³ « Art. R. 3211-32-7. - I. - Lorsque les conditions prévues aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-7 sont remplies, une décote est applicable de droit sur la valeur vénale du terrain pour la part de logements à réaliser mentionnés au II de l'article R. 3211-15, ainsi que, le cas échéant, pour la part d'équipements publics destinés en tout ou partie aux occupants de ces logements.

« Dans le cas contraire, le préfet de département décide du principe de la décote applicable à la part des logements à réaliser mentionnés au II de l'article R. 3211-15, **après avis conforme de l'organe compétent de l'établissement public concerné (...).**

³⁴ Projet de décret relatif aux conditions d'aliénation des terrains du domaine privé des établissements publics de l'État, ou dont la gestion leur a été confiée par la loi, prévues à l'article L.3211-13-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

³⁵ Article L 6143-1 CSP.

2.1.2. Le risque d'une double décote est exclu dans les instructions données aux services

Les instructions données aux services relatives à l'application d'une décote³⁶ rappellent quelques principes et illustrent par des exemples précis le rôle des acteurs et la démarche d'instruction en 14 étapes, y compris en matière de décote, précisant notamment que :

- ◆ l'instruction d'une demande de décote est réalisée par la DDT(M) et la DDFIP dans le respect des compétences réglementaires de chacun mais dans un mode coopératif et d'information réciproque. La DDT(M) examine la recevabilité de la demande, vérifie le contenu du programme, ses éléments financiers et le calendrier prévisionnel de réalisation (respect du délai de 5 ans) et s'assure du respect des deux conditions légales d'obtention d'une décote de droit ;
- ◆ il ne peut y avoir de décote en l'absence de connaissance précise du programme immobilier ;
- ◆ la détermination de la charge foncière supportable par l'opération résulte d'un calcul de compte à rebours (...) ; si l'opération n'était pas viable sur la base du programme proposé, trois voies sont proposées : la densification du programme, la division parcellaire du terrain, la recherche de nouvelles sources de financement ;
- ◆ le montant et le taux de la décote dépendent d'une part de la catégorie à laquelle les logements sociaux appartiennent, d'autre part de la prise en considération des circonstances locales. Ils s'appliquent à la valeur vénale du terrain cédé. **C'est la DDFIP qui transmet à la DDT(M) la charge foncière « valeur de référence », dite « charge foncière libre », définie dans l'instruction comme « la charge foncière applicable à un terrain destiné à un programme de logements en accession libre ».** La DDT(M) rassemble les éléments utiles à la prise en compte des « circonstances locales ».

Si la définition de la valeur de référence sur laquelle s'applique la décote n'était pas suffisamment explicite, l'instruction précise que, **« *quelles que soient les prescriptions du PLU en matière de construction de logements sociaux, la décote est calculée compte tenu de la part sociale du programme de construction, par différence avec un programme qui ne comporterait que des logements libres* ».** Ceci permet :

- ◆ de faire apparaître à sa juste valeur l'intégralité de la baisse du prix de foncier consentie par l'État pour permettre la construction de logements sociaux ;
- ◆ et d'éviter de procéder à une double décote, la décote n'ayant pas pour objet de constituer un rabais supplémentaire au-delà du prix de cession consenti, qui intègre déjà la décote correspondant à la part sociale réelle du programme.

Ces précisions sont donc de nature à prévenir toute contestation sur la méthode, **pour autant qu'elles soient largement diffusées et connues des ARS et des établissements publics de santé.**

Le seul cas d'application de la nouvelle loi mené à terme concerne la cession de la caserne Martin à Caen. La méthode du compte à rebours a bien été utilisée et fait apparaître une décote selon la nature des logements sociaux programmés (40 % pour le PLAI, 35 % pour le PLUS et 25 % pour le PLS, soit une décote moyenne de 33,79 %) et de la zone concernée (B2 dans le cas d'espèce).

³⁶ Instruction DGFIP n°2013-05-4583 de mai 2013

2.1.3. Néanmoins, la loi de 2013 ne garantit pas plus qu'avant le rapprochement des points de vue entre vendeur et acheteur

Avant la loi de 2013, les communes disposaient déjà avec le PLU et le permis de construire de la maîtrise de leur foncier, imposant aux propriétaires des contraintes pesant sur le prix des terrains et de l'immobilier en général. Afin de favoriser le développement du logement social, l'État a depuis 2004 libéré progressivement des parcelles au profit des communes, à un prix inférieur à la valeur vénale, dans des conditions prévues par la loi. Il a, en contrepartie, imposé aux communes un quota de logements sociaux, sous peine de pénalités. La loi de 2013 a accru les quotas et les pénalités, mais a autorisé une décote plus importante sur la valeur des biens cédés.

La loi a également introduit le préfet dans la négociation entre les acteurs afin d'éviter les blocages. Cependant, la détermination du prix de cession selon la méthode du compte à rebours, qui permet de mesurer la décote par rapport à un prix de référence sans lien avec le PLU, **déconnecte de fait le propriétaire public vendeur de la commune acheteur, dont le PLU reste l'outil de rationalisation de son espace**. En ne rapprochant pas les points de vue, elle laisse les acteurs face à face, comme c'était le cas auparavant.

Dans ce contexte, les acteurs hospitaliers sont démunis. En effet, parties prenantes d'un secteur en pleine restructuration de l'offre dont les contraintes budgétaires n'ont jamais été aussi importantes, ils ont besoin d'une correcte valorisation de leur patrimoine immobilier, qui constitue de plus en plus une part importante du financement des projets. **Assujettis de fait à la loi antérieure, comme soumis au PLU, la loi de 2013 réduit leur marge de manœuvre sans leur donner de capacité nouvelle de négociation.**

2.2. Des garde-fous devraient être apportés en matière de gouvernance

L'esprit de la loi est de favoriser le dialogue entre les parties, avec la mise en place de mécanismes de gouvernance favorisant la négociation.

Le secteur des transports a négocié un plafonnement de la décote tenant compte de la situation financière des établissements concernés.

Cette solution trouve difficilement à s'appliquer aux EPS compte tenu de leur nombre (1 000), mais aussi de la destination des fonds provenant de la cession de leur patrimoine privé. C'est davantage la notion de projet de restructuration immobilière visant à améliorer l'offre de soins hospitaliers qui constitue le cœur des préoccupations de la politique de santé en matière immobilière.

2.2.1. Les propositions retenues pour les établissements publics de transport ne peuvent pas être transposés au secteur de la santé sans adaptation compte tenu du nombre et de la diversité des EPS

Lors de la préparation de la réunion interministérielle d'arbitrage (RIM) du 15 juillet 2013 portant sur le projet de décret relatif à la mobilisation du foncier public appliquée aux établissements publics de l'État intervenant dans le domaine des transports, il avait été proposé initialement que des mécanismes de plafonnement de la décote interviennent lorsque la situation financière des établissements le justifiait. Pour ce faire, des valeurs plafond des ratios déclenchant l'adaptation de la décote étaient prévues au vu des projections de l'évolution des valeurs de ces ratios :

- ◆ pour la RATP et la SNCF, de telle sorte que le système de décote s'appliquât complètement, au même niveau que pour les terrains de l'État ;

Annexe I

- ◆ pour RFF, en prenant en compte la situation financière très dégradée de l'établissement, qui justifiait une adaptation du taux de décote, la valeur plafond du ratio déclencheur devant toutefois être fixée sans rechercher de références aux « comparables » ;
- ◆ pour VNF, EPA et opérateur de l'État, l'adaptation du système de décote ne s'appliquait, sous réserve de l'examen de ce sujet au Conseil d'État, qu'au domaine privé de l'établissement, la valeur plafond du ratio déclencheur ne devant pas exclure systématiquement chaque année l'établissement de la pleine application du système de décote (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 14 : Les dispositions initialement prévues pour les opérateurs de transport

Les modalités de détermination du prix de cession qui résulterait de l'application de ces dispositions peuvent être adaptées **en fonction de la situation financière de l'établissement, appréciée au regard du ratio « dette financière nette sur excédent brut d'exploitation »** ou, si l'établissement n'est pas autorisé à s'endetter, **du ratio « dette d'exploitation nette des créances d'exploitation et des stocks sur fonds de roulement »**, calculés sur la base des derniers comptes sociaux publiés.

Chacun des établissements publics concernés transmet chaque année avant le 1^{er} avril aux ministres chargés de la tutelle de l'établissement public concerné, du logement, de l'économie et du budget les éléments permettant de déterminer la valeur du ratio susmentionné, ainsi que le montant cumulé des décotes consenties au cours de l'année précédente pour des terrains répondant aux critères de l'article R. 3211-14 du présent code et le programme des cessions de tels terrains envisagées pour une période annuelle ou pluriannuelle donnée.

Lorsque, pour un établissement, le ratio susmentionné dépasse la valeur fixée dans le tableau suivant, un arrêté conjoint des ministres chargés de la tutelle de l'établissement public concerné, du logement, de l'économie et du budget **peut déterminer pour cet établissement le plafond du taux global de décote**, tel que défini au VI de l'article R3211-15, applicable lors de la cession de terrains répondant aux critères de l'article R. 3211-14 du présent code.

Le ratio de situation financière était déterminé pour chaque établissement (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Ratios définis par opérateur de transport

	Ratio de situation financière
Régie autonome des transports parisiens	5,0*
Réseau ferré de France	17,0*
Société nationale des chemins de fer français	3,5*
Voies navigables de France	0,8**

Source : projet de décret.

* dette financière nette sur excédent brut d'exploitation

** dette d'exploitation nette des créances d'exploitation et des stocks sur fonds de roulement

Les valeurs figurant au tableau du présent article sont actualisées par décret pour tenir compte de l'évolution de la situation de ces établissements.

Devant la complexité du dispositif pour quatre établissements dont la situation financière est bien connue, la décision a finalement consisté :

- ◆ à confirmer la présence des quatre établissements (SNCF, RATP, VNF et RFF) dans la liste des EP pour lesquels la loi s'applique ;
- ◆ à n'appliquer le régime dérogatoire prévu au II de l'article L. 3211-13-1 du CG3P qu'à un seul de ces établissements, RFF, « compte tenu de sa situation financière dégradée », ;
- ◆ à valider le projet de décret dans lequel RFF se voit appliquer un plafonnement global de la décote de 30 %, jusqu'au 31 décembre 2016.

Cette situation n'est pas comparable à celle des établissements publics de santé, dont la situation financière comme patrimoniale est trop variée pour qu'un ratio uniforme de situation financière trouve à s'appliquer de manière pertinente.

2.2.2. En revanche, la conciliation des objectifs des deux politiques publiques nécessite un aménagement de la gouvernance

Des entretiens menés avec les établissements publics de santé, il ressort que le financement des grands projets de restructuration immobilière sont les plus difficiles à financer et nécessitent souvent une part croissante de financement sur fonds propres. Il peut s'agir :

- ◆ d'une extension ou d'une adaptation des biens immobiliers existants, qu'un financement par cession du patrimoine privé rend possible ;
- ◆ d'un changement d'implantation à la périphérie d'une ville, avec libération du foncier du domaine public en centre-ville. Un déclassement est alors nécessaire. La cession de l'ancienne implantation est souvent un élément important du financement du nouveau projet.

C'est ainsi par exemple que l'AP-HP a assuré la fermeture de sites (Broussais, Boucicaut, Laennec, Saint-Vincent-de-Paul) pour optimiser son offre de soins et autofinancer des investissements majeurs (cession de Laennec, Boucicaut et Broussais pour financer à plus de 80 % le nouvel hôpital européen Georges Pompidou, cession de Saint-Vincent-de-Paul pour financer la maternité de Port Royal).

Or ces projets sont validés par les ARS dont la mission est de veiller à une bonne implantation géographique de l'offre hospitalière, tenant compte des besoins locaux et des financements disponibles. En effet, **l'ARS doit être à même de jouer son rôle de coordination au vu des schémas directeurs immobiliers que chaque hôpital doit élaborer**. Mais l'ARS ne figure pas dans le dispositif de gouvernance organisé autour du Préfet de région sur ce sujet. Or, d'un strict point de vue institutionnel, il convient de souligner que le préfet de région n'est plus le « représentant de l'État dans la région » pour les affaires sanitaires et sociales, cette fonction incombant au directeur général de l'ARS. Il importe donc que l'inscription à la liste du préfet de région ne puisse se faire sans l'avis exprès de l'ARS sur l'ensemble des éléments constitutifs de la cession (*voir propositions en annexe III*).

2.2.3. Enfin, la loi est encore méconnue et mériterait un effort de pédagogie

Les entretiens réalisés par la mission ont montré que la loi de 2013 n'était souhaitée par aucun acteur et suscitait encore de nombreuses craintes dans l'esprit de certains responsables d'établissements publics de santé, comme des demandes exorbitantes du droit en matière de gratuité des terrains publics. Une communication accrue sur le contenu de la loi, que les instructions des services précisent utilement avec force exemples, paraît encore indispensable.

La mission a ainsi pu constater combien grande était l'ignorance des dispositions de la loi du 18 janvier 2013. Dans le même temps elle a également relevé que France Domaine et la délégation de l'action foncière et l'immobilier (DAFI) du ministère de l'écologie avaient produit des fiches illustrées d'exemples à destination de leurs services déconcentrés.

Dans ce contexte de dispersion des acteurs, le partage des connaissances de base mais aussi d'expériences menées localement, sont autant de facteurs qui faciliteront les négociations locales.

Annexe I

Aussi la mission préconise-t-elle deux actions en parallèle pour mettre en œuvre une vraie pédagogie de la loi ainsi qu'une meilleure professionnalisation des acteurs :

- ◆ **assurer la diffusion des fiches élaborées par France Domaine et la DAFI auprès de l'ensemble des ARS et des EPS.** Une telle action pourrait être utilement relayée par l'organisation dans les régions de séminaires destinés à une présentation commentée de ces documents ;
- ◆ **mettre en place une mission nationale d'appui intervenant à la demande des EPS et pouvant les accompagner dans leurs démarches de cession.** Les établissements de santé, en lien avec les ARS, peuvent d'ores et déjà s'appuyer sur l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), dans le cadre des accompagnements à la valorisation des biens qu'elle conduit sur appel d'offres depuis 2010 (*cf. annexe II sur la situation financière et patrimoniale des EPS*). Ce rôle de soutien méthodologique et technique pourrait être prolongé dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 18 janvier 2013 au monde hospitalier (*voir propositions en annexe III*).

ANNEXE II

Examen de la situation financière et patrimoniale des EPS

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. EN DÉPIT D'UNE CONNAISSANCE ENCORE TRÈS APPROXIMATIVE DU PATRIMOINE HOSPITALIER, LES CESSIONS D'ACTIFS FONCIERS APPARAISSENT COMME UNE SOURCE UTILE DE FINANCEMENT COMPLÉMENTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS	2
1.1. La valorisation du patrimoine hospitalier relève encore de démarches individuelles et empiriques, sans recensement national autre que comptable.....	2
1.1.1. <i>Les données relatives au foncier hospitalier ne permettent pas de dresser un panorama exhaustif des actifs mobilisables en faveur de la construction de logements.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Le patrimoine foncier des EPS est constitué majoritairement d'actifs du domaine public, dans des zones peu tendues du marché du logement.....</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>La valorisation du foncier hospitalier suppose, par ailleurs, la prise en compte de contraintes juridiques et techniques particulières.....</i>	<i>11</i>
1.2. Les produits de cession sont devenus un enjeu de financement complémentaire pour les établissements de santé.....	13
1.2.1. <i>Les établissements de santé sont incités à valoriser leur patrimoine depuis 2007, afin de dégager de nouvelles ressources financières.....</i>	<i>13</i>
1.2.2. <i>S'ils sont globalement stables sur la période 2012-2016, les produits de cession occupent une place croissante dans le financement de projets d'investissement en baisse.....</i>	<i>14</i>
1.2.3. <i>Certaines opérations sont emblématiques du lien entre les produits de cession et le financement des projets d'investissement, même si beaucoup de cessions ont été réalisées en réponse à des besoins de liquidité immédiats.....</i>	<i>18</i>
2. LE POIDS DE L'ENDETTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ RENFORCE L'UTILITÉ DES RECETTES DE CESSION, DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR DES EXIGENCES ACCRUES D'AUTOFINANCEMENT DES PROJETS D'INVESTISSEMENT ...	22
2.1. En dépit d'une amélioration de leur résultat et de leur capacité d'autofinancement, la situation financière des EPS demeure fragilisée par le poids de leur dette.....	23
2.1.1. <i>Les données provisoires pour 2012 indiquent une amélioration du résultat global des établissements publics de santé, imputable à des facteurs conjoncturels</i>	<i>23</i>
2.1.2. <i>À champ comptable constant retraité des PPP, les dépenses d'investissement décélèrent et reviennent à un niveau proche de celui de 2007.....</i>	<i>26</i>
2.1.3. <i>Le poids de leur dette fragilise les établissements publics de santé, même si leur trajectoire globale d'endettement décroît</i>	<i>27</i>
2.1.4. <i>La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé se stabilise mais demeure grevée par le remboursement des dettes financières.....</i>	<i>29</i>
2.2. La nouvelle procédure d'instruction des dossiers d'investissement hospitalier accroît les exigences en matière d'autofinancement par les établissements.....	31
2.2.1. <i>Cette stratégie nationale vise un renforcement de la sélectivité des projets via les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS)</i>	<i>31</i>
2.2.2. <i>Le renforcement de l'autofinancement des projets d'investissement est affirmé comme l'une des conditions-clefs de leur validation</i>	<i>33</i>

Introduction

Afin de mesurer l'impact de la loi du 18 janvier 2013 de mobilisation du foncier public pour la construction de logements sociaux sur les établissements de santé, la mission a consacré une partie de ses travaux à l'analyse de la situation financière et patrimoniale de ces derniers.

En effet, les établissements de santé sont soumis à des contraintes financières croissantes, dans un contexte de réduction progressive de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les recettes de cession apparaissent, dans ce cadre, comme un gisement de financements complémentaires pour les établissements de santé, que leurs tutelles incitent à mobiliser pour les projets d'investissement à venir.

La présente annexe a donc pour objet de mesurer plus précisément ces enjeux de la politique de valorisation du patrimoine pour les établissements publics de santé, sous les deux aspects suivants :

- ◆ dans un premier temps, à partir d'un panorama sommaire des actifs fonciers hospitaliers, elle met en évidence l'intérêt croissant porté par les établissements de santé et leurs tutelles pour les produits de cession de leurs actifs immobiliers, dans leurs perspectives pluriannuelles de financement ;
- ◆ dans un second temps, elle montre que la situation financière des établissements publics de santé, grevée par une dette persistante, appelle à une mobilisation renforcée de ces recettes complémentaires, afin de favoriser l'autofinancement de leurs projets d'investissement.

1. En dépit d'une connaissance encore très approximative du patrimoine hospitalier, les cessions d'actifs fonciers apparaissent comme une source utile de financement complémentaire pour les établissements

1.1. La valorisation du patrimoine hospitalier relève encore de démarches individuelles et empiriques, sans recensement national autre que comptable

1.1.1. Les données relatives au foncier hospitalier ne permettent pas de dresser un panorama exhaustif des actifs mobilisables en faveur de la construction de logements

1.1.1.1. *Le patrimoine hospitalier ne peut être examiné, de façon globale, qu'au travers de données comptables, qui n'en donnent qu'une image approximative et partielle*

Au-delà de la valeur historique des actifs telle qu'elle figure dans les comptes des établissements, **il n'existe pas d'inventaire consolidé du patrimoine des établissements publics hospitaliers.**

Ce manque d'information fait écho à **un défaut plus général de données sur le foncier public mobilisable** (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 1 : Le défaut général d'information sur le foncier public mobilisable à l'échelle nationale

Les outils de connaissance du foncier public ne permettent pas d'identifier directement la part mobilisable en faveur de la construction de logements en zone tendue.

Le **module immobilier de Chorus (RE-FX)**, déployé en avril 2009, recense de manière exhaustive les biens immobiliers de l'État. Il présente toutefois trois limites, qui le rendent difficilement utilisable pour identifier le foncier public mobilisable en vue de la construction de logements :

- les données qu'il contient sur les biens immobiliers des opérateurs de l'État sont très partielles ; il n'existe pas de données relatives aux établissements publics de santé ;
- il n'indique pas l'utilisation faite du bien par l'administration affectataire ; il n'est donc pas possible d'identifier les immeubles sous-occupés ou laissés vacants ;
- il n'indique pas le zonage PLU applicable, et ne permet donc pas de distinguer les terrains ou les bâtiments situés dans les zones constructibles.

La politique de mobilisation du foncier public en faveur de l'offre de logement, initiée en 2004, a donné lieu à un recensement du foncier public mobilisable pour la construction de logements. Le processus d'identification mis en place relève toutefois d'une **démarche essentiellement déclarative**, qui repose sur des outils perfectibles. La délégation à l'action foncière et immobilière (DAFI) a initié cette démarche de recensement en 2004. Une circulaire du Premier ministre du 30 septembre 2005 a demandé à l'ensemble des ministères de procéder au recensement du patrimoine immobilier affecté à leurs services ou à leurs opérateurs et susceptible de faire l'objet d'une cession. Il a parallèlement été demandé aux préfets de procéder au même recensement pour les services déconcentrés.

Cette procédure ne constitue qu'un repérage, ayant servi de base de référence pour les programmes de mobilisation du foncier public 2008-2012 et 2012-2016. L'enrichissement en continu du programme de mobilisation du foncier public dépend essentiellement du pilotage assuré par le préfet de département, qui s'est révélé très inégal, y compris dans les zones tendues.

Par ailleurs, **la majorité des établissements publics a été peu impliquée dans la mobilisation du**

Annexe II

foncier public, et tout particulièrement les établissements de santé. Seule l'AP-HP a participé, de manière très modeste, à cet exercice (un terrain mobilisé pour 2008-2012, six terrains déclarés mobilisables entre 2012 et 2016). Les autres établissements de santé n'ont pas été associés.

La valeur comptable brute des actifs fonciers et immobiliers de l'ensemble des EPS, telle qu'elle résulte de leurs bilans comptables, s'est élevée en 2012 à **60,6 Md€**. **Cette valeur comptable correspond à la valeur historique des biens¹, déterminée au moment de leur entrée dans l'actif des établissements.**

Par ailleurs, il n'existe pas de données consolidées sur :

- ◆ **la valeur vénale des actifs fonciers** des établissements ;
- ◆ **la localisation ou les caractéristiques physiques de ces actifs** (telles que le nombre de terrains ou leur taille) ;
- ◆ **l'utilisation actuelle et potentielle des biens :**
 - ni sur le caractère inemployé/désaffecté ou sous-occupé du bien ;
 - ni sur le zonage PLU (terrain constructible ou non).

Si un inventaire de leur patrimoine a été réalisé par certains établissements, individuellement, tels que l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou les Hospices civils de Lyon, cette démarche n'a pas été généralisée à l'ensemble des EPS, ce qui fait obstacle à toute analyse exhaustive.

En outre, le patrimoine foncier des établissements de santé se compose à la fois de biens relevant du domaine public, qui ne sauraient être vendus qu'au terme d'une procédure de déclassement (*cf. infra*), et de biens relevant du domaine privé, c'est-à-dire de la dotation non affectée (DNA) (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 2 : Caractéristiques du patrimoine public et privé des EPS

Le patrimoine des personnes publiques se décompose en deux grandes catégories :

- **les biens relevant du domaine public**, constitués – au terme de l'article L. 2111-1 du CG3P – soit des biens affectés à l'usage direct du public, soit des biens affectés à un service public, pourvu qu'en ce cas ils fassent l'objet d'un aménagement indispensable à l'exécution des missions de ce service public ; les biens relevant du domaine public sont inaliénables et imprescriptibles ; ils ne peuvent être cédés qu'après un déclassement ;
- **les biens relevant du domaine privé** des personnes publiques, auquel appartiennent notamment les immeubles de bureau et les réserves foncières, qui peuvent faire l'objet d'une cession.

Le patrimoine foncier et immobilier des EPS est essentiellement utilisé pour des missions hospitalières, il comporte également des biens non affectés aux soins, relevant du domaine privé. Il s'agit de **la dotation non affectée (DNA)**, du nom du budget annexe au budget général de l'hôpital, rassemblant des biens souvent entrés en possession de l'établissement à la suite de dons et legs.

Le montant total est inscrit au bilan des hôpitaux pour sa valeur historique de 484 M€ en 2012, mais il ne peut rendre compte de la valeur de marché potentielle des biens concernés. Celle-ci dépend de multiples facteurs liés à l'état du bien mis en vente, à sa destination et au marché immobilier local.

Selon les données fournies à la demande de la Cour des comptes² par la DGFIP, les résultats de la DNA se sont établis en moyenne à 83 M€ par an sur la période 2002-2010, dont 25 M€ de résultat d'exploitation (gestion courante) et 57 M€ de produits nets de cessions. Seule la moitié des établissements publics de santé (476 sur 955) disposent d'un budget annexe au titre d'une dotation non affectée – dont la plupart des centres hospitaliers universitaires (CHU) –. Toutefois, en l'absence de règles claires sur la répartition entre le budget général et le budget annexe des établissements, **les comptes de la DNA sont d'une fiabilité limitée.**

¹ La nomenclature comptable des établissements de santé, la M21, prévoit une comptabilisation des immobilisations au coût historique (valeur brute).

² Rapport de la Cour des comptes sur le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, 2012.

Le gisement de patrimoine foncier hospitalier cessible ou mobilisable pour la construction de logements est difficilement identifiable, dans la mesure où les données existantes sur le patrimoine privé sont approximatives. Aucune estimation globale de la valeur actualisée du patrimoine privé des hôpitaux n'est disponible, aucun recensement national n'existant pour l'heure.

Par conséquent, la mission n'a pu dresser un panorama d'ensemble du patrimoine hospitalier qu'à partir des seules données comptables (cf. partie 1.2.), dont la valorisation au coût historique ne constitue qu'une approximation très imparfaite.

1.1.1.2. L'évolution des règles comptables dans le cadre de la certification des comptes des EPS ne prévoit pas une modification substantielle de l'enregistrement du foncier hospitalier

La Cour des comptes avait recommandé en 2012, dans son rapport sur le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins³, d'« améliorer l'information budgétaire et comptable relative au patrimoine immobilier hospitalier privé en précisant systématiquement dans des annexes aux états financiers la valeur de marché des biens non affectés aux soins ».

Pour autant, **l'arrêté du 27 novembre 2012** relatif au compte financier des établissements publics de santé, qui a précisé les modalités et le cadre de présentation du nouveau compte financier dans la perspective de la certification des comptes des établissements publics de santé, **maintient la règle de valorisation au coût historique.** Ainsi, l'état F10 qui correspond au tableau des immobilisations sera toujours renseigné selon le principe du coût historique.

La réponse du ministre du travail, de l'emploi et de la santé au rapport déjà mentionné de la Cour des comptes précise toutefois que : « Dans le respect du principe de prudence, rien n'interdit, dans l'inventaire de l'ordonnateur et, le cas échéant, dans les annexes des états financiers, si ces éléments sont significatifs, de mentionner les éventuelles plus-values potentielles au titre des actifs cessibles de la DNA sur la base d'une évaluation en valeur de marché. » Ces précisions ponctuelles ne peuvent apporter que des éclairages à la marge, sans améliorer significativement l'information sur le patrimoine foncier des établissements.

La DGOS, avec le soutien de l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) a prévu d'engager la réalisation d'un inventaire consolidé au travers de l'application informatique « OPHELIE » (outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements publics de santé). Cet observatoire serait partagé entre les établissements, les agences régionales de santé (ARS) et la DGOS. Il contiendrait notamment des **informations relatives à la valeur du patrimoine immobilier** : la valeur « de remplacement » pour les biens du domaine public et la valeur vénale pour les biens du domaine privé (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 3 : L'outil « OPHELIE »

L'outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements publics de santé (OPHELIE) est une application informatique mise à disposition des EPS, autour de cinq domaines contenant 60 indicateurs de performance :

- la maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques ;
- la maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine ;
- l'adéquation fonctionnelle des locaux ;

³ Rapport précité.

Annexe II

- la performance environnementale ;
- le management de la fonction immobilière.

Dans le domaine de la maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine, trois thèmes ont été identifiés :

- **le dimensionnement du parc aux besoins de l'établissement**, avec des indicateurs de surfaces et des données relatives aux surfaces vacantes ;
- **la valeur du patrimoine immobilier**, avec l'indication de la « valeur de remplacement » pour les biens du domaine public et la valeur vénale pour les biens du domaine privé ;
- **le coût global immobilier**, décliné dans ses différentes composantes, y compris le rendement locatif des biens du domaine privé mis à bail et les revenus locatifs pour les locaux du domaine public occupés par des tiers.

Source : DGOS.

Cet outil, qui devait être déployé en 2012, est toujours en cours d'expérimentation dans certaines régions pilotes (Franche-Comté et Pays de la Loire) et devrait être mis en place progressivement à partir de la fin de l'année 2013, en prenant en compte prioritairement les établissements concernés par la certification des comptes. La phase de déploiement de l'ensemble des fonctionnalités et des indicateurs est prévue pour 2015.

Si le déploiement de l'application « OPHELIE » permettrait sans doute d'améliorer la connaissance du foncier des établissements de santé, il serait utile de donner une dimension plus normative en amont au recensement et à la valorisation de ce patrimoine. Une annexe aux états financiers des EPS, évaluant l'actif foncier des EPS à sa valeur vénale pourrait ainsi être introduite, ce qui aurait pour avantage :

- ◆ d'obliger les EPS à entreprendre une démarche systématique d'inventaire et de valorisation de leur patrimoine, actualisée chaque année ;
- ◆ de fiabiliser le montant des recettes de cession inscrites dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements ;
- ◆ d'améliorer l'information sur le financement des investissements hospitaliers, dans le cadre des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) (*cf. infra*).

Proposition n° 1 : créer une annexe aux états financiers des EPS évaluant la valeur vénale de leur patrimoine foncier

Dans le prolongement de cet exercice de recensement, il serait utile d'améliorer la formalisation des cessions projetées par les EPS dans le cadre des SRIS. Ces derniers prévoient d'ores et déjà, dans la version qui sera rendue en décembre 2013 : « *un inventaire du patrimoine existant faisant apparaître un bilan des opérations d'investissement réalisées depuis 10 ans ainsi que les capacités foncières ou immobilières mobilisables déjà disponibles pour répondre aux besoins identifiés* »⁴.

La mission a pu constater, au cours de ses déplacements et des entretiens qu'elle a menés avec des directeurs généraux d'ARS, que ce volet patrimonial et foncier était insuffisamment exploité et documenté par les EPS. Par ailleurs, les ARS disposent de peu d'informations pour contre-expertiser les analyses fournies par les établissements dans ce domaine.

Il serait donc utile que les ARS se voient clairement missionnées par le niveau national pour renforcer le volet patrimonial des SRIS, en s'appuyant sur l'annexe préparée par les EPS.

⁴ Instruction n° DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS), validée par le comité national de pilotage (CNP) le 26 avril 2013.

Proposition n° 2 : conditionner la validation des SRIS et des projets d'investissement qu'ils comportent à la réalisation préalable par les EPS de l'annexe relative à la valorisation vénale de leur patrimoine

1.1.2. Le patrimoine foncier des EPS est constitué majoritairement d'actifs du domaine public, dans des zones peu tendues du marché du logement

1.1.2.1. Le foncier hospitalier se compose pour l'essentiel d'actifs bâtis du domaine public

La partie immédiatement cessible du patrimoine des établissements de santé, la dotation non affectée (DNA), représente 484 M€ dans les comptes des EPS en 2012, soit moins de 1 % de l'actif foncier et immobilier des établissements enregistré à sa valeur historique. La Cour des comptes a d'ores et déjà mis en évidence les limites de cette valorisation comptable, en soulignant que ces valeurs de bilan apparaissaient considérablement sous-estimées : « en 2009, le montant des cessions d'éléments d'actifs de la DNA par les 47 établissements qui y ont procédé s'est élevé à 44,1 M€. Leur valeur nette comptable ne représentait que 4 % de ce montant »⁵.

Par ailleurs, l'actif foncier des EPS se compose à 98 % de terrains bâtis ou de constructions sur sol propre (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Répartition des actifs fonciers et immobiliers des EPS par grande catégorie comptable (en €, en 2012)

Type d'actif	Valeur comptable	Part dans le total
Terrains nus	206 994 993	0,34 %
Terrains aménagés	60 212 893	0,10 %
Terrains de gisement	259 745	0,00 %
Terrains bâtis	411 602 251	0,68 %
Agencements et aménagements de terrains	666 675 900	1,10 %
Constructions sur sol propre	59 140 682 034	97,66 %
Ouvrage d'infrastructures et voiries	70 135 699	0,12 %
Total	60 556 563 515	100,00 %

Source : Données DGFIP 2012.

Le patrimoine foncier des hôpitaux, examiné sous le prisme de leur enregistrement comptable, se compose donc pour l'essentiel de terrains bâtis, relevant du domaine public. **Ces derniers ne sont donc pas immédiatement cessibles, puisque leur déclassement est un préalable indispensable à toute opération de vente (cf. infra).**

⁵ Rapport de la Cour des comptes sur le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, 2012.

1.1.2.2. La valeur comptable des actifs fonciers est étroitement corrélée à la taille des établissements de santé

Faute d'éléments consolidés sur la valeur vénale du patrimoine foncier des EPS au niveau national, la mission a esquissé un panorama à partir des données comptables, dont les limites ont d'ores et déjà été soulignées (*cf. supra*). Ces données, issues des comptes financiers pour l'année 2012, ont été traitées en fonction des différents types d'EPS définis par la DGFIP, permettant de les classer en fonction de leur taille, de leur statut juridique et de leur spécialité (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 4 : Panorama des établissements publics de santé

L'analyse du patrimoine inscrit dans les comptes des EPS a porté sur 964 établissements, qui se répartissent selon une typologie couramment utilisée par la DGFIP comme suit :

- l'AP-HP qui est isolée ;
- 30 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui incluent les centres hospitaliers universitaires ;
- 90 anciens « centres hospitaliers spécialisés » (CHS), qui correspondent aux établissements psychiatriques ;
- 464 centres hospitaliers, dont :
 - 119 centres hospitaliers dont le budget est supérieur à 70 M€ ;
 - 201 centres hospitaliers dont le budget est compris entre 20 et 70 M€ ;
 - 144 centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 20 M€ ;
- 328 anciens « hôpitaux locaux » (HL), catégorie d'EPS supprimée sur le plan juridique depuis la loi HPST de 2009⁶ qui l'a fusionnée avec celle des CH ; cette catégorie permet néanmoins d'isoler les établissements de petite taille, souvent situés en zone rurale ;
- 42 syndicats inter-hospitaliers (SIH), établissements publics de coopération entre EPS dont la création a été arrêtée en 2005 ; ces établissements ont normalement vocation à être transformés en groupements de coopération sanitaire (GCS) ;
- 9 établissements nouvellement créés, non référencés.

Le patrimoine foncier des EPS, valorisé à son coût historique, est surtout concentré dans les établissements de grande taille :

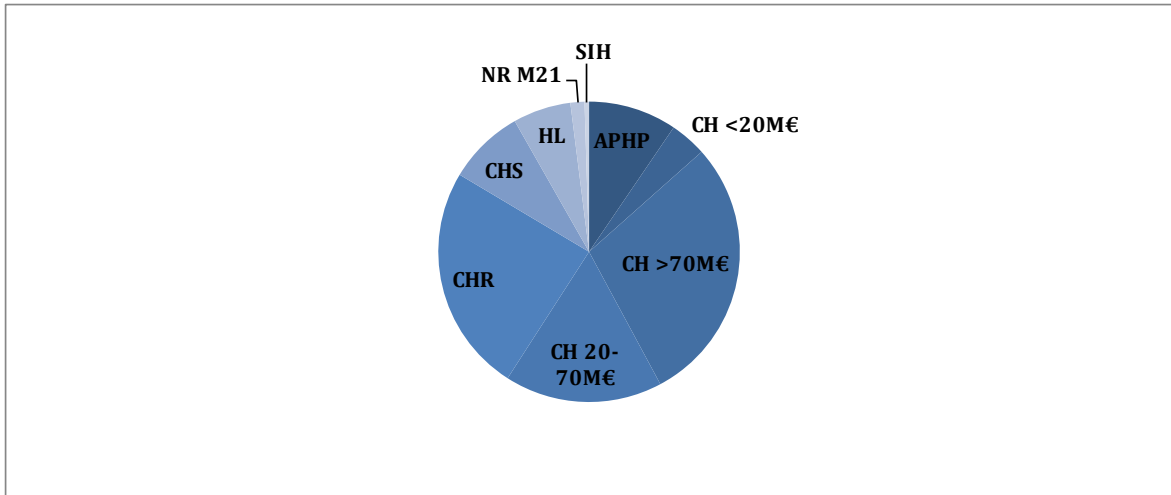
- ◆ l'AP-HP détient à elle seule 9 % de l'ensemble ;
- ◆ les centres hospitaliers régionaux (CHR) disposent de 24 % de l'ensemble ;
- ◆ les centres hospitaliers (CH) dont le budget est supérieur à 70 M€ détiennent 29 % de l'ensemble.

Les 814 autres établissements, soit 84 % de l'ensemble des EPS, ne disposent que de 37 % du patrimoine foncier hospitalier (*cf. graphique ci-dessous*).

⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Annexe II

Graphique 1 : Répartition du montant total des actifs fonciers des EPS par catégorie d'établissement en 2012

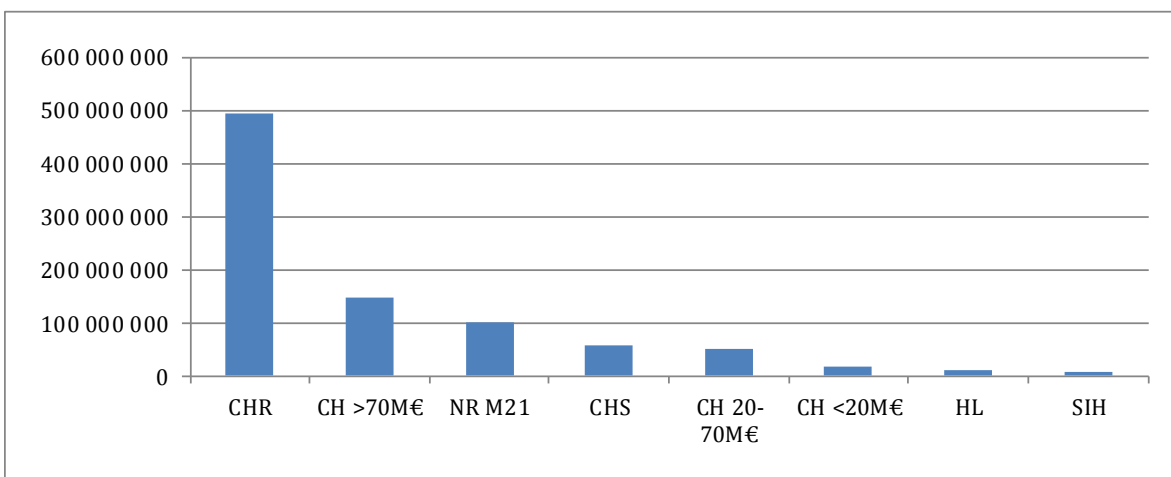


Source : Données DGFIP 2012.

Le montant moyen des actifs fonciers des établissements montre que ces valeurs sont assez sensiblement proportionnelles à la taille des EPS :

- ◆ les CHR disposent d'un actif foncier moyen de près de 500 M€ ;
- ◆ les CH dont le budget est supérieur à 70 M€ ont un actif foncier moyen de 146 M€ ;
- ◆ les CHS bénéficient d'un actif foncier moyen de 55 M€ ;
- ◆ les CH dont le budget est compris entre 20 et 70 M€ disposent d'un actif foncier moyen de 51 M€ ;
- ◆ les CH dont le budget est inférieur à 20 M€ ont un actif foncier moyen de 17 M€ ;
- ◆ les anciens hôpitaux locaux disposent d'un actif foncier moyen de moins de 12 M€ (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 2 : Montant moyen des actifs fonciers des EPS par catégorie d'établissement en 2012



Source : Données DGFIP 2012.

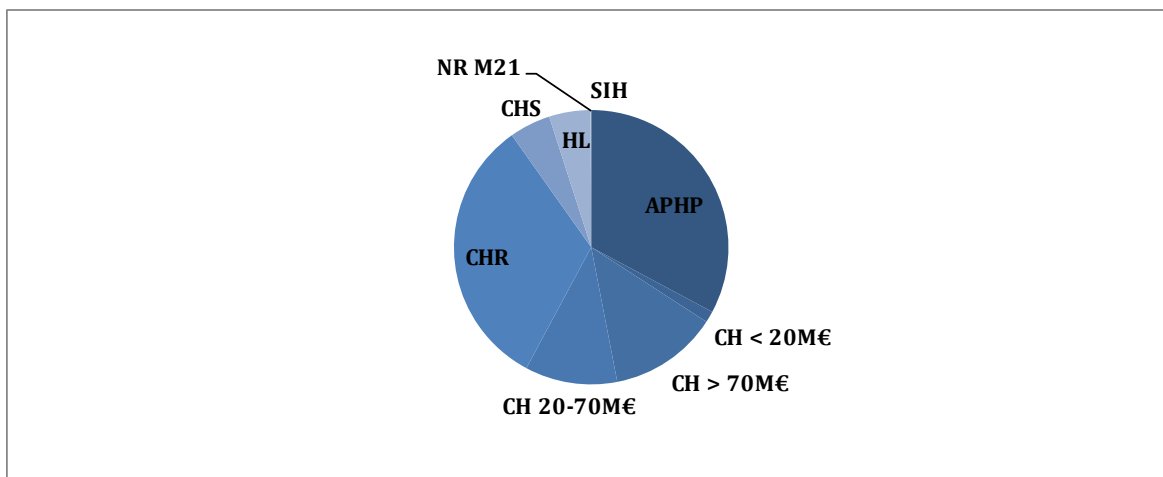
La répartition du montant de la DNA par catégorie d'établissement accentue encore le constat d'un lien entre le poids du patrimoine foncier et la taille des EPS :

Annexe II

- ◆ l'AP-HP possède un tiers de l'ensemble du patrimoine hospitalier privé au niveau national ;
- ◆ les CHR détiennent 32 % de l'ensemble ;
- ◆ et les CH de grande taille possèdent 13 % de l'ensemble.

Il ressort donc de cette analyse que **16 % des EPS concentrent 78 % du patrimoine privé**, d'après les données comptables (*cf. graphique ci-dessous*).

Graphique 3 : Répartition du montant total de la DNA des EPS par catégorie d'établissement en 2012



Source : Données DGFIP 2012.

Au sein de ce panorama, les anciens CHS se distinguent par des caractéristiques singulières : alors qu'ils disposent d'un patrimoine foncier moyen conséquent (55 M€), ils ne concentrent qu'une faible part de la DNA (5 % de l'ensemble du patrimoine privé des hôpitaux), soit un montant moyen de 261 000 € par établissement psychiatrique correspondant à un poids moyen de 0,4 % dans leur patrimoine.

Cette situation s'explique par :

- ◆ un bâti historiquement étendu sur plusieurs hectares, en périphérie des villes ;
- ◆ une autonomisation tardive de ces établissements, qui dépendaient auparavant des départements, et un transfert limité de patrimoine privé au moment de cette autonomie (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 5 : Les particularités du patrimoine des CHS

Les 88 établissements répertoriés comme ex-« centres hospitaliers spécialisés (CHS) »⁷ disposent d'un patrimoine particulier, qui se distingue de celui des autres établissements de santé par plusieurs aspects :

⁷ L'article 1^{er} de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, qui a régi la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques pendant un siècle et demi, disposait que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département* ». Cette disposition est à l'origine des établissements publics spécialisés dans la prise en charge de ces pathologies. Asiles d'aliénés, puis hôpitaux psychiatriques, centres hospitaliers spécialisés à partir de 1980, ces établissements sont aujourd'hui connus sous le nom de centre hospitalier ou d'établissement public de santé mentale pour la plupart d'entre eux.

Ils étaient, jusqu'à la loi n° 68-890 du 31 juillet 1968, **des services non personnalisés des départements**. C'est l'article 25 de cette loi qui en fait des établissements publics autonomes : « *les hôpitaux psychiatriques, les sanatoriums et préventorium publics constituent des établissements publics départementaux auxquels sont applicables les dispositions des articles L 679 et L 685 du Code de la santé publique. (...) Les biens affectés à leur*

Annexe II

- **ils disposent d'un patrimoine privé relativement moins étendu que les autres EPS.** Selon les chiffres publiés par la Cour des Comptes dans son rapport public annuel de 2012, seuls 35 % des établissements publics de santé mentale disposent ainsi d'une dotation non affectée aux soins (DNA), alors que 84 % des CHU et 50 % des autres établissements d'une telle dotation. Ceci s'explique à la fois par la création relativement récente de ces établissements (postérieure à 1838 pour la plupart d'entre eux, soit une époque où les dons et legs étaient déjà moins fréquents) et par les modalités de transfert des biens des départements aux établissements devenus autonomes en 1968 : assez logiquement, les départements n'ont transféré que les « biens affectés à leur fonctionnement » ;
- **leur patrimoine affecté aux soins est souvent très important, sur des emprises étendues.** Les emprises de plusieurs dizaines d'hectares ne sont pas rares et elles sont souvent situées hors des zones urbaines. Toutefois, la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique à la fin des années 1960 et le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation ont conduit les établissements de santé mentale à acquérir des locaux en zone urbaine pour assurer une prise en charge de proximité. Parallèlement le nombre de lits a significativement diminué (plus de 25% entre 1996 et 2008 selon la base de données Ecosanté de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé - IRDES). Des terrains et des bâtiments se sont donc libérés qui, le plus souvent, ont été reconvertis, pour certains d'entre eux, au profit de structures médico-sociales au bénéfice non exclusif d'anciens patients psychiatriques stabilisés. Ces sites, fréquemment localisés en périphérie des villes ou en zone rurale, ne sont donc pas toujours propices à la création de logements.

L'examen des actifs fonciers les plus importants, établissement par établissement, en valeur comptable, montre que l'AP-HP, les Hospices civils de Lyon et l'AP-HM concentrent à eux seuls 8 683 M€, soit 14 % de l'ensemble de l'actif foncier des établissements publics de santé. Il apparaît, en outre, que la part de la DNA dans le patrimoine foncier des deux premiers est sensiblement plus élevée que la moyenne, puisqu'elle représente près de 3 % pour l'AP-HP et près de 5 % pour les HCL contre moins de 1 % en moyenne pour les autres EPS.

L'analyse des autres EPS bénéficiant d'un actif foncier important confirme le lien étroit entre le montant du patrimoine foncier et la taille de l'établissement : hormis les trois établissements susmentionnés, les 15 EPS disposant des patrimoines fonciers les plus importants sont tous des CHU ou des CH d'envergure régionale (*cf. tableau ci-dessous*). Ils représentent à eux seuls plus de 26 % de l'ensemble des actifs fonciers des EPS.

Tableau 2 : Liste des 15 EPS dont l'actif foncier est le plus important (en €, en 2012)

Nom de l'EPS	Type d'établissement	Montant total	Montant de la DNA	Part de la DNA
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	APHP	5 742 727 831	158 946 404	2,77 %
Hospices civils de Lyon	CHR	1 557 916 996	72 212 506	4,64 %
AP-HM Direction générale	CHR	1 382 586 492	12 128 783	0,88 %
CHR de Lille	CHR	686 483 695	13 626 588	1,98 %
CHU de Toulouse	CHR	678 797 275	2 451 762	0,36 %
CHU Hôpitaux de Bordeaux	CHR	654 954 819	2 793 441	0,43 %
CHU de Grenoble	CHR	629 800 382	1 841 731	0,29 %
CHU de Nantes	CHR	613 847 511	429 544	0,07 %
CHU de Dijon	CHR	596 697 289	6 701 003	1,12 %
CHU de Clermont-Ferrand	CHR	590 678 931	12 611 377	2,14 %
Centre hospitalier Sud Francilien	CH > 70M€	578 155 835	0	0,00 %
CHRU de Tours	CHR	551 809 770	0	0,00 %
CHU de Montpellier	CHR	546 502 637	0	0,00 %

fonctionnement ainsi que les droits et obligations les concernant sont transférés de plein droit aux nouveaux établissements... ».

Annexe II

Nom de l'EPS	Type d'établissement	Montant total	Montant de la DNA	Part de la DNA
Centre hospitalier régional de la Réunion	NR M21	530 466 651	0	0,00 %
CHU de Rennes	CHR	511 616 439	0	0,00 %

Source : Données DGFIP 2012.

Cet examen sommaire des actifs des établissements publics de santé permet de tirer deux enseignements principaux :

- ◆ **les établissements de grande taille concentrent les gisements de foncier les plus importants**, la valeur comptable des actifs fonciers enregistrés étant corrélée à la taille des établissements ;
- ◆ **les actifs directement cessibles et mobilisables pour la construction de logements, c'est-à-dire les biens relevant de la DNA, ne représentent qu'une part très minoritaire du patrimoine hospitalier.**

1.1.3. La valorisation du foncier hospitalier suppose, par ailleurs, la prise en compte de contraintes juridiques et techniques particulières

Le patrimoine hospitalier présente souvent des caractéristiques qui le rendent emblématique pour ses personnels comme pour ses usagers :

- ◆ une présence importante dans les centres-villes, avec l'implantation traditionnelle des Hôtels Dieu, souvent classés ou inscrits au titre des monuments historiques ;
- ◆ un attachement du personnel pour des bâtiments souvent liés à l'histoire hospitalière et destinés à l'accueil du public.

La valorisation et la cession de ce patrimoine emblématique peut se heurter à des contraintes juridiques et techniques, qui ont pour effet d'allonger les délais de cession et de grever le prix de vente. Si certaines de ces contraintes concernent le domaine public dans son ensemble, d'autres sont propres aux particularités du champ hospitalier.

1.1.3.1. Les biens du domaine public ne sont cessibles qu'au terme d'une procédure de déclassement

Les biens appartenant au domaine public sont inaliénables et imprescriptibles. Seuls les biens qui relèvent du domaine privé des personnes publiques peuvent donc faire l'objet d'une cession. Il s'agit notamment des réserves foncières et des biens immobiliers à usage de bureaux. **L'aliénation d'un bien ayant relevé du domaine public ne peut être réalisée qu'après que celui-ci en a été déclassé.** Ce déclassement résulte d'un acte administratif, et ne peut intervenir, en principe, que lorsque le bien n'est plus affecté à un service public ou à l'usage direct du public (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 6 : La procédure de déclassement du domaine public

L'aliénation d'un bien ayant relevé du domaine public de l'État ou de ses établissements publics ne peut être réalisée qu'après que celui-ci a été déclassé du domaine public. Ce déclassement résulte d'un **acte administratif**, et ne peut intervenir, en principe, **que lorsque le bien n'est plus affecté à un service public ou à l'usage direct du public** (Art. L. 2141-1 du code général de la propriété des personnes publiques – CG3P).

Toutefois, par exception, le déclassement d'un immeuble **peut être prononcé de manière anticipée, dès que sa désaffectation a été décidée**, alors même que les nécessités du service public justifient que cette désaffectation ne prenne effet que dans un délai fixé par l'acte de déclassement, qui ne peut

excéder trois ans (Art. L. 2141-2 du CG3P).

1.1.3.2. La cession du foncier hospitalier est également conditionnée, pour les dons et legs, à la levée des charges

Une partie du patrimoine privé des établissements de santé est également **soumis à des servitudes liées à son origine**. Beaucoup d'établissements ont bénéficié de dons et legs, qui sont pour la plupart assortis de conditions et charges. Il est ainsi fréquent que ces biens soient soumis à des conditions d'inaliénabilité et d'affectation à une fonction précise.

La révision de ces conditions et charges, si elle est ouverte de manière assez souple dès lors que ces dernières sont devenues « *extrêmement difficiles ou sérieusement dommageables* », s'effectue au terme d'une procédure qui peut se révéler longue et fastidieuse (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 7 : Procédure de révision des conditions et charges imposées aux dons et legs

Les donations ou les legs sont dits « purs et simples » ou « **avec charges** ». Dans ce dernier cas, en acceptant la donation ou le legs, **le bénéficiaire s'engage à exécuter la condition que le stipulant lui a imposée**. Dans le cas des legs ou donations à titre gratuit en faveur d'établissements publics de santé, les charges relèvent fréquemment de l'affectation du patrimoine à une activité ou un usage particulier (construction d'un musée ou d'un service hospitalier par exemple).

Un établissement souhaitant donner une autre affectation à un bien reçu par donation ou legs ou désirant le vendre, doit y être préalablement autorisé. Une **action en révision des charges et conditions d'un legs ou de la donation doit dès lors être engagée**. Le non-respect des conditions et charges expose en effet son bénéficiaire à la révocation judiciaire du don ou du legs, qui opère rétroactivement. L'établissement devra alors **restituer le bien reçu dans l'état où il se trouvait au jour de la donation ou du legs** et, le cas échéant, rembourser au donateur, ses héritiers ou aux héritiers du testateur les dépenses que nécessite la remise en cet état du bien, ainsi que tous les fruits (loyers, etc.).

Si la cause potentielle de la révision est définie de manière assez souple⁸, la procédure de révision peut se révéler longue et fastidieuse. Deux procédures distinctes peuvent être mises en œuvre par l'établissement afin d'obtenir la révision de ces charges et conditions :

- **la procédure administrative** : ouverte sans condition de délai, cette procédure, simplifiée par rapport à la procédure de révision judiciaire, permet aux établissements, **en cas d'accord du disposant ou de ses héritiers**, de se faire autoriser, par leur autorité de tutelle, à modifier ou supprimer les charges et conditions grevant le legs. L'accord ainsi établi emporte, de la part du disposant ou de ses ayants-droit, renonciation à l'action en révocation. La révision est ensuite **autorisée par arrêté préfectoral**. Toutefois, en cas d'échec de cette procédure, l'établissement public n'a d'autre choix que d'engager la procédure de révision judiciaire ;
- **la procédure judiciaire** : la demande n'est recevable que **dix années après la mort du disposant** ou, en cas de demandes successives, **dix années après le jugement qui a ordonné la précédente révision**. L'action en révision, qui se fait par voie d'assignation relève de la seule compétence du Tribunal de grande instance du lieu où demeure l'héritier. Le ministère d'avocat est obligatoire. Dans l'éventualité où il n'existe pas d'héritiers connus, la demande est formée contre le Ministère public. La demande doit faire l'objet d'une publicité préalable, six mois au plus et trois mois au moins avant la date de l'assignation, à peine de nullité de celle-ci. La publicité doit être effectuée par insertion d'un avis dans un journal diffusé dans le département du dernier

⁸ L'article 900-2 du Code civil et l'article L 2222-12 du Code général de la propriété des personnes publiques définissent de manière assez souple et ouverte la cause de la révision. Ils mentionnent un « changement de circonstances » par suite duquel l'exécution de la prestation devient pour le débiteur « extrêmement difficile ou sérieusement dommageable ». Les circonstances évoquées par les textes sont celles qui constituent les conditions matérielles, juridiques ou morales de l'exécution de la prestation attendue du gratifié. Le changement pris en compte est, quant à lui, constitué par l'altération des conditions objectives de l'exécution de la prestation imposée par la charge ou la condition.

domicile ou la dernière résidence connue en France du disposant.

Ce premier aperçu du patrimoine foncier hospitalier, fondé sur les seules données comptables, montre que **les actifs immédiatement cessibles des établissements de santé ne représentent qu'une frange marginale du patrimoine des hôpitaux**. Les principaux gisements de foncier sont donc constitués par les sites hospitaliers eux-mêmes, ce qui signifie :

- ◆ qu'ils ne sont **cessibles qu'au terme d'une procédure de déclassement** ;
- ◆ que **leur vente s'inscrit le plus souvent dans le cadre d'opérations de reconversion ou de construction de nouveaux sites, ce qui implique un lien étroit entre la cession et l'investissement programmé** ;
- ◆ qu'ils font fréquemment l'objet d'opérations d'aménagement d'envergure voire que leur acquisition entre – pour la commune – dans une logique de constitution de réserves foncières, ce qui tend à les exclure du dispositif de la décote compte tenu du délai de 5 ans que la loi du 18 janvier 2013 impose (*cf. annexe III relative à l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les EPS*).

1.2. Les produits de cession sont devenus un enjeu de financement complémentaire pour les établissements de santé

1.2.1. Les établissements de santé sont incités à valoriser leur patrimoine depuis 2007, afin de dégager de nouvelles ressources financières

Si la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH désormais intégrée à l'ANAP) a rédigé un guide dès 2005 sur la « dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers »⁹, **la valorisation et la cession du foncier hospitalier n'apparaît formellement comme un objectif qu'à compter de la mise en place du plan Hôpital 2012**.

Une circulaire du 15 juin 2007¹⁰ en fait un objectif pour les établissements, dans le cadre des opérations de regroupements, de recompositions hospitalières et pour la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). **Elle définit également la mobilisation des produits de cession comme un critère d'efficience dans l'évaluation des projets** : « *Tout projet doit intégrer la recherche d'efficience par la mobilisation des ressources propres, et notamment le produit des cessions immobilières (...)* ».

La DGOS en lien avec l'ANAP a ensuite lancé un appel à projets le 26 juillet 2011¹¹ sur la valorisation, permettant de retenir une douzaine d'opérations de cession accompagnées par l'ANAP. Pour les projets sélectionnés, l'ANAP assure le pilotage des études de valorisation et la conduite des négociations. Ce projet est aujourd'hui en cours et devrait s'achever en 2014-2015.

Les cessions apparaissent ainsi comme une composante centrale d'une valorisation active du patrimoine hospitalier visant à la fois :

- ◆ **la réduction des charges d'entretien et de maintenance** ;

⁹ MAINH, « Le guide dynamisation des actifs immobiliers des établissements de santé », octobre 2005.

¹⁰ Circulaire n° DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan hôpital 2012.

¹¹ Instruction n° DGOS/PF1/2011/302 du 26 juillet 2011 relative à la valorisation du patrimoine des établissements publics de santé.

Annexe II

◆ **L'obtention de nouvelles ressources, afin de contribuer au financement des projets d'investissement.**

Au-delà de ces incitations à une meilleure valorisation de leur patrimoine, **la DGOS n'a pas donné d'instruction explicite visant à flécher l'utilisation des recettes de cession.** Ces dernières sont souvent présentées en lien avec les projets d'investissement des établissements, notamment dans le cadre de l'instruction des projets d'investissement par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) récemment installé (*cf. partie 2.2.*). Pour autant, il n'a pas été précisément spécifié que ces recettes ne devaient pas être affectées prioritairement au fonctionnement courant des établissements de santé.

1.2.2. S'ils sont globalement stables sur la période 2012-2016, les produits de cession occupent une place croissante dans le financement de projets d'investissement en baisse

Afin d'apprécier le poids des cessions d'actifs des établissements de santé dans leur programmation financière pluriannuelle, la mission a demandé à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de réaliser une extraction des produits de cession des éléments d'actifs (compte 775) que les établissements publics de santé ont inscrit dans leurs programmes globaux de financement pluriannuel (PGFP), de 2012 à 2016.

La mission a fait le choix de ne retenir parmi ces extractions que les données ayant fait l'objet d'une validation par l'ARS. L'échantillon analysé est donc constitué d'un panel de 628 établissements publics de santé (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 3 : Détermination du panel de PGFP retenu par la mission

Catégorie	Nombre d'établissements concernés	Nombre d'établissements dont les PGFP ont été validés par l'ARS	Part des PGFP validés par l'ARS
CHU	32	21	65,6 %
CH	503	329	65,4 %
CH>70 M€	125	81	64,8 %
20 M€<CH<70 M€	186	112	60,2 %
CH<20 M€	192	136	70,8 %
CH ex-HL	290	209	72,1 %
CH ex-CHS	86	69	80,2 %
Total	911	628	68,9 %

Source : ATIH.

Les données renseignées dans les PGFP sont, par nature, très approximatives et ne constituent qu'une évaluation des orientations pluriannuelles et prospectives prises par les établissements de santé. En ce qui concerne les recettes de cession, la robustesse des chiffres est d'autant plus relative que les établissements de santé connaissent rarement la valeur vénale de leurs actifs (*cf. supra*) et que les ARS ne disposent d'aucune donnée permettant de contre-expertiser ces projections.

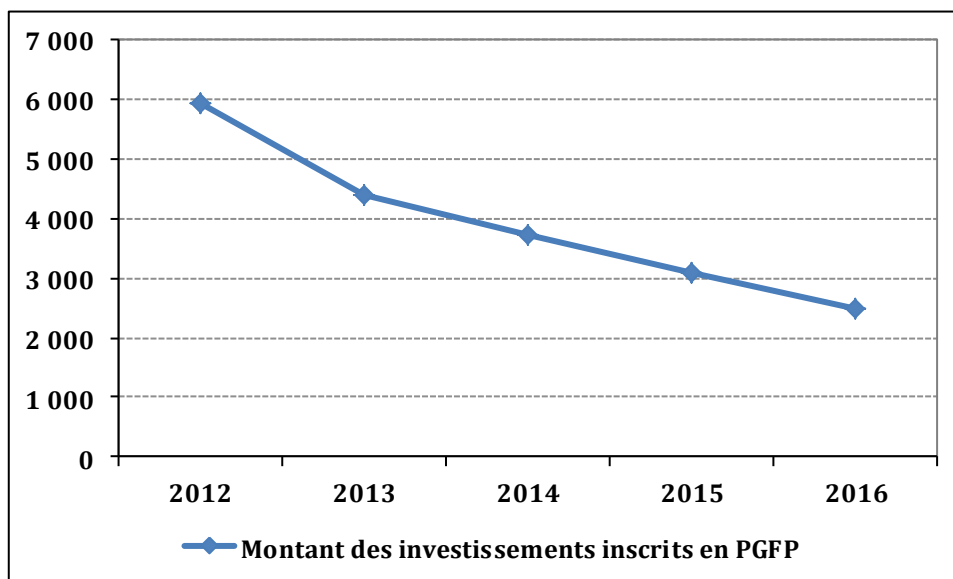
En dépit de ces réserves, les informations contenues dans les PGFP livrent des indications sur la politique d'investissement programmée par les EPS et sur la politique de cession de leurs actifs, en mettant en lumière le rôle joué par les recettes de cession dans l'autofinancement des investissements.

1.2.2.1. Sur la période étudiée, le montant des investissements validés baisse de plus de moitié

Le montant des investissements inscrits dans les PGFP et validés par les ARS représente un total, tous établissements confondus, de **19,7 Md€ de 2012 à 2016**.

Le rythme des investissements programmés va décroissant, passant d'un montant annuel global de **5,9 Md€ en 2012 à 2,5 Md€ en 2016**, ce qui représente une baisse de près de **60 %** (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Montants des investissements inscrits dans les PGFP validés de 2012 à 2016 (en M€)



Source : Chiffres ATIH, juillet 2013.

Cette baisse se décline différemment selon la catégorie d'établissement :

- ◆ les anciens HL et CHS connaissent le mouvement à la baisse le plus marqué, à hauteur de -75,7 % pour les premiers et -74,2 % pour les seconds ;
- ◆ les CH de grande taille et de taille moyenne subissent également une baisse prononcée de leurs montants d'investissement, à hauteur de -65,7 % et -62,7 % respectivement ;
- ◆ les CH de petite taille connaissent une baisse moins accusée, à hauteur de -52,9 % ;
- ◆ enfin, les CHU sont les établissements qui subissent la baisse la moins importante, à hauteur de -41,3 % (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 4 : Répartition des montants d'investissement des établissements publics de santé au sein des PGFP validés des établissements publics de santé sur 2012-2016 (en M€)

Catégorie d'établissement	2012	2013	2014	2015	2016	Montants cumulés 2012-2016	Progression 2012-2016
CHU	2 028,9	1 497,6	1 396,9	1 225,4	1 190,5	7 339,3	-41,3 %
CH	2 950,4	2 122,8	1 812,6	1 458,2	1 063,9	9 407,9	-63,9 %
CH>70 M€	1 967,0	1 276,4	1 091,4	917,6	674,1	5 926,6	-65,7 %
20 M€<CH<70 M€	751,2	570,4	506,9	400,6	280,4	2 509,6	-62,7 %
CH<20 M€	232,2	276,0	214,3	139,9	109,3	971,8	-52,9 %
CH - ex CHS	587,9	494,2	339,7	247,3	152,0	1 821,1	-74,2 %
CH - ex HL	381,0	292,0	177,0	156,0	92,7	1 098,7	-75,7 %
Total	5 948,3	4 406,6	3 726,2	3 086,8	2 499,0	19 666,9	-58,0 %

Source : Chiffres ATIH, juillet 2013.

Annexe II

Sur la période 2012-2016, le montant cumulé d'investissement (19,7 Md€) rapporté au panel retenu par l'ATIH (628 EPS) indique un **montant d'investissement moyen cumulé qui dépasse de peu 31 M€ par établissement**. Ce montant moyen est globalement proportionnel à la taille de l'établissement :

- ◆ l'investissement des CHU représente un montant moyen cumulé de 350 M€ par établissement ;
- ◆ celui des CH de grande taille s'élève à 73 M€ par établissement ;
- ◆ celui des CH de taille moyenne représente 22 M€ par établissement ;
- ◆ celui des anciens HL représente 16 M€ par établissement ;
- ◆ celui des CH de petite taille représente un montant moyen de 7 M€ par établissement ;
- ◆ enfin, l'investissement des anciens CHS représente moins de 8 M€ en moyenne par établissement (*cf. graphique ci-dessous*).

Tableau 5 : Montant moyen d'investissement cumulé sur 2012-2016 par établissement (en M€)

Catégorie d'établissement	Moyenne par établissement sur la période 2012-2016
CHU	349,5
CH	28,6
CH>70 M€	73,2
20 M€<CH<70 M€	22,4
CH<20 M€	7,1
CH - ex CHS	8,7
CH - ex HL	15,9
Total tous établissements	31,3

Source : Chiffres ATIH, juillet 2013.

1.2.2.2. D'un niveau moyen proche de 4%, la part des produits de cession attendus au sein des projets d'investissement triple entre 2012 et 2016

Les produits de cession oscillent entre 125 M€ et 190 M€ annuels entre 2012 et 2015 pour atteindre un niveau proche de 157 M€ en 2016, pour **un montant cumulé de plus de 812 M€ sur la période** (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 6 : Montant des produits de cession d'actifs du compte 775 au sein des PGFP validés des établissements publics de santé sur 2012-2016 (en M€)

Catégorie d'établissement	2012	2013	2014	2015	2016	Global 2012-2016
CHU	48,1	78,3	112,6	165,2	73,0	477,2
CH	59,3	66,4	46,8	19,0	10,1	201,7
<i>Dont CH>70 M€</i>	43,1	47,9	22,6	4,6	6,7	125,0
<i>Dont 20 M€<CH<70 M€</i>	12,2	13,7	20,0	12,4	3,0	61,2
<i>Dont CH<20 M€</i>	4,0	4,8	4,2	2,0	0,4	15,4
CH - ex CHS	11,4	20,3	13,0	3,0	73,0	120,7
CH - ex HL	6,2	1,8	1,3	2,7	0,6	12,8
Total	125,1	167,0	173,7	189,9	156,7	812,4

Source : ATIH, calculs pour la mission, août 2013.

Les produits de cession représentent **un montant moyen par établissement de 1,3 M€ cumulés sur les cinq années considérées**, pour le panel des PGFP validés, tous établissements confondus. Le poids des cessions réalisées par les CHU est largement prépondérant :

Annexe II

- ◆ les CHU prévoient un montant moyen de cessions de l'ordre de 23 M€ par établissement de 2012 à 2016 ;
- ◆ les CH de grande taille prévoient de réaliser des cessions pour un total d'1,5 M€ en moyenne par établissement ;
- ◆ pour toutes les autres catégories d'établissement, les cessions attendues sont inférieures à 1 M€ par établissement, et donc à 200 000 € par an ; la moyenne la plus basse est celle des CH de petite taille et des anciens hôpitaux locaux puisqu'elle représente respectivement 100 000 € et 200 000 € par établissement pour toute la période (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Montant moyen cumulé des produits de cession par catégorie d'établissement sur 2012-2016 (en M€)

Catégorie d'établissement	Montant moyen cumulé 2012-2016 par établissement
CHU	22,7
CH	0,6
<i>Dont CH > 70 M€</i>	<i>1,5</i>
<i>Dont 20 M€ < CH < 70 M€</i>	<i>0,5</i>
<i>Dont CH < 20 M€</i>	<i>0,1</i>
CH - ex CHS	0,6
CH - ex HL	0,2
Total	1,3

Sur la période 2012-2016, **les produits de cession représentent une part moyenne de 4,1 % dans les projets d'investissement inscrits dans les PGFP validés**. Elle connaît une progression constante, année après année : 2,1 % en 2012, 3,8 % en 2013, 4,7 % en 2014, 6,2 % en 2015 et 6,3 % en 2016.

Cette part est la plus forte au sein des ex-CHS (6,6 %) et des CHU (6,5 %). Au sein des CH, cette part oscille autour de 2 %. Elle chute à 1,2 % pour les anciens HL (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Part des produits de cession au sein des projets d'investissements inscrits dans les PGFP validés sur 2012-2016 (en %)

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
CHU	2,4	5,2	8,1	13,5	6,1	6,5
CH	2,0	3,1	2,6	1,3	1,0	2,1
CH > 70 M€	2,2	3,8	2,1	0,5	1,0	2,1
20 M€ < CH < 70 M€	1,6	2,4	3,9	3,1	1,1	2,4
CH < 20 M€	1,7	1,7	2,0	1,4	0,4	1,6
CH - ex CHS	1,9	4,1	3,8	1,2	48,0	6,6
CH - ex HL	1,6	0,6	0,8	1,7	0,7	1,2
Total	2,1	3,8	4,7	6,2	6,3	4,1

Source : Chiffres ATIH, juillet 2013.

Si le poids des recettes de cession est globalement réduit, **il peut atteindre des proportions conséquentes pour certains établissements, pris individuellement**. Ainsi, la mission a demandé à l'ATIH d'extraire les établissements pour lesquels (i) les données étaient documentées pour les cinq années sur la durée 2012-2016 et (ii) le ratio moyen des produits de cession rapportés au montant des investissements était supérieur à 10 %. Cette extraction laisse apparaître que quatre établissements répondent à ces critères :

- ◆ l'AP-HP ;
- ◆ un CHU ;
- ◆ deux établissements psychiatriques.

Annexe II

Les produits de cession attendus peuvent ainsi représenter plus de 20 % du financement des investissements programmés par les établissements de 2012 à 2016, comme c'est le cas pour le CHU de Clermont-Ferrand ou l'établissement psychiatrique de Saint-Gemmes-sur-Loire. Cette proportion avoisine les 15 % pour l'AP-HP et l'établissement psychiatrique d'Erstein (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 9 : Détail des établissements publics de santé connaissant un ratio produits de cession/projets d'investissement validés supérieur à la moyenne sur 2012-2016 (par catégorie et par ordre décroissant)

Catégorie de l'établissement	Nom de l'établissement	Ratio moyen produits de cession/montant des investissements sur 2012-2016 (en %)
CHU	CHU de Clermont-Ferrand	26,79
	AP-HP	14,82
CHS	CH de Saint-Gemmes-sur-Loire	22,62
	CH d'Erstein	15,34

Source : Données ATIH, juillet 2013.

Les évolutions observées de 2012 à 2016 renseignent autant sur le gisement de recettes de cession des établissements de santé, sur la connaissance de leur patrimoine, que sur l'attention qu'ils portent à ce mode de financement complémentaire. En effet, la part dominante des cessions projetées par les CHU s'explique à la fois par :

- ◆ le poids du patrimoine public et privé de ces très grands établissements dans l'ensemble du foncier hospitalier ;
- ◆ la politique de valorisation active de leurs actifs, en lien avec un travail de recensement et une spécialisation d'une partie des équipes dans ce domaine ;
- ◆ la recherche de financements complémentaires, compte tenu de leur niveau d'endettement et de la nécessité d'autofinancer de manière croissante leurs investissements (cf. partie 2).

Toutefois, au-delà de l'imprécision des données qui peuvent refléter différents phénomènes, ces analyses mettent en lumière une **tendance générale à l'accroissement du poids des recettes de cession dans le financement des projets d'investissement**. Ces dernières constituent un financement d'appoint, mobilisé de plus en plus par les établissements de grande taille et tout particulièrement les CHU.

1.2.3. Certaines opérations sont emblématiques du lien entre les produits de cession et le financement des projets d'investissement, même si beaucoup de cessions ont été réalisées en réponse à des besoins de liquidité immédiats

Au cours des entretiens menés par la mission, il est apparu que **nombre de cessions avaient été réalisées par les établissements de santé pour répondre à un besoin de liquidité immédiat**. Cet objectif a notamment été poursuivi par les Hospices civils de Lyon pour plusieurs des cessions réalisées depuis 2006, mais également par le centre hospitalier de Maubreuil pour les cessions réalisées sur son ancien site de Carquefou.

Annexe II

En effet, **les cessions de l'ancien site du CH de Maubreuil n'ont pas concouru au financement de l'investissement requis pour le nouveau site** – qui a été financé par l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) opéré entre le CH et un établissement privé à but non lucratif – **mais au comblement du déficit de l'établissement** (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 8 : Les recettes de cession de l'ancien site de Carquefou du centre hospitalier de Maubreuil

Pour faire suite à la décision de déplacement des activités du centre hospitalier de Maubreuil, de Carquefou à Saint-Herblain, **l'établissement a mis en vente l'ancien site hospitalier situé à Carquefou, en trois lots distincts :**

- le château et le hameau attenant ont été vendus en 2012 pour un montant d'1,3M€ ;
- les terres agricoles en fermage, les bois et forêts ont été cédés à la commune de Carquefou en 2012 également, pour un montant de 240 000€ (entièrement grevé par les frais de dépollution du site à la charge du centre hospitalier) ;
- le sanatorium doit être cédé au Crédit mutuel, avec une signature de l'acte prévue pour mars 2014 pour un montant d'1,9M€.

Or, le centre hospitalier de Maubreuil avait totalisé un déficit d'1,9 M€ en 2012 (pour un budget de moins de 9 M€). **Les recettes de cession ont donc été affectées au financement de l'exploitation, à la demande de l'ARS, pour résorber le déficit cumulé de l'établissement.**

Par conséquent, **les recettes de cession n'ont donc pas du tout contribué au financement de l'opération d'investissement sur le nouveau site de Saint-Herblain.** Ce dernier, qui accueille le groupement de coopération sanitaire formé par le CH de Maubreuil et un établissement privé à but non lucratif, a été entièrement financé et porté par l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM).

La maîtrise d'ouvrage du nouveau bâtiment a été assurée par l'UGECAM seule, alors que le projet initial prévoyait une co-maîtrise d'ouvrage. Le CH de Maubreuil est donc désormais locataire de l'établissement privé.

Toutefois, en dépit de l'absence de directive explicite donnée par les tutelles en ce sens (*cf. supra*), les établissements sont désormais incités à mobiliser ces recettes pour le financement de leurs investissements à venir.

L'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou met en lumière le rôle déterminant des cessions dans le financement de certains investissements. En effet, **l'AP-HP a financé plus de 80 % de l'investissement requis par la vente de trois sites hospitaliers.** Cet exemple est toutefois emblématique de la situation parisienne et ne saurait être étendu aux autres établissements (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 9 : L'exemple du financement de l'hôpital européen Georges Pompidou par l'AP-HP

Selon les données fournies par l'AP-HP à la mission, **l'hôpital européen Georges Pompidou a été financé, pour une part largement majoritaire, par la cession de sites hospitaliers :**

- **le site de Laennec** a été vendu en deux lots, en 2002 et 2007, à des investisseurs privés pour des opérations mixtes (logements libres et sociaux, résidence étudiante, EHPAD, commerces, bureaux et espace vert public) ;
- **le site de Boucicaut** a été vendu en 2001 à la ville de Paris et à une société d'économie mixte (SEM) de la ville de Paris pour la construction de logements sociaux et intermédiaires, ainsi que d'équipements publics de proximité ;
- **le site de Broussais** a été vendu en lots en 2004, 2008, 2011 et 2013 à la Croix rouge pour la construction de son siège social, à la ville de Paris pour la construction d'un EHPAD et d'un équipement public culturel et à la RIVP pour la construction de logements sociaux, étudiants et libres.

Annexe II

Les recettes de cession issues de ces trois opérations représentent plus de 80 % du financement de l'hôpital européen Georges Pompidou (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Financement de l'hôpital européen Georges Pompidou

Site hospitalier	Année de cession	Montant de cession (en €)
Laennec	2002	76 200 000
	2007	5 524 867
	Total	81 724 867
Boucicaud	Total (2001)	65 553 077
Broussais	2004	22 400 000
	2008	16 300 000
	2011	4 000 000
	2013	36 000 000
	A finaliser (estimation)	3 500 000
Total		82 200 000
Total		229 477 944
Investissement pour l'hôpital européen Georges Pompidou		285 000 000

Source : AP-HP

Inversement, le blocage de certaines cessions peut mettre en péril la réalisation de certains investissements hospitaliers, voire grever la situation financière de certains établissements dans le cadre d'« opérations-tiroirs ». Il en est ainsi pour le CHU de Clermont-Ferrand qui entendait financer une partie de l'investissement lié à la construction du nouveau site de l'hôpital d'Estaing en 2010 par la vente du site de l'Hôtel-Dieu. Après avoir dû s'endetter massivement pour la construction de ce nouveau site, le CHU doit également financer le désamiantage de l'hôpital Gabriel Montpied. Désormais endetté à hauteur de 66 M€, le CHU rencontre des difficultés pour lever de nouveaux emprunts.

Or, la ville a récemment modifié les documents d'urbanisme afin de limiter les hauteurs de construction, réduire la densité du site et créer des emplacements réservés afin d'y implanter des équipements publics et des espaces verts sur le site de l'Hôtel Dieu. **Ces modifications font obstacle à la cession qui devait être réalisée pour 25 M€ avec un groupement de promoteurs.** Elles ont pour effet de :

- ◆ réduire considérablement la recette de cession potentielle ;
- ◆ interrompre les opérations de désamiantage prévues dans l'hôpital Gabriel Montpied ;
- ◆ induire un surcoût de fonctionnement substantiel pour le CHU qui doit continuer à assumer les frais de détention de l'Hôtel-Dieu tant que la cession n'est pas effective (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 10 : L'exemple de la vente de l'Hôtel-Dieu du CHU de Clermont-Ferrand

Le CHU de Clermont-Ferrand est propriétaire du site de l'Hôtel-Dieu, ensemble foncier et bâti de près de cinq hectares situé en centre-ville. À la suite de la construction puis de la mise en service d'un hôpital neuf en 2010 (hôpital Estaing), le site historique de l'Hôtel-Dieu a été libéré et déclassé dans l'optique de sa vente. En termes de patrimoine foncier, il s'agit pour le CHU de son dernier bien cessible. Le CHU doit faire face à plusieurs opérations coûteuses d'investissement passées ou à venir :

- le coût final de construction de l'hôpital Estaing s'établit à 245 M€, supérieur de 95 M€ à l'objectif initial de 150M€. L'aide à l'investissement au titre du plan Hôpital 2007 étant restée plafonnée à 60M€, le CHU a dû emprunter la somme de 95M€, en sus des emprunts déjà prévus ;
- par ailleurs, le CHU doit mener une opération exceptionnelle de désamiantage des bâtiments historiques du site Gabriel Montpied, construits en 1975 pour une capacité de 560 lits avec une structure métallique floquée à cœur à l'amiante. Le coût des travaux de déconstruction, de

Annexe II

désamiantage et de reconstruction s'élève à 200 M€. Ce coût est réparti entre le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés - FMESPP - (déconstruction et désamiantage dont 91M€ au titre du plan Hôpital 2012) et l'établissement (reconstruction).

Le CHU se trouve donc dans l'obligation de financer la reconstruction de l'hôpital Gabriel Montpied par l'autofinancement et l'emprunt. Déjà endetté à hauteur de 66M€, le CHU rencontre des difficultés pour lever des emprunts. Le CHU est également engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier suivi par le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

Pour faire face à ces besoins de financement massifs, le CHU a entamé une démarche de cession formalisée à partir de 2009, en lien avec les services de France Domaine. La valeur vénale du site a fait l'objet d'une première estimation en 2009, régulièrement réactualisée au regard des possibilités de reconversion. Elle a ainsi été fixée à 30 M€ brut pour le site en entier et en l'état en 2011.

Or, depuis lors, la ville a modifié sa position, induisant une situation de blocage :

- la ville avait été sollicitée en 2011 pour bénéficier d'un droit de priorité au prix fixé par France Domaine et l'avait refusé ; dès lors, le CHU avait conduit une démarche formalisée de consultation auprès d'acquéreurs privés avec l'aide d'un cabinet conseil et retenu en mai 2012 la proposition d'un groupement d'investisseurs à hauteur de 25 M€ net vendeur après abattement forfaitaire de 5 M€ pour les frais de démolition et de fouilles archéologiques ;
- après avoir renoncé à l'exercice de son droit de priorité, la ville a fait une proposition d'achat, hors-délai, au CHU à hauteur de 20 M€, que celui-ci a refusée.
- en janvier 2013, le directeur général du CHU a signé avec les acquéreurs une promesse de vente à hauteur de 25 M€ ;
- suite à cette signature, la commune a décidé de modifier son plan d'occupation des sols (POS) sur le secteur de l'Hôtel-Dieu afin de limiter les hauteurs de construction, réduire la densité du site et créer des emplacements réservés afin d'y implanter des équipements publics et des espaces verts ;
- suite à cette modification du POS, les services de France Domaine ont estimé à 17,6 M€ la nouvelle valeur vénale du site de l'Hôtel-Dieu, soit une décote de 40 % par rapport à l'évaluation initiale ;
- le CHU a formé devant le tribunal administratif de Clermont-Ferrand un recours contre la modification du POS.

Saisi de ce sujet, le conseil de l'immobilier de l'État (CIE) a notamment indiqué qu'il regrettait « (...) *que les décisions d'urbanisme prises par la collectivité locale, apparemment sans concertation préalable avec l'État et encore moins avec l'opérateur concerné, aient pour effet de mettre en danger la réalisation d'un projet porteur de forts enjeux de santé publique* ¹²».

¹² Conseil de l'immobilier de l'État : avis sur la stratégie immobilière du CHU de Clermont-Ferrand, séance du 24 avril 2013, n°2013-11.

2. Le poids de l'endettement des établissements de santé renforce l'utilité des recettes de cession, dans un contexte marqué par des exigences accrues d'autofinancement des projets d'investissement

Afin d'analyser l'évolution de la situation financière des établissements publics de santé, la mission a travaillé avec les données de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et celles de la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les données chiffrées de l'exercice 2012 sont encore provisoires à ce stade. Issues de la balance des comptes financiers des établissements publics de santé pour l'exercice 2012, synthétisées par la DGFIP et retravaillées, pour certaines d'entre elles, par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la DGOS, elles feront l'objet d'une actualisation par la DGFIP au mois de septembre 2013 sur la base de la centralisation des comptes arrêtés au 31 août.

Certaines différences de chiffrage ont été observées par la mission, notamment concernant les investissements et l'endettement. En effet, la DGOS retraite les comptes financiers afin de bénéficier d'une vision financière pluriannuelle à champ comptable constant. **Pour l'investissement et l'endettement, une différence de plus d'1 Md€ liée à la comptabilisation des partenariats public-privé (PPP) est ainsi relevée.** Ces contrats, qui n'étaient enregistrés qu'en hors-bilan jusqu'alors, sont depuis 2012 enregistrés dans les comptes des établissements. Cette évolution des règles comptables induit donc une rupture, dans la mesure où l'investissement et la dette résultant des PPP – qui sont utilisés depuis plusieurs années par les hôpitaux – n'apparaissent dans leurs comptes qu'à partir de 2012 (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 11 : L'évolution des règles de comptabilisation des PPP dans la comptabilité des établissements de santé

L'arrêté du 16 décembre 2010 a complété et mis à jour le dispositif comptable et budgétaire applicable aux collectivités territoriales, établissements publics locaux et établissements publics de santé à compter du 1er janvier 2011 aux nouveaux partenariats public-privé (PPP) et au stock des contrats signés. **Les nouvelles règles consistent à inscrire au bilan de la collectivité ou de l'établissement l'actif faisant l'objet du PPP, ainsi que la dette correspondante au passif, alors que ces éléments n'apparaissaient auparavant qu'en hors-bilan.**

Deux circulaires ont précisé les principes et les modalités d'enregistrement dans la comptabilité des établissements publics de santé. La circulaire interministérielle du 11 mai 2011 décrit les schémas comptables applicables à compter de l'exercice 2011 aux contrats de partenariat (CP). Les établissements doivent inscrire dans des comptes d'immobilisations corporelles de leur bilan les biens dont ils ne sont pas propriétaires juridiquement, mais qu'ils contrôlent et qu'ils gèrent, et ce à la mise en service et pour la valeur totale correspondante au cumul simple de la composante investissement de la rémunération globale du bien. Une dette est constatée en contrepartie correspondant à la part investissement restant due si la rémunération du co-contractant n'est pas intégralement versée à la mise en service. Afin d'adapter les schémas comptables, des comptes de bilan ont été créés pour comptabiliser la part investissement des CP.

Les établissements disposaient d'un an pour adapter leurs écritures comptables à ces nouvelles règles. Dans le prolongement de ces dispositions prises pour les CP et à l'issue des travaux menés par le comité de normalisation des comptabilités publiques (CNOCP), la circulaire interministérielle du 6 juillet 2012 décrit les schémas comptables applicables à compter de l'exercice 2012 aux baux emphytéotiques hospitaliers (BEH). Jusqu'en 2011, les loyers versés par l'établissement bailleur étaient imputés intégralement au compte de résultat (compte d'imputation 61322 « locations immobilières »). A compter du 1er janvier 2012, les schémas comptables applicables aux BEH sont alignés sur ceux des CP, avec la création de comptes de bilan dédiés.

Annexe II

La DGOS, afin de rester à champ comptable constant, soustrait les crédits et les débits liés aux PPP enregistrés sur le compte 1675 (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 11 : Présentation synthétique des différences de comptabilisation de l'encours de dette et du montant d'investissements entre la DGFIP et la DGOS

	DGFIP	DGOS
Dette (ou encours de dette)	Ensemble du compte 16 – comptes 1688 et 169	Ensemble du compte 16 – compte 1688 – compte 1675 – compte 1645
Investissements	Débit des comptes 20, 21 et 23	(Débit des comptes 20,21 et 23) – (crédits des comptes 20,21 et 23) – crédits du compte 1675

Source : DGFIP/DGOS, septembre 2013.

Aussi, la mission a fait le choix, pour les investissements et la dette, de présenter les données selon un double traitement :

- ◆ d'une part, les données brutes fournies par la DGFIP après recollement des comptes financiers des établissements publics de santé afin de présenter les données à champ comptable courant ;
- ◆ d'autre part, les données retraitées par la DGOS, qui ne prend pas en compte le recours aux PPP par les EPS.

Cohabitent donc dans le présent rapport, pour ces deux rubriques, un champ comptable « constant » et un champ comptable « courant ».

2.1. En dépit d'une amélioration de leur résultat et de leur capacité d'autofinancement, la situation financière des EPS demeure fragilisée par le poids de leur dette

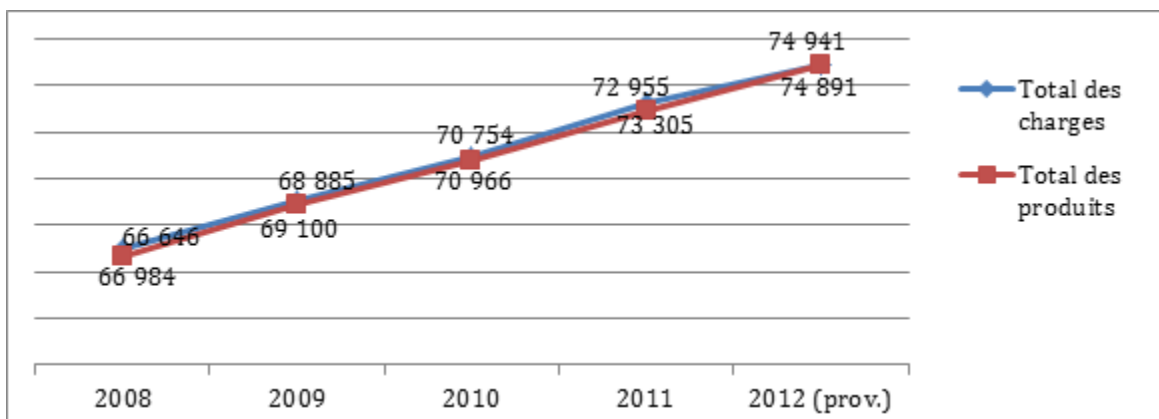
2.1.1. Les données provisoires pour 2012 indiquent une amélioration du résultat global des établissements publics de santé, imputable en grande partie à des facteurs conjoncturels

Comme l'a récemment relevé un rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur l'investissement hospitalier¹³, les établissements de santé ont connu à partir de 2006 un déficit aggravé, qui s'est maintenu jusqu'en 2011. En 2012, les chiffres provisoires font apparaître une augmentation des produits légèrement plus importante que celle des charges (*cf. graphique ci-dessous*).

¹³ *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, Inspection générale des finances (N°2012-M-072-02) et Inspection générale des affaires sociales (N°RM2013-032-P), mars 2013.

Annexe II

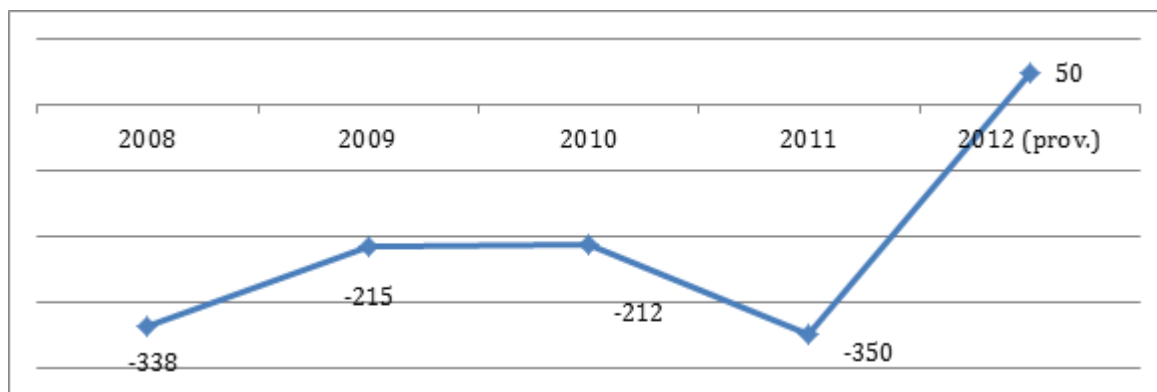
Graphique 5 : Évolution comparée des charges et produits globaux des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en M€)



Source : Données (provisoires) DGFIP, septembre 2013.

Il en résulte un résultat global légèrement positif, à hauteur de 50 M€, après un déficit de 350 M€ en 2011 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 6 : Évolution du résultat global des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en M€)



Source : Données (provisoires) DGFIP, septembre 2013.

L'année 2012 semble donc marquée par une amélioration du résultat global, qui est toutefois imputable pour une large part à un changement de pratique comptable et à une légère augmentation des produits exceptionnels.

La Cour des comptes¹⁴ a également relevé, à propos de cette inflexion de la situation financière des EPS en 2012, que « *Sans préjudice des gains de productivité qu'ont pu connaître certains établissements, mais qui ne sont pas à ce stade précisément documentés, l'amélioration en 2012, s'explique par la conjonction de plusieurs éléments qui donnent au résultat de l'année un caractère exceptionnel* », concluant que « *les principaux facteurs de redressement apparaissent en effet de nature soit non reductible, soit strictement comptables* ».

¹⁴ Cour des comptes, Rapport annuel sur la sécurité sociale, chapitre VII « *Les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics* », pages 205-206, septembre 2013.

Annexe II

Cette amélioration est la résultante de deux phénomènes complémentaires :

- ◆ **une diminution des charges de titre IV, c'est-à-dire les charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles, de 4 % entre 2011 et 2012**, alors que tous les autres titres de charges augmentent sur la même période (les charges de titres II et III augmentent entre 4 et 5 %) ; cette évolution est propre à l'année 2012 puisque les charges de titre IV connaissent une augmentation tendancielle de 6 % par an entre 2008 et 2012. (cf. tableau ci-dessous) ;

Tableau 12 : Détail des charges des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en M€)

	2008	2009	2010	2011	2012 (prov.)	Evol. 2011-2012 (prov.)	TCAM 2008-2012 (prov.)
Titre I : Charges de personnel CRPP	38 555	39 380	40 331	41 048	41 984	2,3%	2,2%
Titre II: charges à caractère médical CRPP	9 654	10 096	10 418	10 209	10 697	4,8%	2,6%
Titre III: Charges hôtelières CRPP	5 644	5 928	6 152	6 398	6 678	4,4%	4,3%
Titre IV: Charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles CRPP	5 378	5 678	5 795	7 089	6 805	-4%	6,1%
Total des charges CRPP	59 231	61 082	62 696	64 744	66 163	2,2%	2,8%
Total des charges CRPA	7 753	8 018	8 270	8 561	8 727	1,9%	3%
Total des charges (CRPP + CRPA)	66 984	69 100	70 966	73 305	74 891	2,2%	2,8%

Source : Données (provisoires) DGFiP, septembre 2013.

Note : Le TCAM est le taux de croissance annuel moyen calculé comme suit : $((\text{valeur 2012}/\text{valeur 2008})^{1/4})-1$. Le CRPP est le compte de résultat prévisionnel principal et les CRPA sont les comptes de résultat prévisionnels annexes.

Cette baisse des charges de titre IV est notamment liée à une diminution des dotations aux amortissements, dépréciations et provisions ;

- ◆ **une légère augmentation des produits du titre III correspondant aux « autres produits », c'est-à-dire notamment les recettes exceptionnelles issues de cessions d'actifs et d'aides d'urgence** ; le taux de croissance annuel moyen, positif sur l'ensemble des titres, est plus élevé sur le champ des produits de l'activité hospitalière ne provenant pas de l'assurance maladie (5,3 %) et pour les autres produits (3,9 %) ; entre 2011 et 2012, c'est la catégorie des « autres produits » qui connaît la plus forte augmentation (8,4 %) (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 13 : Détail des produits des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en M€)

	2 008	2 009	2 010	2 011	2012 (prov.)	Évol. 2011-2012 (prov.)	TCAM 2008-2012 (prov.)
Titre I : produits versés par l'assurance maladie CRPP	45 478	47 386	48 480	49 514	50 291	1,6 %	2,5 %
Titre II : autres produits de l'activité hospitalière CRPP	4 389	4 602	4 834	5 208	5 406	3,8 %	5,3 %
Titre III : autres produits CRPP	8 824	8 645	8 920	9 487	10 285	8,4 %	3,9 %
Total des produits CRPP	58 691	60 633	62 234	64 209	65 983	2,8 %	3,0 %
Total des produits CRPA	7 955	8 252	8 520	8 746	8 958	2,4 %	3,0 %
Total des produits (CRPP + CRPA)	66 646	68 885	70 754	72 955	74 941	2,7 %	3,0 %

Source : Données (provisoires) DGFiP, septembre 2013.

Note : Le TCAM est le taux de croissance annuel moyen calculé comme suit : $((\text{valeur 2012}/\text{valeur 2008})^{1/4})-1$. Le CRPP est le compte de résultat prévisionnel principal et les CRPA sont les comptes de résultat prévisionnels annexes.

Annexe II

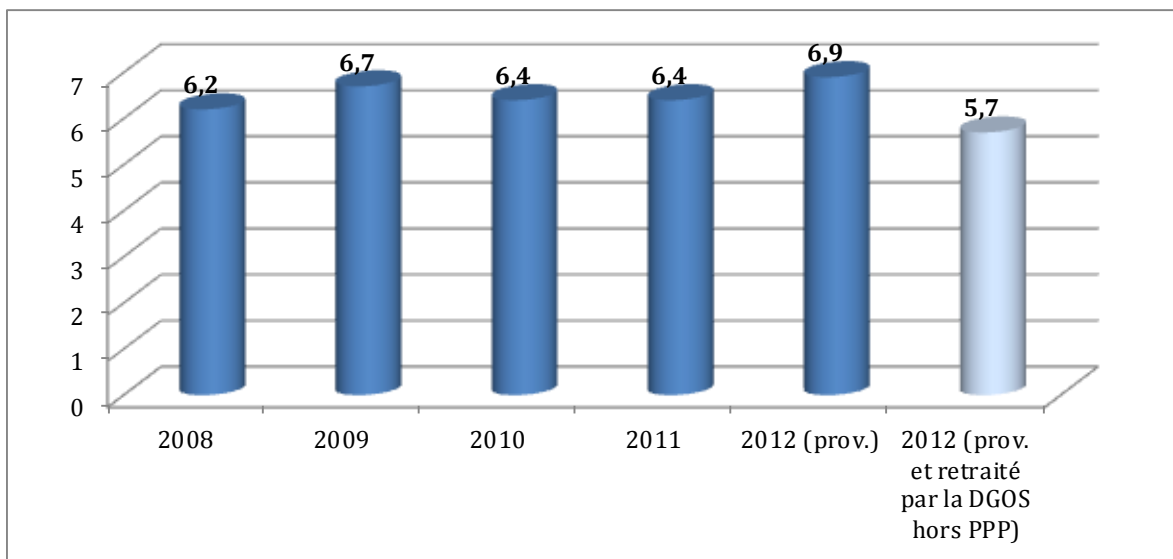
Cette hausse des « autres produits » est liée à plusieurs cessions d'actifs (60 M€ de cessions brutes à l'AP-HP, 43 M€ aux Hospices civils de Lyon, 35 M€ pour le CH de la région d'Annecy), mais également à l'augmentation des aides exceptionnelles versées en 2012 aux EPS en difficulté, qui auraient atteint un montant de 642 M€ contre 473 M€ en 2011 d'après la DGOS¹⁵.

2.1.2. À champ comptable constant retraité des PPP, les dépenses d'investissement décèlent et reviennent à un niveau proche de celui de 2007

Comme l'a indiqué le rapport de l'IGF et de l'IGAS précité, **le montant total de l'investissement hospitalier a doublé entre 2002 et 2008, passant de 3 Md€ par an à 6 Md€ par an**. Le montant de l'investissement total décroît ensuite, de 2009 à 2010/2011 passant de 6,7 Md€ en 2009 à 6,4 Md€ en 2010 et 2011.

En 2012, à champ comptable courant, il connaît un regain pour atteindre un montant de 6,9 Md€, dont 1,2 Md€ correspondant aux PPP contractés par les établissements de santé. Une fois retraité à champ comptable constant par la DGOS (*cf. supra*), ce montant atteint 5,7 Md€, soit un montant proche de celui de 2007 (5,5 Md€) (*cf. graphique ci-dessous*).

Graphique 7 : Total de l'investissement direct des établissements publics de santé de 2008 à 2012 (en Md€)



Source : Données (provisoires) DREES/DGOS, juillet 2013.

En termes de taux de croissance annuel moyen, les dépenses d'investissement évolueraient à hauteur de 2,7 % (-2,1 % après retraitement par la DGOS).

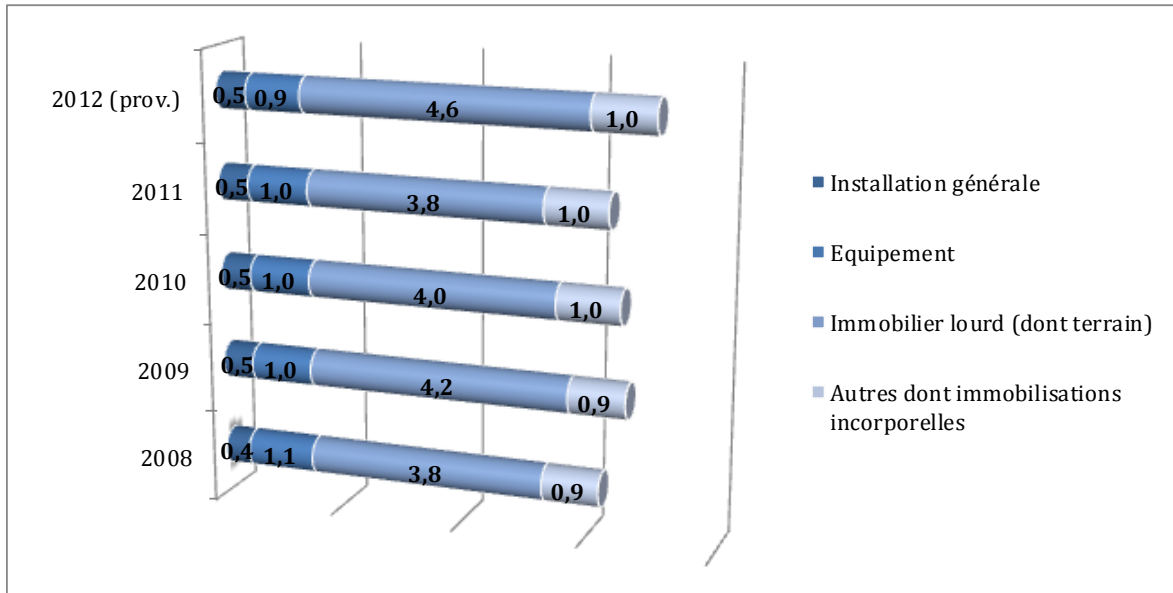
Il doit être noté néanmoins que les dépenses engagées au titre des PPP, si elles n'induisent pas toutes des décaissements au titre de l'année 2012, se traduiront néanmoins par des décaissements ultérieurs et, de ce fait, impacteront les finances hospitalières. Si le retraitement opéré par la DGOS permet de suivre l'évolution des investissements hospitaliers à champ comptable constant, il ne permet pas de bénéficier d'une vue complète des investissements réalisés par les EPS du fait de la non prise en compte des PPP.

¹⁵ Chiffres DGOS, septembre 2013.

Annexe II

Plus précisément, sur la base des données DREES non retraitées (6,9 Md€ en 2012), les investissements destinés à la catégorie « immobilier lourd, terrains compris »¹⁶ représentent la très grosse majorité, oscillant autour de 4 Md€ entre 2008 et 2011 pour atteindre en 2012 près de 4,6 Md€ (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 8 : Répartition de l'investissement des établissements publics de santé sur la période 2008-2012 (en Md€)



Source : Données (provisoires) DREES, juillet 2013.

2.1.3. Le poids de leur dette fragilise les établissements publics de santé, même si leur trajectoire globale d'endettement décroît

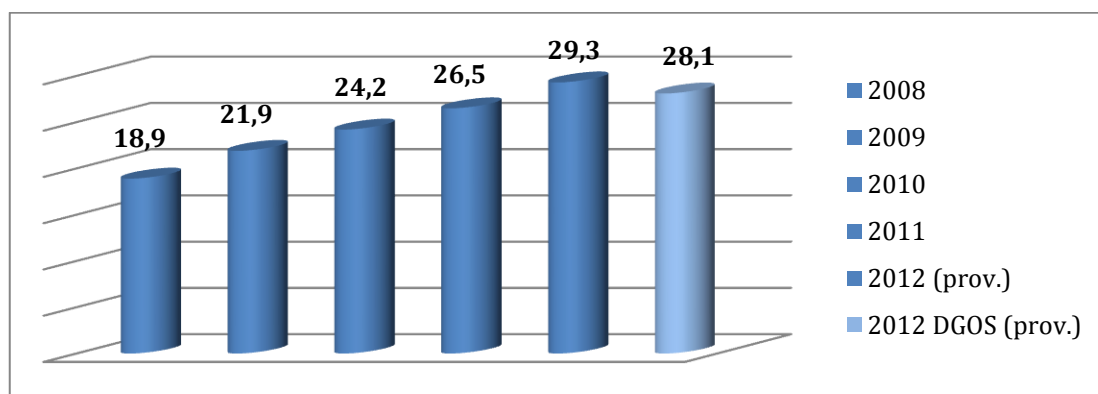
Les données non retraitées de la DGFIP laissent apparaître une poussée de l'endettement à 2,7Md€ en 2012 contre 2,2Md€ en 2011, en lien avec la montée des investissements jusqu'à 6,9Md€. Retraitées des PPP, les données sur l'endettement montrent au contraire une baisse de 2,2 Md€ en 2011 à 1,6 Md€ en 2012, en lien avec un montant d'investissement retraité à 5,7 Md€.

La trajectoire d'évolution de l'encours de la dette, qui a presque triplé entre 2002 et 2011, voit son accroissement confirmé (29,3 Md€ selon les données DGFIP non retraitées et 28,1 Md€ après retraitement par la DGOS hors-PPP) (cf. graphique ci-dessous).

¹⁶ La DREES précise que cette catégorie « Immobilier lourd dont terrains » recouvre à près de 99 % des bâtiments et, de façon donc très marginale, des terrains.

Annexe II

**Graphique 9 : Évolution de la dette des établissements publics de santé sur 2008-2012
(en Md€)**



Source : Données (provisoires) DGFIP/DGOS, septembre 2013.

Le poids de la dette au regard des produits (*i.e.* le poids annuel de l'encours de la dette par rapport au total des produits du CRPP et des CRPA) **est lui aussi en croissance**, puisqu'il représente 39 % en 2012 (38 % pour la DGOS après retraitement) contre 28 % en 2008.

La situation est donc caractérisée en tendance structurelle, sur la base des chiffres DGFIP, par :

- ◆ l'augmentation de l'encours de dette (10,6 % sur 2011/2012 et 11,6 % en TCAM 2008/2012) ;
- ◆ le renforcement du poids de la dette au regard des produits (2,7 % d'augmentation sur 2011/2012 et 0,4 % en tendance annuelle moyenne sur 2008/2012) ;
- ◆ l'augmentation de la durée apparente de la dette (16 % d'augmentation sur 2011/2012 et 8 % en tendance sur 2008/2012) (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 14 : Évolution de l'endettement et des ratios entre 2008 et 2012 (en Md€, en % et en années)

	2008	2009	2010	2011	2012 (prov.)	Évol. 2011-2012 (prov.)	TCAM ou croissance annuelle moyenne 2008-2012 (prov.)	2012 DGOS (prov.)
Encours de la dette (Md€)	18,9	21,9	24,2	26,5	29,3	10,6%	11,6 %	28,1
Produits (Md€)	66,6	68,9	70,7	73,0	74,9	2,6%	3,0 %	73,6
Poids de la dette en % (encours/produits)	28,4%	31,8%	34,2%	36,3%	39,0%	2,7%	2,7 %*	2,5%*
Durée apparente de la dette (dette/CAF, en années)	5,3	6,4	6,2	6,2	7,1	16%	8,0 %	6,9

Source : Calculs mission d'après données (provisoires) DGFIP/DGOS, septembre 2013 ; les chiffres marqués d'un astérisque () sont calculés comme suit : (valeur 2012-valeur 2008)/4.*

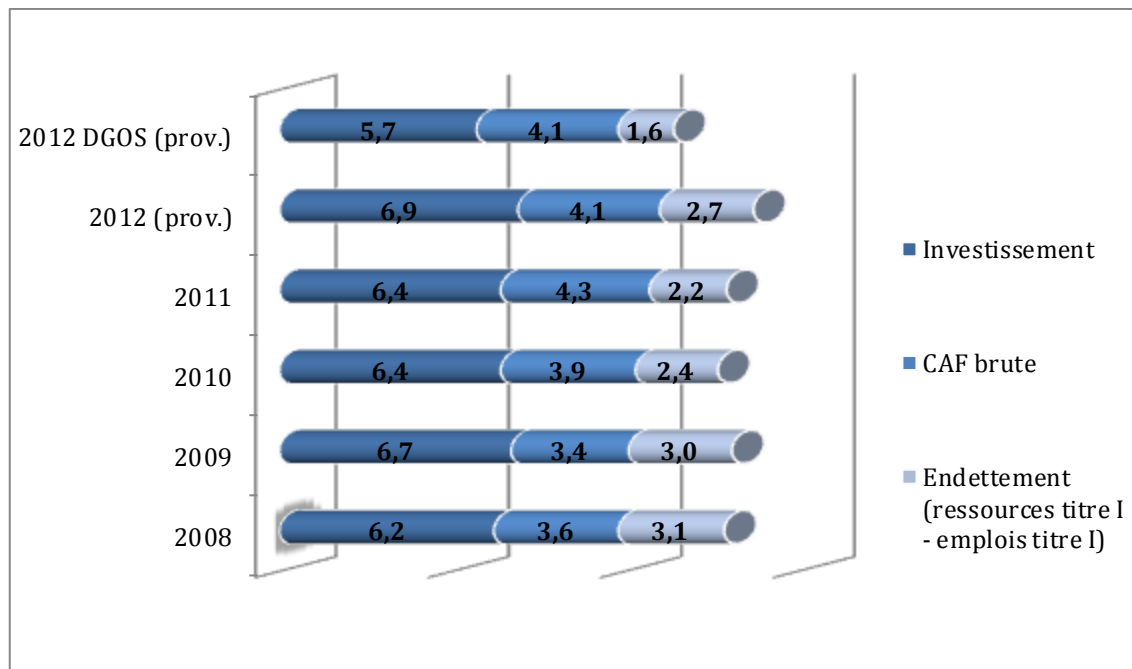
En revanche, l'endettement connaît un taux de croissance annuel moyen négatif (-3 %) entre 2008 et 2012 selon les données de la DGFIP (-15,1 % après retraitement par la DGOS).

L'augmentation de l'encours de la dette, du poids de la dette et de sa durée apparente, d'une part et, d'autre part, la baisse tendancielle de l'endettement des établissements publics de santé, tendent à monter que si ceux-ci continuent de s'endetter, ils le font dans des proportions moindres en montants.

Annexe II

Ainsi, l'endettement représente une part tendanciellement réduite du financement de l'investissement des EPS entre 2008 et 2012, passant de 3,1 Md€ en 2008 à 1,6 Md€ en 2012 d'après les données de la DGOS, hors PPP (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 10 : Évolution du financement de l'investissement des établissements publics de santé sur 2008-2012 (en Md€)



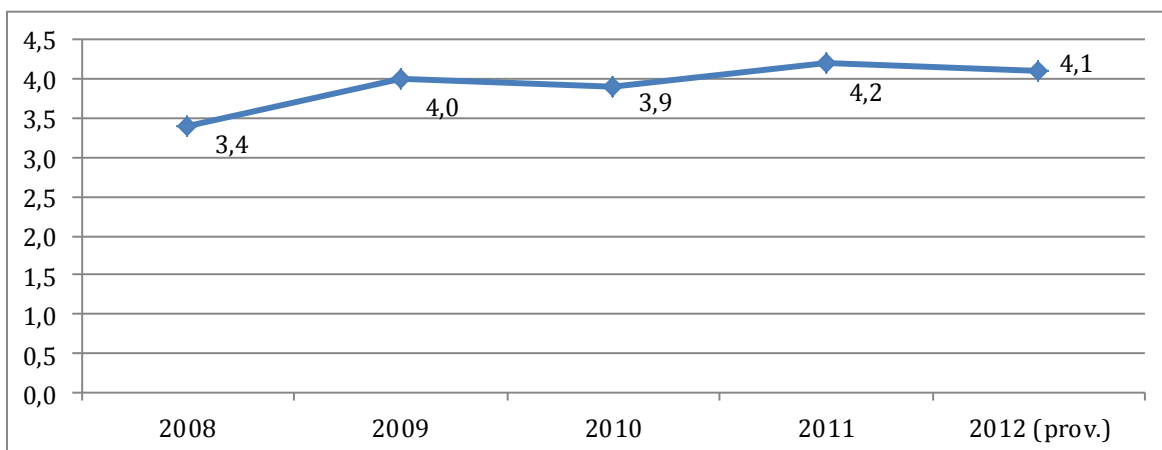
Source : Données (provisoires) DREES/DGOS, septembre 2013.

La persistance d'un fond de roulement (FDR) positif et en croissance, annuelle moyenne (4,1%) et sur la période 2011/2012 (22,7%), pourrait en revanche donner à penser que les établissements publics de santé s'endettent toujours plus que nécessaire.

2.1.4. La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé se stabilise mais demeure grevée par le remboursement des dettes financières

La capacité d'autofinancement (CAF) brute des établissements publics de santé se stabilise en 2012 à hauteur de 4,1 Md€, contre 4,2 Md€ en 2011. Cette stabilisation intervient après une hausse tendancielle de la CAF brute sur la période 2008-2012 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 11 : Évolution de la capacité d'autofinancement brute des établissements publics de santé entre 2008 et 2012 (en Md€)

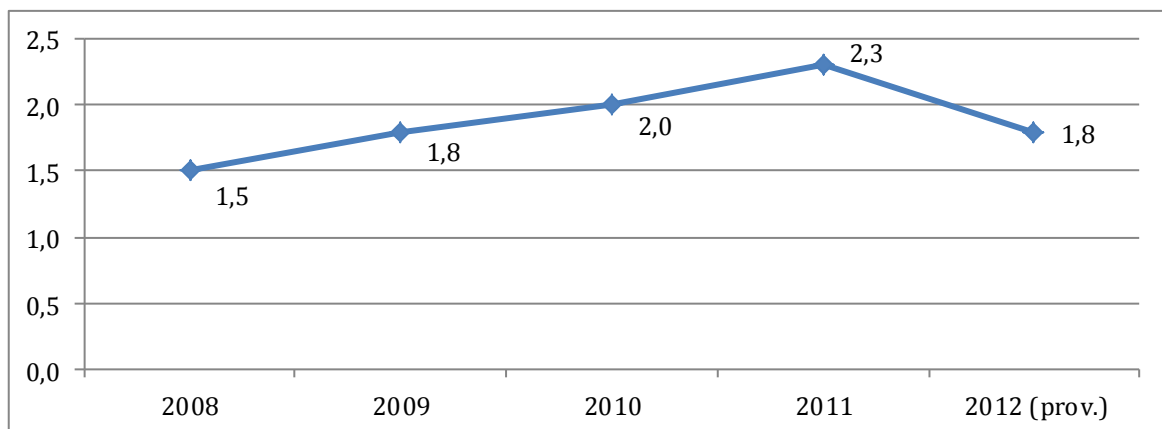


Source : Données (provisoires) DGFIP/DGOS, juillet 2013.

Du fait de cette augmentation, la CAF brute, sur la base du montant retraité par la DGOS des investissements à champ constant, assure une part croissante du financement des investissements.

Toutefois, une fois déduit le remboursement des dettes financières, la capacité d'autofinancement nette¹⁷ des établissements publics de santé se stabilise à un niveau prévisionnel de 1,8 Md€ en 2012 (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 12 : Évolution de la capacité d'autofinancement nette des établissements publics de santé après remboursement des dettes financières sur 2008-2012 (en Md€)



Source : Données (provisoires) DGFIP/DGOS, juillet 2013.

La capacité d'autofinancement des EPS semble donc amputée par leurs dettes financières.

La CAF nette connaît ainsi un taux d'évolution 2011/2012 négatif, de -21,7 %, qui la ramène à son niveau de 2009, après une évolution tendancielle à la hausse de près de 5 % par an en moyenne, entre 2008 et 2012 (cf. tableau ci-dessous).

¹⁷ Calcul de la CAF nette : CAF brute – remboursement des dettes financières (titre 1 des emplois du tableau de financement des établissements publics de santé).

Tableau 15 : Écart entre CAF nette et investissements de 2008 à 2012 (en Md€)

	2008	2009	2010	2011	2012 (prov.)	Evol. 2011- 2012 (prov.)	TCAM 2008- 2012 (prov.)	2012 DGOS (prov.)
Investissements directs	6,2	6,7	6,4	6,4	6,9	7,8 %	2,7 %	5,7
CAF nette (CAF brute – remboursements des dettes financières)	1,5	1,8	2,0	2,3	1,8	-21,7 %	4,7 %	1,8
Investissement - CAF nette	4,7	4,9	4,4	4,1	5,1	24,4 %	2,1 %	3,9

Source : Calculs mission d'après données (provisoires) DGFIP/DGOS, septembre 2013.

2.2. La nouvelle procédure d'instruction des dossiers d'investissement hospitalier accroît les exigences en matière d'autofinancement par les établissements

La programmation des investissements hospitaliers a été réalisée depuis 2003 principalement grâce à des plans nationaux assortis d'enveloppes globales (*Hôpital 2007, Hôpital 2012, Santé mentale*)¹⁸. Comme le souligne le rapport de l'IGF et de l'IGAS sur l'investissement hospitalier précité, ces différents plans nationaux, s'ils ont contribué à réaliser des objectifs de modernisation des établissements hospitaliers et de recomposition de l'offre de soins, ont également occasionné un renforcement de leur endettement et donc une fragilisation de leur situation financière. Selon les chiffrages relevés dans ce rapport, les plans nationaux *Hôpital 2007, Hôpital 2012* et *PRISM (Santé mentale)* ont permis de couvrir 22,4 Md€, pour un montant total des investissements des établissements publics de santé de 52,3 Md€ sur la période 2002-2011 dont 49,2 Md€ sur la période 2003-2011¹⁹.

Une nouvelle procédure de pilotage des investissements hospitaliers a été instaurée fin 2012, assise sur :

- ◆ des mécanismes de sélectivité renforcée des projets, prenant notamment en compte la soutenabilité financière des investissements ;
- ◆ une logique d'insertion au sein de l'offre de soins régionale par la mise en œuvre de schémas régionaux des investissements (SRIS) ;
- ◆ une contre-expertise indépendante par l'intervention du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

2.2.1. Cette stratégie nationale vise un renforcement de la sélectivité des projets via les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS)

L'instruction du 28 mai 2013²⁰ indique aux directeurs généraux d'ARS les modalités de mise en œuvre des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS). Reprenant l'impératif d'une gestion rigoureuse des ressources financières consacrées au système de santé national, ce document invite à une sélectivité renforcée des projets, dans le cadre de priorités définies par les ARS (*cf. encadré ci-dessous*).

¹⁸ Pour le détail de ces plans et de leur impact, cf. le rapport IGF/IGAS précité : *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, op. cit.

¹⁹ Ibid. pages 28-29.

²⁰ Instruction n°DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS), NOR AFSH1313741J, validée par le CNP le 26 avril 2013, visa CNP 2013-105.

Encadré 12 : Les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS)

Les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) doivent permettre de passer d'une approche déclinée projet par projet à une approche stratégique et territoriale²¹.

Les SRIS doivent permettre que tout projet d'investissement soit incorporé à la stratégie régionale définie dans le PRS, en répondant à un besoin clairement identifié et en tenant compte de l'offre et du patrimoine déjà existant. Ils ont vocation également à faciliter l'optimisation des décisions d'investissement, en fixant à tout projet (sanitaire, libéral, médico-social) des critères exigeants en termes de valeur d'usage présente et future. Il est attendu des orientations qui seront retenues par les ARS qu'elles contribuent « (...) à la poursuite de l'effort de modernisation de l'offre de soins dans le respect du cadrage macro-économique fixé au niveau national pour les secteurs sanitaire et médico-social »²².

Se fondant sur l'expérience acquise des plans d'investissement, sont soulignés six axes de progrès :

- une meilleure insertion des projets au sein de la stratégie territoriale définie dans le PRS ;
- de plus grandes garanties sur la performance des projets, qui se conformeront aux critères et référentiels les plus exigeants ;
- une bonne articulation de ces projets portés par l'ensemble des acteurs du système de santé sur un territoire donné ;
- une meilleure prise en compte du patrimoine existant (*i.e.* pas d'augmentation des immobilisations mais valorisation des surfaces existantes) ;
- une intégration des investissements immatériels au sein de la stratégie d'investissement ;
- une visibilité la plus complète possible sur la soutenabilité financière globale des projets d'investissement.

Ces schémas préfigurent le volet « investissements » que le ministère des Affaires sociales et de la Santé projette d'insérer dans la prochaine génération de PRS.

La mise en œuvre de ces schémas doit s'opérer en deux temps :

- ◆ **pour le 15 juillet 2013, les ARS ont été sollicitées afin de réaliser un diagnostic sur les projets d'investissements conduits depuis dix ans et d'identifier les priorités d'investissement ayant un impact structurant sur l'offre de soins et médico-sociale à horizon de dix ans.** Cette sélection doit s'accompagner d'une analyse synthétique de l'apport de chaque opération pour le projet de territoire, de son impact sur la promotion du parcours des patients et les modalités de sa réalisation, en tenant compte du patrimoine et des capacités existantes. Enfin, l'ARS est chargée de veiller à la soutenabilité de cette programmation indicative, actualisable lors de la conclusion du SRIS. L'éventuelle mobilisation d'aides financières complémentaires aux échelons régional et national tiendra compte des priorités ainsi définies ;
- ◆ **d'ici le mois de décembre 2013 (point d'étape), les ARS devront réaliser un schéma stratégique et prospectif prenant en compte les besoins d'investissement en santé du territoire sur l'ensemble des secteurs.** Ce document devra comporter quatre volets :
 - un inventaire du patrimoine existant faisant apparaître un bilan des opérations d'investissement réalisées depuis dix ans ainsi que les capacités foncières ou immobilières mobilisables déjà disponibles pour répondre aux besoins identifiés ;
 - une analyse stratégique des besoins d'investissements menée en référence aux orientations du PRS, fondée sur l'étude des besoins en santé et visant à l'optimisation des parcours ;

²¹ Ibid.

²² Ibid.

Annexe II

- une cartographie présentant, par ordre de priorité, l'ensemble des projets programmés sur les champs sanitaire et médico-social et comportant notamment des indications synthétiques sur leur opportunité, leur coût et leur plan de financement prévisionnel ;
- une étude d'impact financier global contenant notamment une analyse de la soutenabilité des scénarios au regard de la capacité d'autofinancement actuelle et prévisionnelle des établissements et des structures ainsi que des éventuels financements susceptibles d'être mobilisés sur les dotations régionales ou auprès des collectivités territoriales.

2.2.2. Le renforcement de l'autofinancement des projets d'investissement est affirmé comme l'une des conditions-clefs de leur validation

Le gouvernement a fixé le cadre d'un effort d'investissement global de 45 Md€ sur la période 2013-2023 pour les établissements publics de santé (soit 4,5 Md€ annuels contre 6 Md€ en 2011).

Ce cadre financier prévoit un financement assuré prioritairement par autofinancement de la part des établissements publics. Le montant des aides nationales est limité à 3 Md€ sur cette même période 2013-2023, soit 300M€ par an, répartis entre aides en capital et aides en exploitation (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 16 : Répartition des modes de financement de l'investissement sur la période 2013-2023 (en Md€)

Modes de financement	Montant
Aides en capital <i>via</i> l'ONDAM (FMESPP)	2,1
Aides en capital autres	1,5
<i>Dont collectivités territoriales</i>	<i>1,0</i>
<i>Dont FEDER</i>	<i>0,4</i>
<i>Dont commissariat général à l'investissement (CGI)</i>	<i>0,1</i>
Autofinancement disponible	22,3
Emprunt	19,1
<i>Dont participation Banque européenne d'investissement (BEI) - estimation</i>	<i>3,0</i>
<i>Dont participation Caisse des dépôts et consignations (CDC) - estimation</i>	<i>3,0</i>
<i>Dont autres banques - estimation</i>	<i>13,1</i>
Total	45,0

Source : DGOS, juillet 2013 ; NB : les 3 Md€ d'aides nationales sur 2013/2023 correspondent aux 2,1 Md€ d'aides en capital en FMESPP (ONDAM) auxquels s'ajoutent 0,9 Md€ au titre des aides à la contractualisation (AC) en ONDAM, compris au sein des 19,1 Md€ d'emprunt.

Le montant représente, pour l'année 2014, en termes de mesures nouvelles, un montant de 210 M€ issus du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Encadrée par l'ONDAM, cette enveloppe financière décennale se veut limitative et subordonnée dans ses décaissements à la validation interministérielle des projets, sur la base de critères de performance et d'efficience.

Les projets d'investissement les plus structurants et en nombre limité sont désormais instruits par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 13 : Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

La ministre des affaires sociales et de la santé a installé le 11 décembre 2012 le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). La circulaire interministérielle qui l'encadre²³ fixe comme priorités de s'assurer *via* ce dispositif que :

- les meilleures pratiques en termes d'organisation sont déployées sur l'ensemble du territoire ;
- les investissements sont conduits selon des critères exigeants en termes de soutenabilité financière, de juste dimensionnement et de valeur ajoutée pour l'offre de soins et s'insèrent dans une offre de soins optimisée sur l'ensemble du territoire et s'inscrivent dans les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) ;
- les mesures nécessaires au retour à l'équilibre financier de certains établissements sont mises en œuvre.

Sont concernés par ce comité :

- d'une part, **les établissements amenés à conduire dans les prochaines années un projet d'investissement majeur** ; le COPERMO est en charge de suivre les projets des établissements de santé dont le montant dépasse 50M€ de travaux HT et, à titre exceptionnel et sur demandes des ARS, les projets n'atteignant pas ce seuil mais dont le plan de financement ne peut être finalisé sans un soutien sous forme de subventions nationales ou de conditions d'emprunt préférentielles ;
- d'autre part, **ceux dont la situation budgétaire obère la capacité d'action et placés devant la nécessité d'engager un processus de redressement rapide**. Il est précisé que concernant le suivi individuel des établissements retenus, le comité conduit sa mission dans le strict respect du principe de subsidiarité, en traitant uniquement les situations pour lesquelles une intervention de l'échelon national est absolument nécessaire et utile, et dans le respect des missions confiées aux ARS, échelon de droit commun pour traiter ces sujets. S'agissant des situations financières dégradées, il est en charge de suivre prioritairement les établissements anciennement financés par dotation globale (DG) avec un total des produits d'au moins 80M€ au compte principal du dernier exercice clos ; la sélection des établissements s'appuie notamment sur les indicateurs issus du dispositif de réseau d'alerte mis en place par la DGOS et la DGFIP²⁴ ainsi que sur la liste des établissements suivis dans le cadre du comité de veille active sur la situation de trésorerie²⁵.

La procédure d'intervention du COPERMO se déroule en plusieurs étapes :

- **la première décision, dite « décision d'éligibilité »**, vise à valider l'entrée du projet dans le dispositif d'instruction, elle ne contient pas d'engagement, ni sur la validation finale, ni sur le montant de l'engagement financier ;
- **la seconde décision, dite « décision de validation »**, consiste à émettre un avis sur la réalisation, ou non, du projet et, le cas échéant, à formuler une recommandation sur le montant de l'accompagnement financier consenti par l'État. Les aides à l'investissement sont octroyées en tenant compte de la situation financière de l'établissement et sous condition de leur comptabilité avec le cadrage financier d'ensemble et de la trajectoire de l'ONDAM qui, comme l'indique la circulaire, « (...) ne permet de financer qu'un nombre très limité de projets ».

²³ Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), NOR AFSH1317739C, validée par le CNP le 26 avril 2013, visa CNP 2013-90. Sa composition est définie comme suit : i) sur l'ensemble des thématiques traitées : secrétariat général des ministères sociaux, directeur général de l'offre de soins, directeur de la sécurité sociale, directeur général des finances publiques, directeur du budget, directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, chef de l'inspection des affaires sociales, délégué général à l'outre-mer ii) le directeur général de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et établissements médico-sociaux (ANAP) et le commissariat général à l'investissement (CGI) en sont membres délibérants iii) les décisions du comité sont préparées sous la responsabilité d'un groupe technique composé de l'ensemble des membres précités. La DGOS assure le secrétariat du comité et l'animation des travaux du groupe technique.

²⁴ Circulaire DGOS/DGFIP du 10 février 2010 relative à la mise en place d'un dispositif automatisé de détection des établissements publics de santé qui rencontrent des difficultés financières.

²⁵ Circulaire DGOS/DGFIP du 14 septembre 2012 relative à la mise en place des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé, NOR AFSH1235529C, validée par le CNP le 14/09/2012, visa CNP 2012-225.

Annexe II

Une contre-expertise indépendante, réalisée sous l'égide du commissariat général à l'investissement (CGI), intervient pour les projets d'investissements à partir de 50 M€ de travaux HT. Une fois le dossier déclaré « *éligible* » par le COPERMO, il est envoyé pour instruction à la contre-expertise, chargée de rendre un avis sur son contenu. Durant la période de mise en place du comité, cette contre-expertise a été assurée par les inspections générales des finances et des affaires sociales.

L'intervention du COPERMO est réservée aux situations les plus complexes et à fort enjeu. La liste des établissements est établie puis actualisée annuellement par le comité, sur proposition conjointe de la DGOS et des ARS concernées.

À ce jour, le COPERMO procède à l'instruction de 22 dossiers au titre de l'investissement et de 45 dossiers au titre du volet performance²⁶. Sur le volet investissement, le montant prévisionnel des projets est de 4,8 Md€ et de 2,5 Md€ d'aides nationales²⁷. Parmi les 22 dossiers :

- 7 ont été déclarés « éligibles » à la poursuite de leur instruction, sans validation à ce stade des aides nationales sollicitées ;
- 2 ont fait l'objet de demandes d'informations complémentaires ;
- 11 ont fait l'objet d'un second passage devant le COPERMO pour validation de leur demande de financements, pour un montant d'aide de 1,2 Md€.

Dans le cadre de l'instruction des projets par le COPERMO, **une analyse des opportunités de cessions et de l'utilisation des produits de cession est réalisée à la fois dans le cadre du volet performance et dans le cadre des projets d'investissement.**

Les cessions apparaissent donc comme un élément de l'équilibre financier des EPS, appelé à jouer un rôle croissant dans le cadre des nouvelles procédures d'instruction.

²⁶ Cf. liste détaillée en fin de chapitre.

²⁷ Chiffres DGOS (août 2013).

ANNEXE III

Impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les EPS

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. L'APPLICATION DE LA LOI AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ PEUT AMPUTER SIGNIFICATIVEMENT LES PRODUITS DE CESSIION, POUR UN NOMBRE LIMITÉ DE SITUATIONS	2
1.1. Les zones de tension en logement abritent une forte proportion d'établissements de santé contraints financièrement.....	2
1.1.1. <i>Les établissements de santé de grande taille sont proportionnellement plus nombreux dans les zones tendues.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>Les établissements situés en zone tendue sont confrontés à de fortes contraintes de financement.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Parallèlement, les communes situées dans les zones de tension ont moins de difficultés financières que les autres.....</i>	<i>8</i>
1.2. L'analyse des cessions passées montre que le dispositif de décote ne pourrait s'appliquer qu'à une part marginale d'entre elles.....	9
1.3. Selon les simulations réalisées par la mission, l'application du nouveau dispositif sur les cessions antérieures aurait un impact financier significatif, dans un nombre limité de cas	15
2. LA CONCILIATION DES OBJECTIFS DE CONSTRUCTION DE LOGEMENT ET DE QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS SUPPOSE UNE APPLICATION ADAPTÉE DE LA LOI AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS COMPLÉMENTAIRES.....	28
2.1. Seule une application du dispositif adaptée aux contraintes hospitalières permettrait d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins.....	28
2.1.1. <i>L'application stricte du dispositif aux EPS renforcerait sa cohérence générale mais pénaliserait certaines opérations d'investissement structurantes et fragiliserait le pilotage des politiques au niveau territorial.....</i>	<i>28</i>
2.1.2. <i>L'exclusion des établissements publics de santé du dispositif permettrait de sécuriser les produits de cession mais priverait les situations bloquées des éléments d'objectivation et de fluidification qu'offre la loi.....</i>	<i>32</i>
2.1.3. <i>La conciliation des politiques de réalisation de logements et d'investissements hospitaliers nécessite une application de la loi adaptée aux établissements publics de santé par l'intervention des directeurs généraux d'agence régionale de santé dans la procédure</i>	<i>34</i>
2.2. Plusieurs dispositifs pourraient également favoriser la construction de logements, sans contrecarrer la poursuite des objectifs hospitaliers.....	42
2.2.1. <i>La conclusion de baux emphytéotiques par les EPS pourrait être encouragée</i>	<i>42</i>
2.2.2. <i>Des quotas de réservation assortis de clauses de fonction pourraient être développés auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux.....</i>	<i>43</i>

Introduction

En complément des deux annexes précédentes, la mission s'est employée à mesurer le périmètre et l'impact financier potentiels de l'application de la loi du 18 janvier 2013 aux établissements publics de santé (EPS).

Faute de données exhaustives sur la valeur vénale du foncier hospitalier ou sur les opérations de cession réalisées, les analyses ont été menées sur un échantillon d'opérations. Ces simulations permettent de circonscrire les principales zones de risque et d'en déduire des propositions concrètes d'encadrement.

La présente annexe a ainsi pour objet :

- ◆ d'estimer l'impact potentiel de la loi sur les EPS à partir de simulations chiffrées ;
- ◆ de proposer des modalités d'application concrètes de la loi aux EPS, en assurant la conciliation des objectifs des politiques de construction de logement et d'investissement hospitalier.

1. L'application de la loi aux établissements publics de santé peut amputer significativement les produits de cession, pour un nombre limité de situations

Afin d'évaluer le champ potentiel d'application de la loi et son impact, la mission a développé une démarche en trois temps :

- ♦ une analyse de la situation des acteurs concernés par la loi, au premier rang desquels les établissements hospitaliers et les communes situés dans les zones de tension en logement ;
- ♦ une étude rétrospective d'un échantillon de cessions réalisées par des établissements de santé, au regard des critères d'application du nouveau dispositif législatif ;
- ♦ une simulation de l'application de la décote sur un échantillon de cessions, permettant de mesurer l'impact financier potentiel du nouveau dispositif.

1.1. Les zones de tension en logement abritent une forte proportion d'établissements de santé contraints financièrement

Afin de caractériser les contextes locaux dans lesquels la loi a vocation à s'appliquer prioritairement, la mission a dressé un panorama financier des établissements publics de santé et de leurs communes d'implantation en fonction des zones de tension en logement.

En effet, au-delà du constat de la très grande hétérogénéité des situations locales, la mission a ciblé les secteurs marqués par la tension du marché du logement, en reprenant le zonage dit « Scellier » auquel la loi du 18 janvier 2013 fait elle-même référence pour l'application de la décote¹ (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 1 : Définition des zones de tension en logement

Pour la gestion et la programmation des politiques du logement, le territoire national est divisé en zones géographiques, dans lesquelles chaque commune est classée.

Ce zonage a été constitué en 2003 pour le dispositif « Robien » de soutien à l'investissement locatif, puis adapté aux mesures qui lui ont succédé. La version actuelle, dite « Scellier », est issue d'une révision conduite en 2009 et aménagée en 2010. Les zones sont ainsi définies par **l'arrêté du 29 avril 2009 relatif au classement des communes par zone applicable à certaines aides au logement** ; il s'agit des zones A, B1, B2 et C, dans un ordre décroissant de tension.

La définition de ces zones résulte de l'analyse combinée de deux indicateurs statistiques :

- **un indicateur synthétique de tension**, qui prend notamment en compte le taux de mobilité dans le parc locatif social, la part des ménages bénéficiaires des aides au logement dont le taux d'effort est supérieur à 39 % de leurs revenus et le niveau des prix des logements et des loyers ;
- **un indicateur conjoncturel** tenant compte de l'analyse du marché par les professionnels de l'immobilier.

Les zones « Scellier » sont ainsi définies comme suit :

- **la zone A** : Paris et des communes proches de Paris (parfois isolées dans la zone A bis), les départements de la petite couronne, une partie des communes des départements de la grande couronne les plus proches de Paris, certaines communes de l'Ain et de Haute-Savoie (proches

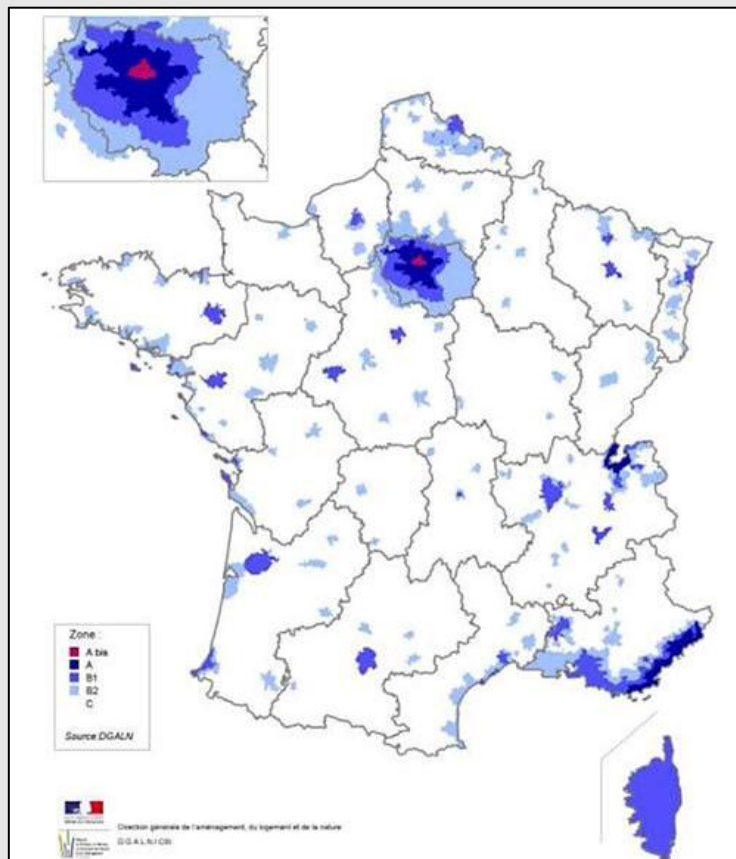
¹ La loi du 18 janvier 2013 fait explicitement référence à la tension du marché du logement. Son article 3 précise que « pour la part du programme destinée aux logements sociaux, la décote ainsi consentie, qui peut atteindre 100 % de la valeur vénale du terrain, est fixée en fonction de la catégorie à laquelle ces logements appartiennent. Elle prend notamment en considération les circonstances locales tenant à la situation du marché foncier et immobilier, à la situation financière de l'acquéreur du terrain, à la proportion et à la typologie des logements sociaux existant sur le territoire de la collectivité considérée et aux conditions financières et techniques de l'opération ».

Annexe III

de Genève), des Alpes-Maritimes et du Var (sur le littoral, de Hyères à Menton) ;

- **les zones B** : des communes de la grande couronne, des agglomérations de plus de 50 000 habitants considérées comme tendues, certaines communes où les loyers étaient élevés, les îles non reliées au continent, les départements et territoires d'outre-mer, le pourtour de la Côte d'Azur. La zone est subdivisée en zone B1 et zone B2 selon la taille de l'agglomération (plus de 150 000 habitants) et l'intensité de la tension ;
- **la zone C** : le reste du territoire.

Graphique 1 : Zonage du dispositif Scellier



Source : Ministère chargé du logement (direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature).

1.1.1. Les établissements de santé de grande taille sont proportionnellement plus nombreux dans les zones tendues

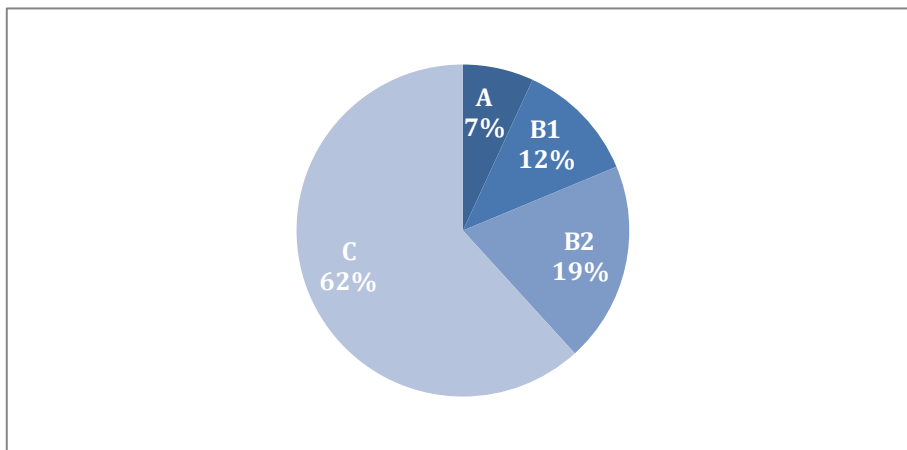
Les données relatives à la tension en logement ont été croisées avec la carte des établissements de santé, afin de caractériser le nombre, la taille et la nature des hôpitaux situés dans les zones dans lesquelles les besoins en logement sont les plus importants.

Compte tenu du manque d'informations – relevé dans l'annexe II de ce rapport – sur les caractéristiques physiques et financières du patrimoine des EPS et notamment son implantation géographique, **la commune d'implantation de l'établissement a été prise comme point de référence**. Les analyses qui suivent ne prennent donc pas en compte les actifs des EPS situés dans d'autres territoires que leur commune de rattachement, tels que l'hôpital Debrousse situé à Lyon, cédé par l'AP-HP en 2010.

Annexe III

Il ressort de cette analyse que **les communes d'implantation des EPS sont situées, pour près des deux tiers d'entre elles, en zone C**, où la tension du marché du logement est la plus faible. La zone A ne rassemble que 7 % des EPS, à ceci près que l'AP-HP ne compte que pour un établissement dans la base de données utilisée. La zone B1 réunit 12 % des EPS et la zone B2 19 % d'entre eux (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 2 : Répartition des EPS par zone de tension en logement

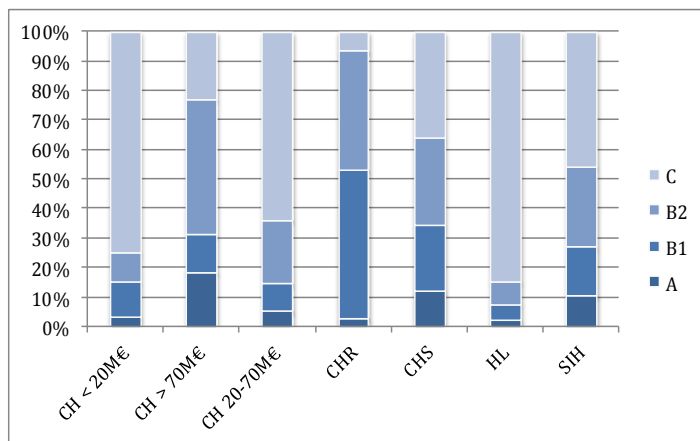


Source : Données DGFIP 2012.

Les zones de tension A et B1 ne réunissent donc que 19 % des EPS. Pour autant, **les établissements de santé sont variablement représentés au sein des différentes zones de tension en logement** :

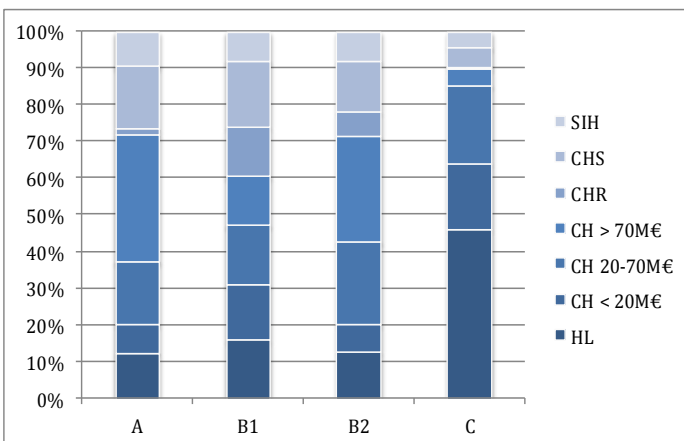
- ◆ les établissements de petite taille – centres hospitaliers dont le budget est inférieur à 20 M€ et anciens hôpitaux locaux – sont situés pour 75 à 85 % d'entre eux dans la zone C ;
- ◆ tandis que les CH de grande taille sont représentés en zone A pour près de 20 % et en zone B2 pour plus de 10 % ;
- ◆ et les CHR sont peu implantés en zone A et C, mais très largement en zone B1 – à hauteur de 50 % - et en zone B2 – à hauteur de 40 % (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 3 : Répartition des catégories d'EPS par zone de tension en logement (en % d'établissements)



Source : Données DGFIP 2012.

Graphique 4 : Part des catégories d'EPS dans les zones de tension en logement



Source : Données DGFIP 2012.

Annexe III

La taille des établissements est donc en partie liée à leur implantation géographique ; **les EPS de grande taille tendent à être proportionnellement les plus nombreux dans les zones tendues** :

- ◆ la zone A est composée majoritairement de CH de grande taille – à hauteur de 34 % -, de CH de taille moyenne et de CHS – à hauteur de 17 % pour les deux catégories -, et d'anciens hôpitaux locaux – à hauteur de 13 % - ;
- ◆ les zones B ont une composition plus hétérogène ; la zone B1 notamment, puisque chaque catégorie d'EPS est représentée à hauteur de 13 à 18 %, à l'exception des SIH ;
- ◆ inversement, la zone C est composée majoritairement d'anciens hôpitaux locaux – à hauteur de 46 % -, de CH de petite taille – à hauteur de 18 % - et de CH de taille moyenne – à hauteur de 21 % - (*cf. graphique ci-dessous*).

1.1.2. Les établissements situés en zone tendue sont confrontés à de fortes contraintes de financement

L'étude de la situation financière des EPS et de leurs communes a été établie en fonction de trois paramètres :

- ◆ **le taux d'endettement** de l'EPS et le poids de la dette de la commune ;
- ◆ **la durée apparente de la dette** de l'EPS et de la commune, permettant de mesurer, le nombre d'années nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement sont consacrées à cet objectif ;
- ◆ **la capacité d'autofinancement (CAF)** de l'EPS et de la commune.

Par ailleurs, la situation financière des communes est étudiée à partir de l'écart à la moyenne de la strate de la commune, définie en fonction du nombre d'habitants.

Ces différents critères ont été analysés sur **trois années consécutives, 2010, 2011 et 2012**, selon la taille de l'hôpital et le zonage de tension en logement.

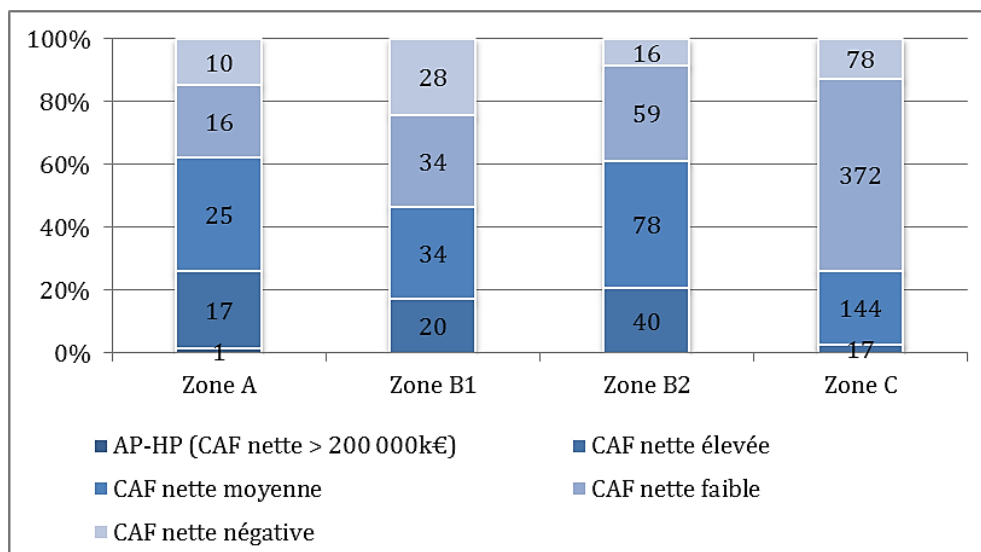
L'annexe II du présent rapport, relative à l'examen de la situation financière et patrimoniale des établissements publics de santé, a permis de mettre en **évidence la fragilité de la situation financière des établissements publics de santé. La trajectoire d'évolution de l'encours de la dette a en effet presque triplé entre 2002 et 2011, pour atteindre plus de 28 Md€ en 2012 (hors PPP).**

En outre, **la CAF nette des EPS reste négative pour plus de 13 % des 989 établissements en moyenne sur la période 2010-2012.** Ceux-ci doivent donc puiser dans des réserves, des subventions exceptionnelles ou des emprunts pour honorer une partie de leurs dépenses courantes. De même, la CAF nette est faible (moins d'1 M€) pour la moitié des établissements.

La zone C, de moindre tension sur le marché du logement, concentre la plus forte proportion d'établissements – près des trois quarts d'entre eux – avec une capacité d'autofinancement faible, voire négative, ce qui est lié pour une large part à la taille des établissements et à leur surface financière (*cf. graphique ci-dessous*).

Annexe III

Graphique 5 : Répartition de la CAF nette des EPS par zone de tension en logement, en moyenne sur la période 2010-2012 (en nombre de logements)



Source : DGFIP, retraitements mission.

Note : CAF nette élevée : supérieure à 5 M€

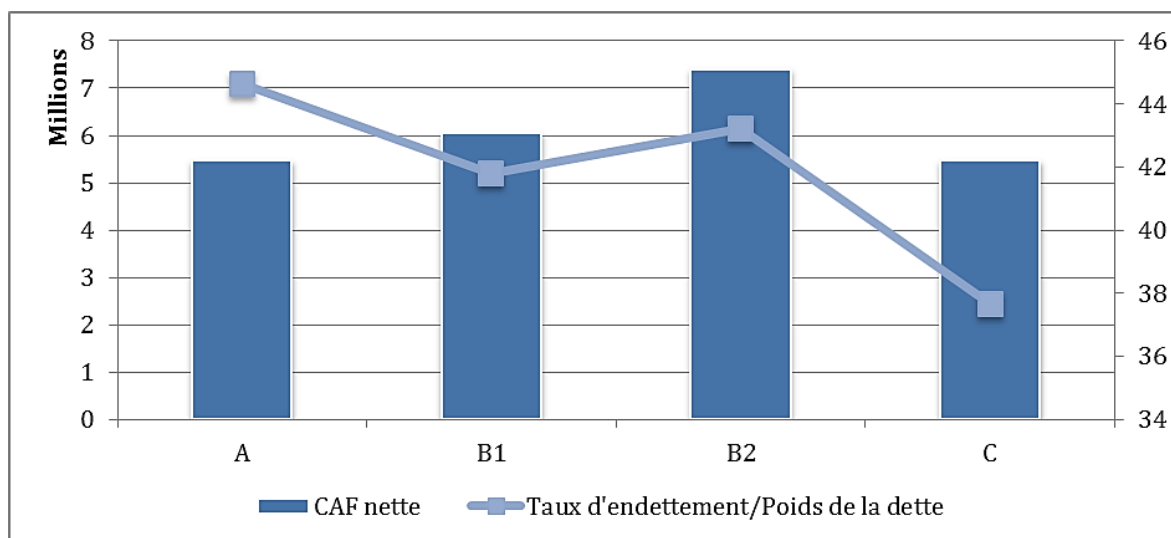
CAF nette moyenne : comprise entre 1 et 5 M€

CAF nette faible : comprise entre 0 et 1 M€

Ainsi, **lorsque sont isolés les établissements de grande taille** – qui sont proportionnellement plus nombreux en zones tendues et qui disposent du patrimoine immobilier le plus conséquent –, il apparaît que **la CAF est proportionnellement inférieure et l'endettement plus élevé dans les zones de tension en logement.**

En particulier **en zone A, le taux d'endettement des établissements de santé de grande taille** (CHU et CH dont le budget est supérieur à 70 M€, hors AP-HP) **atteint 45 %, contre 37 % en zone C.** Parallèlement, **la CAF nette moyenne ne représente que 5,5 M€ en zone A, contre plus de 7 M€ en zone B2** (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 6 : CAF nette et taux d'endettement des CHU et CH > 70 M€ - moyenne 2010-2012 (en M€ - échelle de gauche - et en % - échelle de droite)

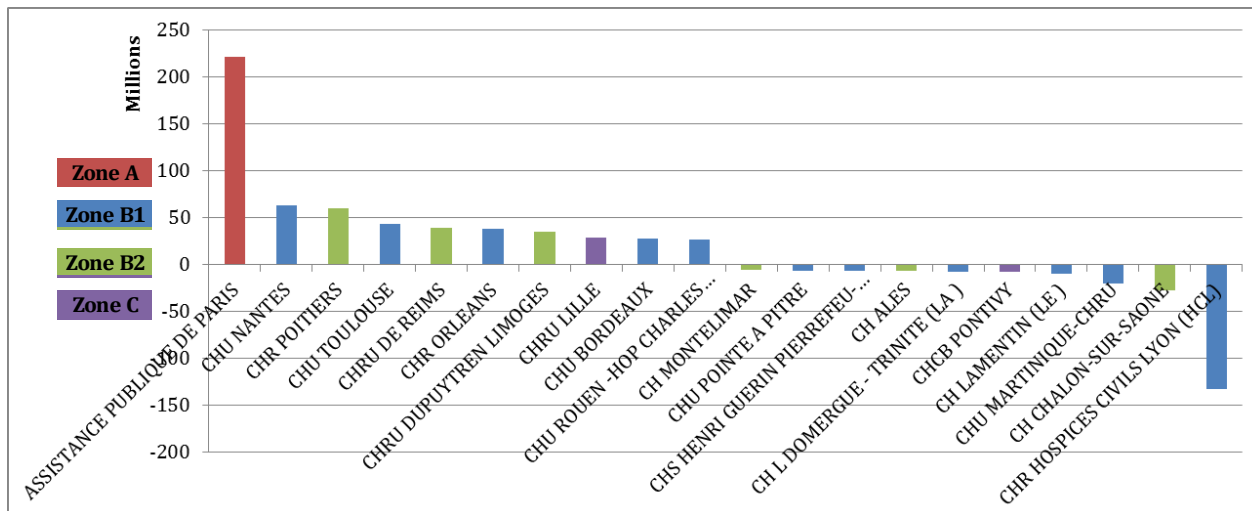


Source : DGFIP, retraitements mission.

Annexe III

L'AP-HP se distingue, avec une surface financière sans équivalent sur le territoire national, par une CAF beaucoup plus élevée que celle des autres EPS : elle atteint 222 M€ en moyenne entre 2010 et 2012, alors que la deuxième CAF la plus élevée n'atteint que 55 M€ en moyenne (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 7 : Moyenne de la CAF des EPS sur la période 2010-12 (10 plus élevées/faibles)



Source : DGFIP, retraitements mission.

L'AP-HP représente en effet un cas singulier dans le paysage hospitalier, dont **la taille ne doit pas occulter les difficultés de financement liées à une dette de plus de 2 Md€ en 2012** (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 2 : La situation singulière de l'AP-HP

L'AP-HP a une place importante dans l'ensemble des établissements publics de santé. À elle seule, elle emploie plus de 90 000 agents, représente 10 % de l'offre de soins, 40 à 50 % de la recherche clinique et 11 % du budget total des hôpitaux français. Les résultats financiers de l'AP-HP témoignent donc de réelles spécificités, notamment d'une **capacité d'autofinancement plus de 125 fois supérieure à la moyenne de l'ensemble des EPS sur la période 2010-12 : elle atteint 222 M€, contre 1,8 M€ en moyenne pour les autres EPS.**

Pourtant, si elle a une capacité d'autofinancement conséquente, **l'AP-HP a également une durée apparente de la dette 1,5 fois supérieure à la moyenne nationale.**

Parallèlement, l'AP-HP est le quatrième propriétaire foncier de la capitale et possède des biens répartis dans une trentaine de départements. Les enjeux financiers de ces cessions d'actifs sont donc de taille pour l'établissement : les projections du plan stratégique 2010-2014 exposent ainsi le montant des cessions exceptionnelles qui devraient intervenir entre 2011 et 2014, soit 390 M€ de cessions immobilières.

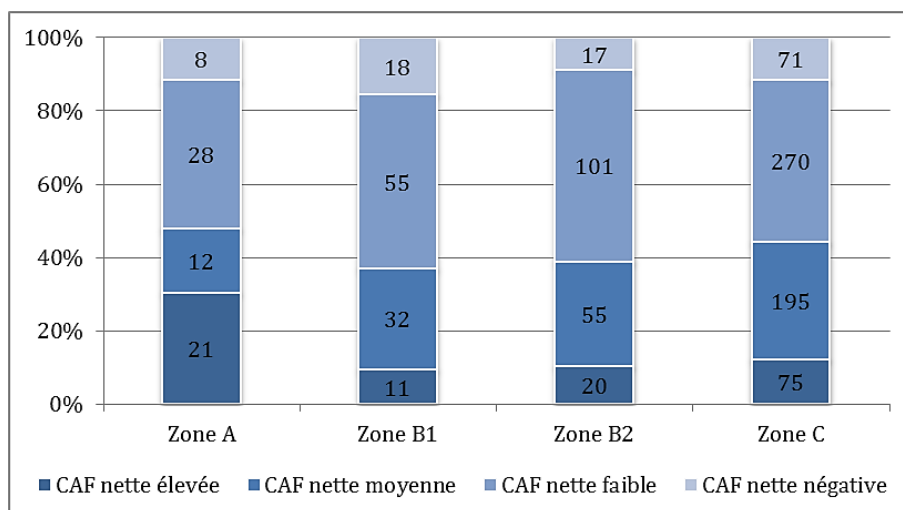
Certains sites de l'AP-HP, situés idéalement au cœur de la capitale, devraient donc intervenir notamment pour résorber la dette de 2,3 Md€ (au 31 décembre 2012) de l'établissement.

Dans ce contexte, les cessions d'actifs représentent un enjeu non négligeable de financements complémentaires pour des établissements de santé financièrement contraints. Ces produits, non pérennes, permettent le financement d'investissements et l'assainissement de situations financières difficiles.

1.1.3. Parallèlement, les communes situées dans les zones de tension ont moins de difficultés financières que les autres

Les communes des zones les plus tendues (A) ont une capacité d'autofinancement proportionnellement plus élevée que la moyenne nationale : 118 000 € contre 97 000 €. Peu de différences sont cependant notables, en particulier entre les zones B1, B2 et C, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

Graphique 8 : Répartition de la CAF nette des communes par secteur, en moyenne sur la période 2010-12



Source : DGFIP, retraitements mission.

Note : CAF nette élevée : supérieure à 200 000 €

CAF nette moyenne : comprise entre 100 000 et 200 000 €

CAF nette faible : comprise entre 0 et 100 000 €

Afin de neutraliser l'effet de la taille de la commune dans le montant de la CAF, ces données ont été analysées par strate de commune pour les trois années 2010, 2011 et 2012, confirmant le constat précédent :

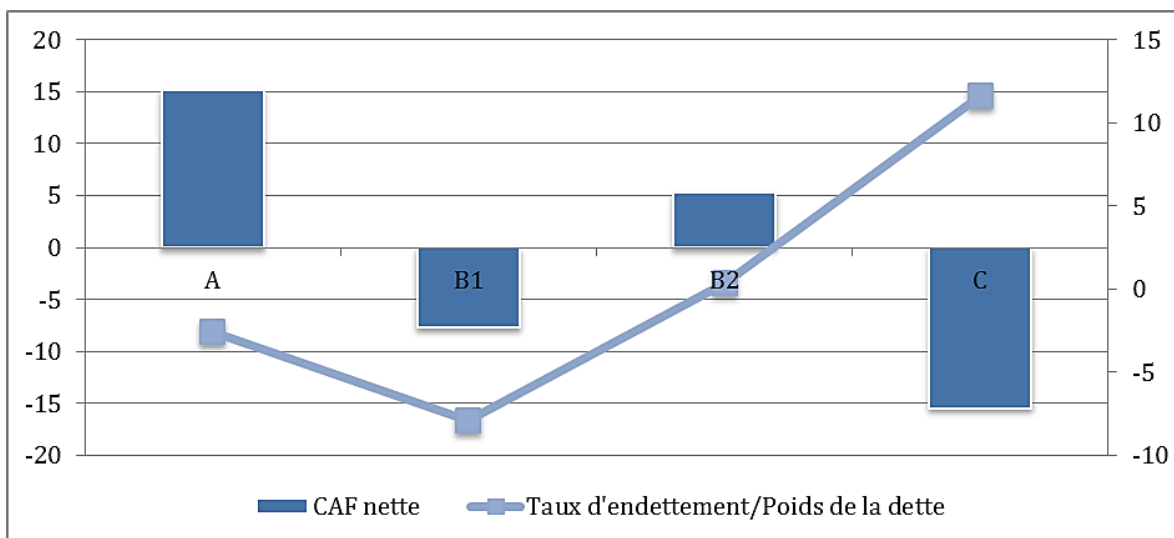
- ◆ les communes situées en zone A ont une CAF nette supérieure de 15 points en moyenne à la moyenne de leur strate ;
- ◆ à l'inverse, les communes situées en zone C ont une CAF nette inférieure de 7 points en moyenne à la moyenne de leur strate.

Par ailleurs, les communes en zone tendue de logement (zones A et B1) ont un poids de la dette inférieur à la moyenne de leur strate :

- ◆ les communes situées en zone A et B1 ont un taux d'endettement inférieur respectivement de 8 points et de 17 points en moyenne aux taux moyen de leur strate ;
- ◆ les communes situées en zone C ont un taux d'endettement supérieur de 12 points en moyenne à celui de leur strate (cf. graphique ci-dessous).

Annexe III

Graphique 9 : Écart à la moyenne de la strate de la CAF nette et du poids de la dette des communes – moyenne 2010 - 2012



Source : DGFIP, retraitements mission.

Ce panorama sommaire de la situation financière des communes d'implantation des EPS, en fonction des zones de tension en logement, permet ainsi de mettre en évidence que **le degré de tension en logement n'est pas directement corrélé aux difficultés financières des communes, bien au contraire.**

Ce constat renforce l'utilité d'une prise en compte, dans le calcul de la décote, de la situation financière de l'acquéreur du terrain – d'ores et déjà prévue à l'article 3 de la loi du 18 janvier 2013 –.

1.2. L'analyse des cessions passées montre que le dispositif de décote ne pourrait s'appliquer qu'à une part marginale d'entre elles

La mission a procédé, faute de données exhaustives sur le patrimoine hospitalier et les cessions réalisées, à **l'identification d'un échantillon d'opérations de cessions réalisées par des établissements de santé** (cf. encadré ci-dessous).

Annexe III

Encadré 3 : Échantillon des EPS identifiés par la mission

La mission a concentré ses investigations sur un échantillon d'EPS **ayant déjà réalisé des opérations de cession ou projetant d'en réaliser dans leur PGFP 2012-2016**, en croisant trois variables :

- l'importance du patrimoine foncier ;
- les zones de tension en logement ;
- la taille et la nature de l'établissement.

Il en résulte un échantillon de 10 établissements, présentant les caractéristiques suivantes :

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

Nom de l'établissement	Catégorie d'établissement	Zone de tension	Nombre de cessions analysées par la mission
AP-HP	AP	A	6
AP-HM	AP	B1	6
HCL	AP	B1	4
CHR d'Annecy	CH	B1	1
CHU de Nice	CHU	A	2
CHU de Nantes	CHU	B1	2
CH de Maubreuil	CH	B1	1
CH de Saintonge	CH	C	1
CH de Nogent-le-Rotrou	CH	C	1*
EPS de Maison Blanche	Ex-CHS	A	1*

Source : Mission.

** Ces cessions n'ont pas encore été réalisées, mais sont en cours.*

La mission a effectué des **déplacements auprès de chacun de ces établissements**, en s'efforçant de rencontrer pour chacun d'entre eux des représentants de :

- l'établissement de santé ;
- la commune ou l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) concerné ;
- l'ARS ;
- la préfecture ou la direction départementale des territoires et de la mer.

Par ailleurs, **chaque établissement a été sollicité afin de recueillir des données sur les cessions réalisées**, notamment les caractéristiques du bien cédé, les contraintes inhérentes au plan local d'urbanisme (PLU), les caractéristiques de l'opération d'aménagement ou de construction réalisée et le montant du prix de cession.

Annexe III

Tableau 2 : Descriptif des opérations de cession de l'échantillon

Établissement propriétaire	Acquéreur	Type de bien	Date de cession	Emprise (en m²)	Destination de l'acquisition	75 % de logement ou plus	Logement social	Zone de tension en logement	Respect du délai de 5 ans	Prix de cession (en €)
AP-HP	Financière Cogedim Laennec	Hôpital Laennec (DP)	2002	38 026	Opération mixte (résidences, logements sociaux et EHPAD)	Oui	Oui	A	Non	76 230 000
AP-HP	Société Paris Palace	Immeuble rue de Lyon (DNA)	2006	1 102	Hôtel	Non	Non	A	-	14 000 000
AP-HP	Ville de Paris	Parcelles de l'hôpital Broussais (DP)	2008	5 312	EHPAD public	Oui	Non	A	Non	14 000 000
AP-HP	Société Vinci immobilier	Parcelles de l'hôpital Debrousse (DP)	2010	45 289	Opération mixte	Oui	Oui (30 %)	B1	-	17 500 000
AP-HP	Ville de Paris	Parcelle de l'hôpital Broussais (DP)	2011	1 029	Opération avec centre culturel et parvis public	Non	Non	A	-	4 000 000
AP-HP	DCI Immobilier	Hôtel de Miramion et hôtel de Selves (DP)	2012	3 439	Logement privé	Oui	Non	A	-	35 117 878
HCL	Société Promoval	Centre Livet (DP)	2014	16 012	Logement libre, logement social, hôtel et résidence sénior	Oui	Oui (35 %)	B1	-	8 400 000
HCL	Société Kaufmann & Braud	Villa du Centre gériatrique du docteur Dugoujon (DNA)	2013	3 129	Logement privé	Oui*	Non	B1	-	3 300 000
HCL	Société Sogimm	Anciennes archives centrales (DP)	2013	4 622	Résidence de tourisme	Non	Non	B1	-	3 432 591

Annexe III

Établissement propriétaire	Acquéreur	Type de bien	Date de cession	Emprise (en m²)	Destination de l'acquisition	75 % de logement ou plus	Logement social	Zone de tension en logement	Respect du délai de 5 ans	Prix de cession (en €)
HCL	Habitat foncier	Château du grand Perron (DP)	2013	6 000	Résidence pour étudiants	Oui	Oui	?	-	2 500 000
AP-HM	Ville de Marseille	Hôtel Dieu (DP)	2007	18 665	Bail emphytéotique entre la ville et Axa pour la réalisation d'un hôtel et de logements	Non	Non	B1	-	9 900 000
AP-HM	Marseille Habitat	Immeuble rue Méry (DNA)	2010	2 909	Logements	<i>Oui*</i>	NC	B1	-	8 550 000
AP-HM	Meunier Méditerranée	Clinique Cantini (DP)	2008	8 095	Résidence	Oui	Non	B1	-	3 305 000
AP-HM	SIFER	Terrain avenue Fernandel (DNA)	2012	15 521	Résidence	Oui	Non	B1	-	2 050 000
AP-HM	SOGIMA	Ancien centre psychiatrique Capelette (DP)	2010	12 080	Logements intermédiaires	Oui	Oui	B1	-	2 300 000
AP-HM	BNP Paribas immobilier résidentiel	Terrain Parangon (DNA)	2009	13 251	Logements	Oui	NC	B1	-	9 300 000
CH d'Annecy	Tresum accueil	Ancien hôpital (DP)	2012	60 846	Opération mixte	Oui	Non	B1	-	35 000 000
CHU de Nice	Caisse des dépôts	Immeuble boulevard Gambetta-ilôt A (DNA)	2006	1 700	Logements	<i>Oui*</i>	Non	A	-	5 000 000
CHU de Nice	SCI Aurora II	Immeuble avenue Clemenceau (DNA)	2012	455	Bureaux et logements	NC	NC	A	-	4 750 000
CHU de Nantes	Nantes métropole	Hôpital de jour (DP)	2009	1 721	Nouvel hôpital de jour et logements	Non	Oui	B1	-	845 000

Annexe III

Établissement propriétaire	Acquéreur	Type de bien	Date de cession	Emprise (en m ²)	Destination de l'acquisition	75 % de logement ou plus	Logement social	Zone de tension en logement	Respect du délai de 5 ans	Prix de cession (en €)
					sociaux					
CHU de Nantes	Association culturelle Saint Pie X	Château de la Placelière (DNA)	2012	11 000	Ecole privée	Non	Non	C	-	1 400 000
CH de Maubreuil	Crédit mutuel	Sanatorium (DP)	2014	13 450	Centre de formation	Non	Non	B1	-	2 000 000
CH de Maubreuil	Société Astrolabe	Château et dépendances	2012		Logement	Oui	Non	B1	-	1 360 000
CH de Maubreuil	Ville de Carquefou	Terres agricoles et bois	2012	59 630	Terres agricoles et parc public	Non	Non	B1	-	240 000
CH de Saintonge	Ville de Saintes	Ancien hôpital de Saintes (DP)	2008	30 000	NC	NC	NC	C	Non	4 100 000

Source : Mission.

** L'opération a donné lieu à 75 % de logement au moins, mais le bien était déjà affecté à un usage d'habitation, et n'a donc sans doute pas permis de créer un nombre net significatif de logements.*

Annexe III

La décote prévue par la loi du 18 janvier 2013 ne peut être appliquée que sous certaines conditions, notamment :

- ◆ l'acquisition est réalisée au profit d'une collectivité territoriale, d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre (EPCI), d'un établissement public foncier (EPF), d'un établissement public aménageur (EPA), d'un organisme bailleur social ou encore les promoteurs et aménageurs privés dont le programme comporte des logements sociaux ;
- ◆ le bien est vendu en vue de recevoir au moins 75 % de surface de plancher affectée au logement ; dans le cas d'une restructuration de bâtiments, l'opération doit être créatrice nette de logements² ;
- ◆ l'opération comporte des logements locatifs sociaux ou assimilés (structures d'hébergement temporaire ou d'urgence, résidences sociales, aires d'accueil des gens du voyage, logements pour étudiants, locations-accessions) ou encore des logements en accession sociale à la propriété.

Ces trois conditions cumulatives ne sont réunies, pour l'échantillon de 25 cessions réalisées, que pour 5 opérations, soit 20 % seulement. Il convient de relever que **le critère le plus discriminant est celui du logement social**, puisque seules six opérations de l'échantillon avaient vocation à permettre la construction de logements sociaux (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 3 : Nombre d'opérations de cession de l'échantillon remplissant les trois conditions d'application de la décote

	Bénéficiaire	75 % de logement	Logement social	Cumul des trois conditions
Nombre de cessions	14	12*	6	5

Source : Mission.

** Seules sont prises en compte les opérations « créatrices nettes » de logement, les opérations de réhabilitation de logement ne rentrant pas dans le dispositif.*

Par ailleurs, il est important de souligner que l'échantillon de cessions examiné par la mission témoigne d'une connaissance inégale par les établissements hospitaliers de la destination de l'acquisition, c'est-à-dire de la nature de l'opération d'aménagement ou de construction qui sera réalisée sur le bien cédé. Ceci explique que les rubriques « 75 % de logement » ou « Logement social » ne soient pas renseignées pour certaines opérations.

Ainsi, l'exemple de l'AP-HM montre que **la plupart des opérations de cession n'ont pas donné lieu au calcul d'un compte à rebours aménageur ou constructeur, mais se sont réalisées en fonction des évaluations par comparaison de France domaine ou d'autres évaluateurs externes.** La direction de l'AP-HM a, en outre, expliqué à la mission que la municipalité – consciente des besoins de financement de l'hôpital – s'efforçait de ne pas imposer de contraintes de construction de logement social sur les sites du patrimoine de l'AP-HM, afin de ne pas réduire ses recettes de cession potentielles. Ce constat a été confirmé par les représentants de la municipalité, également rencontrés par la mission.

² Sont exclues du champ de la décote les opérations de simple rénovation ou réhabilitation de logements, dès lors qu'elles ne sont pas créatrices de nouveaux logements. Les opérations de démolition/reconstruction de logements libres ou sociaux de type « un pour un » n'ouvrent pas droit à la décote logement social.

Enfin, pour les rares opérations pour lesquelles la date de cession permet d'avoir un recul suffisant, **il apparaît que le délai de cinq ans de réalisation, prévu par la loi du 18 janvier 2013³, n'est jamais respecté.** La difficulté à tenir ce délai de cinq ans a été soulignée à plusieurs reprises au cours des entretiens réalisés par la mission, tout particulièrement pour des opérations de reconversion de sites hospitaliers, qui nécessitent une réflexion d'envergure sur l'aménagement du site et des délais de procédure particulièrement longs dans le cadre de zones d'aménagement concertées (ZAC) notamment. **Ce délai impératif fait plus largement obstacle à la constitution de réserves foncières** que souhaitent mettre en œuvre les collectivités locales ou les EPF lorsqu'ils procèdent à l'acquisition de biens de cette nature.

1.3. Selon les simulations réalisées par la mission, l'application du nouveau dispositif sur les cessions antérieures aurait un impact financier significatif, dans un nombre limité de cas

Afin de déterminer l'impact financier de la nouvelle décote instituée par la loi du 18 janvier 2013, la mission a souhaité simuler l'application de différents taux de décote sur des cessions réalisées ou en cours de réalisation, afin de partir d'hypothèses et de paramètres de négociation réalistes. Toutefois, ces simulations n'ont pu être effectuées que sur un nombre très restreint d'opérations de cession, pour lesquelles les paramètres du compte à rebours aménageur ou constructeur étaient connus au moment de la cession (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 4 : Définition de l'échantillon de cessions ayant fait l'objet de simulations

La simulation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 sur les cessions réalisées par les établissements publics de santé suppose de connaître le détail de l'équation économique de l'opération d'aménagement ou de construction réalisée sur le bien cédé : le montant de la charge foncière libre, le montant de la charge foncière sociale, la part de logements sociaux, la densité du programme, ou encore la part d'équipements publics. Or, l'exercice s'est révélé très délicat à mener, en raison de plusieurs difficultés :

- **sur les cessions passées, les données relatives à l'opération d'aménagement ou de construction ne sont presque jamais disponibles**, pour plusieurs raisons :
 - plusieurs opérations de cession ont été réalisées sans que la destination de l'acquisition soit connue par l'acquéreur lui-même ; l'achat de biens par les communes relève, dans plusieurs cas, d'une politique de constitution de réserves foncières ;
 - même lorsque l'acquéreur a prévu une opération de construction ou d'aménagement précise, les établissements de santé ne disposent pas des données sur l'équilibre économique de cette opération ; la négociation du prix s'effectue bien souvent à partir de l'évaluation par comparaison réalisée par France domaine ou par un évaluateur privé, et non en fonction d'un compte à rebours aménageur ou constructeur ;
- **sur les cessions en cours, l'équation économique de l'opération est rarement stabilisée et/ou fréquemment méconnue des établissements de santé.** Seuls l'ANAP, la direction nationale d'interventions domaniales (DNID) et les plus grands établissements disposent en interne des compétences requises pour évaluer les bilans aménageurs et constructeurs, et pour en discuter les paramètres avec l'acquéreur potentiel.

Aussi, la mission n'a pu réaliser des simulations que sur **un échantillon restreint de 6 cessions en cours**, pour lesquelles l'établissement, l'ANAP ou la DNID disposaient de tous les éléments permettant de faire les calculs nécessaires.

³ Article 3 de la loi du 18 janvier 2013 : « (...) il [l'acte d'aliénation] prévoit, en cas de non-réalisation du programme de logements dans le délai de cinq ans, soit la résolution de la vente sans indemnité pour l'acquéreur et le versement du montant des indemnités contractuelles applicables, soit le versement du montant d'une indemnité préjudicielle pouvant atteindre le double de la décote consentie ».

Annexe III

La mission a eu recours à **un outil mis au point par l'ANAP, et légèrement modifié**, pour estimer l'impact financier de la décote sur les 6 opérations de cession identifiées. Cet outil a permis de réaliser des simulations, selon les principes et les hypothèses suivants :

- ◆ la simulation consiste à **calculer les recettes brutes qui pourraient être perçues par l'établissement vendeur**, avant prise en compte des différents coûts de dépollution et d'aménagement à sa charge (dont il est supposé qu'ils demeurent globalement inchangés avec l'application du nouveau dispositif de décote), **selon différentes hypothèses** :
 - les « recettes potentielles » tirées d'une opération entièrement dévolue à la construction de logement libre, qui servent de point de référence ;
 - les « recettes négociées » telles qu'elles résultent des conditions effectives de la négociation entre le vendeur et l'acquéreur ;
 - les recettes après application de la décote sur le logement social ;
- ◆ **la mission a formulé plusieurs hypothèses de décote, dans la mesure où le montant de la décote ne peut pas être déterminé *ex ante*, avant prise en compte des circonstances locales** – notamment, la situation financière de la commune, ses besoins pour chaque catégorie de logement, ou encore les difficultés techniques particulières de réalisation du programme – qui ne pouvaient pas être appréciées dans le cadre de ces simulations ;
- ◆ toutefois, **les fourchettes hautes de décote ont été définies en fonction du barème inscrit à l'article R.3211-15 du CG3P** qui prévoit des plafonds de taux de décote en fonction du degré de tension du marché du logement et de la catégorie de logement concernée (*cf. tableau ci-dessous*) ;

Tableau 4 : Barème d'application de la décote

	Zone C	Zone B2	Zones A et B1
Catégorie 1 (très social ⁴)	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %	Entre 0 et 100 %
Catégorie 2 (social ⁵)	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %	Entre 0 et 75 %
Catégorie 3 (intermédiaire ⁶ et accession sociale)	Entre 0 et 25 %	Entre 0 et 35 %	Entre 0 et 50 %

Source : CG3P.

Lorsque le type de logement social n'était pas connu, l'hypothèse la plus pénalisante a été retenue comme fourchette haute, c'est-à-dire en considérant que l'intégralité des logements sociaux prévus dans l'opération relevait de la catégorie 1.

- ◆ **pour ce qui concerne les équipements publics, le calcul de la charge foncière décotée a été fait en imputant la proportion de logement social (hors équipement public) sur l'équipement public** et en appliquant la décote sur cette seule part ; le calcul n'a pas pu être fait, comme le prévoit la loi, en fonction de la part des équipements publics à l'usage des habitants de logements sociaux, les éléments disponibles étant trop frustrés pour permettre une telle analyse.

⁴ La catégorie 1 correspond aux logements très sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLAI » (prêts locatifs aidés d'intégration), assortis des loyers les plus bas du parc social.

⁵ La catégorie 2 correspond aux logements sociaux, c'est-à-dire aux logements financés par « PLUS » (prêts locatifs à usage social).

⁶ La catégorie 3 correspond aux logements intermédiaires, c'est-à-dire aux logements financés par « PLS » (prêts locatifs sociaux), aux logements permettant l'accession sociale à la propriété ou encore les résidences pour étudiants.

Annexe III

Ces analyses permettent à la fois :

- ◆ de mesurer l'impact actuel des contraintes imposées dans le plan local d'urbanisme (PLU) sur les recettes, ce qui représente la « décote de fait » ;
- ◆ d'obtenir une approximation de l'impact financier d'une fourchette de décote
 - par rapport au gain potentiel d'une opération en logement libre ;
 - par rapport à la décote de fait liée aux contraintes d'urbanisme pesant actuellement sur la négociation avec l'acquéreur.

Les encadrés qui suivent présentent le résultat des simulations pour les six opérations de cession.

Annexe III

Encadré 5 : Présentation du cas n°1

Le cas n°1 concerne une **cession réalisée en zone A**, avec les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 30 340 m² ;
- une densité de 1,66 ;
- une contrainte de 50 % de logement social ;
- une charge foncière libre de 2 300 € par m² et une charge foncière sociale de 900 € par m².

Tableau 5 : Simulation de l'application de la décote

Conditions de cession	Charge foncière libre	Charge foncière sociale	% logement libre	% logement social	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	2 300 €	-	100 %	-	69 784 300 €	-
Négociée	2 300 €	900 €	50 %	50 %	48 545 600 €	- 30 %
Décote de 25 %	2 300 €	1 725 €*	50 %	50 %	61 061 263 €	- 13 %
Décote de 50 %	2 300 €	1 150 €*	50 %	50 %	52 338 225 €	- 25 %
Décote de 100 %	2 300 €	0 €*	50 %	50 %	34 892 150 €	- 50 %

Source : Mission.

** L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).*

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -13 % et -50 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote ne se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 50 % de logement social avec une charge foncière de 900 € (conditions effectives de réalisation de la cession) **que lorsqu'elle s'élève à 100 % sur le logement social.**

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 25 % ou de 50 %, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (respectivement -13 % et -25 % sur les recettes potentielles, contre -30% pour les conditions actuelles de négociation).

En revanche, l'application d'une décote de 100 % sur le logement social induit une perte de recettes significative : les recettes brutes ne représentent plus que la moitié des recettes potentielles, soit un moindre perçu de 35 M€.

Encadré 6 : Présentation du cas n°2

Le cas n°2 concerne une **cession réalisée en zone A**, avec les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 82 600 m² ;
- une densité de 0,7 ;
- une contrainte de 26 % de logement social et 14 % d'équipement public ;
- une charge foncière libre de 630 € par m² et une charge foncière sociale et équipement public de 350 € par m².

Tableau 6 : Simulation de l'application de la décote

Conditions de cession	Charge foncière libre	Charge foncière sociale	Charge foncière éq. public	% logement libre	% logement social	% éq. public	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	630 €	-		100 %	-	-	52 038 000 €	-
Négociée	630 €	350 €	350 €	60 %	14 %	26 %	42 786 800 €	-18 %
Décote de 25 %	630 €	473 €* [*]	583 €** ^{**}	60 %	14 %	26 %	48 109 131 €	- 8 %
Décote de 50 %	630 €	315 €* [*]	536 €** ^{**}	60 %	14 %	26 %	44 180 262 €	-15 %
Décote de 100 %	630 €	0 €* [*]	441 €** ^{**}	60 %	14 %	26 %	36 322 524 €	-30 %

Source : Mission.

* L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).

** L'application de la décote sur la part d'équipement public est calculée comme suit : charge foncière équipement public = [charge foncière libre x (1-taux de décote) x % de logement social hors équipement public] + [charge foncière libre x % de logement libre hors équipement public].

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -8 % et -30 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote ne se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 26 % de logement social et de 14 % d'équipement public avec une charge foncière de 350 € (conditions effectives de réalisation de la cession) **que lorsqu'elle s'élève à 100 % sur le logement social.**

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 25 % ou de 50 %, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (respectivement -8 % et -15 % sur les recettes potentielles, contre -18% pour les conditions actuelles de négociation).

En revanche, l'application d'une décote de 100 % sur le logement social induit une perte de recettes significative : les recettes brutes ne représentent plus que 70 % des recettes potentielles, soit un moindre perçu de près de 16 M€.

Annexe III

Encadré 7 : Présentation du cas n°3

Le cas n°3 concerne une **cession réalisée en zone B1**, avec les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 11 500 m² ;
- une contrainte de 35 % de logement social décliné en :
 - 10 % de PLAI ;
 - 10 % de PLUS ;
 - 15 % de PLS ;
- une charge foncière libre de 1 100 € par m² et une charge foncière sociale moyenne de 383 € par m².

Tableau 7 : Simulation de l'application de la décote

Conditions de cession	CF libre	CF PLAI	CF PLUS	CF PLS	% libre	% PLAI	% PLUS	% PLS	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	1 100 €	-	-	-	100 %	-	-	-	12 650 000	-
Négociée	1 100 €	383 €	383 €	383 €	65 %	10 %	10 %	15 %	9 764 075	-23 %
Décote de 75 % PLAI 50 % PLUS 25 % PLS	1 100 €	275 €*	550 €*	825 €	65 %	10 %	10 %	15 %	10 594 375	-16 %
Décote de 100% PLAI 75 % PLUS 50 % PLS	1 100 €	0 €*	275 €*	550 €	65 %	10 %	10 %	15 %	9 487 500	-25 %

Source : Mission.

* L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -16 % et -25 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote ne se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 35 % de logement social avec une charge foncière de 383 € (conditions effectives de réalisation de la cession) **que lorsqu'elle s'élève à 100 % sur le logement social en PLAI, 75 % en PLUS et 50 % en PLS.**

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 75 % sur le PLAI, 50 % sur le PLUS et 25 % sur le PLS, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (-16 % sur les recettes potentielles, contre -23 % pour les conditions actuelles de négociation).

L'application d'une décote de 100 % sur le PLAI, 75 % sur le PLUS et 50 % sur le PLS induit une légère perte de recettes par rapport à la solution négociée : les recettes brutes représentent plus que 75 % des recettes potentielles contre 77 % dans la solution négociée.

Annexe III

Encadré 8 : Présentation du cas n°4

Le cas n°4 concerne une **cession réalisée en zone B2**, avec les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 79 460 m² ;
- une densité de 1,07 ;
- une contrainte de 20 % de logement locatif social et de 30 % de logement en accession sociale à la propriété ;
- une charge foncière libre de 230 € par m², une charge foncière sociale de 75 € par m² et une charge foncière en accession sociale de 110 € par m².

Tableau 8 : Simulation de l'application de la décote

Conditions de cession	CF libre	CF social	CF accession sociale	% libre	% social	% accession sociale	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	230 €	-	-	100 %	-	-	18 275 800 €	-
Négociée	230 €	75 €	110 €	50 %	20 %	30 %	12 951 980 €	-29 %
Décote de 25 % logement social et accession sociale	230 €	173 €* [*]	173 €* [*]	50 %	20 %	30 %	15 991 325 €	-13 %
Décote de 50 % logement social et 35 % accession sociale	230 €	115 €* [*]	150 €* [*]	50 %	20 %	30 %	14 529 261 €	-21 %
Décote de 75 % logement social et 35 % accession sociale	230 €	58 €* [*]	150 €* [*]	50 %	20 %	30 %	13 615 471 €	-26 %

Source : Mission.

** L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).*

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -13 % et -26 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote est donc toujours inférieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 20 % de logement social avec une charge foncière de 75 € et 30 % d'accession sociale à la propriété avec une charge foncière de 110 € (conditions effectives de réalisation de la cession).

Même lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 75 % sur le logement social, 35 % sur l'accession sociale à la propriété, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (-26 % sur les recettes potentielles, contre -29 % pour les conditions actuelles de négociation).

Annexe III

Encadré 9 : Présentation du cas n°5

Le cas n°5 concerne une **cession réalisée en zone B2**, avec les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 66 750 m² ;
- une densité de 0,85 ;
- une contrainte de 30 % de logement locatif social et de 40 % d'équipements publics ;
- une charge foncière libre de 225 € par m², une charge foncière sociale de 180 € par m² et une charge foncière équipements publics de 180 € par m² également.

Tableau 9 : Simulation de l'application de la décote

Conditions de cession	CF libre	CF social	CF équipement public	% libre	% social	% équipement public	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	225 €	-	-	100 %	-	-	15 018 750 €	-
Négociée	225 €	180 €	180 €	30 %	30 %	40 %	12 916 125 €	-14 %
Décote de 25 %	225 €	169 €* [*]	197 €** ^{**}	30 %	30 %	40 %	13 141 406 €	-13 %
Décote de 50 %	225 €	113 €* [*]	169 €** ^{**}	30 %	30 %	40 %	11 264 063 €	-25 %
Décote de 75 %	225 €	56 €* [*]	141 €** ^{**}	30 %	30 %	40 %	9 386 719 €	-38 %

Source : Mission.

** L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).*

*** L'application de la décote sur la part d'équipement public est calculée comme suit : charge foncière équipement public = [charge foncière libre x (1-taux de décote) x % de logement social hors équipement public] + [charge foncière libre x % de logement libre hors équipement public].*

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -13 % et -38 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 30 % de logement social et 40 % d'équipements publics avec une charge foncière de 180 € (conditions effectives de réalisation de la cession) **dès lors qu'elle s'élève à 50 % sur le logement social.**

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 25 %, elle se révèle légèrement moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (-13 % sur les recettes potentielles, contre -14 % pour les conditions actuelles de négociation).

L'application d'une décote de 75 % sur le logement social induit une perte importante de recettes par rapport à la solution négociée : les recettes brutes ne représentent plus que 62 % des recettes potentielles contre 86 % dans la solution négociée.

Encadré 10 : Présentation du cas n°6

Le cas n°6 concerne une **cession en zone A**, avec deux hypothèses de réalisation qui ont toutes les deux fait l'objet de simulations distinctes.

La première hypothèse repose sur les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 69 000 m² ;
- une densité de 2,0 ;
- une contrainte de 46 % de logement locatif social et de 8 % d'équipements publics ;
- une charge foncière libre de 2 500 € par m², une charge foncière sociale de 950 € par m² et une charge foncière équipements publics de 950 € par m² également.

Tableau 10 : Simulation de l'application de la décote (hypothèse A)

Conditions de cession	CF libre	CF social	CF équipement public	% libre	% social	% équipement public	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	2 500 €	-	-	100 %	-	-	172 500 000 €	-
Négociée	2 500 €	950 €	950 €	46 %	8 %	46 %	114 747 000 €	-33 %
Décote de 25 %	2 500 €	1 875 €*	2 188 €**	46 %	8 %	46 %	150 937 500 €	-13 %
Décote de 50 %	2 500 €	1 250 €*	1 875 €**	46 %	8 %	46 %	129 375 000 €	-25 %
Décote de 100 %	2 500 €	0 €*	1 250 €**	46 %	8 %	46 %	86 250 000 €	-50 %

Source : Mission.

* L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).

** L'application de la décote sur la part d'équipement public est calculée comme suit : charge foncière équipement public = [charge foncière libre x (1-taux de décote) x % de logement social hors équipement public] + [charge foncière libre x % de logement libre hors équipement public].

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -13 % et -50 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote ne se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 46 % de logement social et 8 % d'équipements publics avec une charge foncière de 950 € (conditions effectives de réalisation de la cession) que lorsqu'elle s'élève à 100 % sur le logement social.

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 25 % et de 50 % sur le logement social, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (respectivement -13 % et -25 % sur les recettes potentielles, contre -33 % pour les conditions actuelles de négociation).

L'application d'une décote de 100 % sur le logement social induit une perte de recettes substantielle par rapport à la solution négociée : les recettes brutes ne représentent plus que 50 % des recettes potentielles contre 66 % dans la solution négociée, soit plus de 86 M€ de moindres recettes par rapport à la solution négociée.

Annexe III

Encadré 11 : Présentation du cas n°6 bis

Le cas n°6 concerne une **cession en zone A**, avec deux hypothèses de réalisation qui ont toutes les deux fait l'objet de simulations distinctes.

La deuxième hypothèse repose sur les caractéristiques suivantes :

- une surface bâtie de 55 108 m² ;
- une contrainte de 38 % de logement locatif social, 24 % d'équipements publics et 15 % de loyers maîtrisés ;
- une charge foncière libre de 2 500 € par m², une charge foncière sociale de 950 € par m², une charge foncière équipements publics de 950 € par m² également et une charge foncière de loyers maîtrisés de 1 500 € par m².

Tableau 11 : Simulation de l'application de la décote (hypothèse B)

Conditions de cession	CF libre	CF social	CF éq public	CF maîtrisé	% libre	% social	% éq public	% maîtrisé	Total recettes brutes	Impact
Potentielle, sans contraintes	2 500	-	-	-	100 %	-	-	-	137 770 000	-
Négociée	2 500	950	950	1 500	23 %	38 %	24 %	15 %	76 545 012	-44 %
Décote de 25 %	2 500	1 875*	2 188**	1 875*	23 %	38 %	24 %	15 %	115 382 375	-16 %
Décote de 50 %	2 500	1 250*	1 875**	1 250*	23 %	38 %	24 %	15 %	92 994 750	-33 %
Décote de 100 %	2 500	0*	1 875**	1 250*	23 %	38 %	24 %	15 %	66 818 450	-52 %

Source : Mission.

* L'application de la décote sur la part de logement social est calculée comme suit : charge foncière sociale = charge foncière libre x (1-taux de décote).

** L'application de la décote sur la part d'équipement public est calculée comme suit : charge foncière équipement public = [charge foncière libre x (1-taux de décote) x % de logement social hors équipement public] + [charge foncière libre x % de logement libre hors équipement public].

Selon le montant de la décote appliquée, l'application du dispositif pourrait donc avoir **un impact sur les recettes brutes tirées de la cession compris entre -16 % et -52 % par rapport à un prix potentiel**, sans aucune contrainte de construction de logement social (c'est-à-dire pour une opération comportant 100 % de logement libre).

Cette décote ne se révèle supérieure à la « décote » de fait induite par la prise en compte de l'obligation de 38 % de logement social, 24 % d'équipements publics avec une charge foncière de 950 € et 15 % de loyers à prix maîtrisé avec un charge foncière de 1 500 € (conditions effectives de réalisation de la cession) **que lorsqu'elle s'élève à 100 % sur le logement social.**

Lorsqu'elle est appliquée à hauteur de 25 % et de 50 % sur le logement social, elle se révèle moins pénalisante sur les recettes brutes que le dispositif actuel (respectivement -16 % et -33 % sur les recettes potentielles, contre -44 % pour les conditions actuelles de négociation).

L'application d'une décote de 100 % sur le logement social induit une perte de recettes substantielle par rapport à la solution négociée : les recettes brutes ne représentent plus que 48 % des recettes potentielles contre 56 % dans la solution négociée, soit plus de 71 M€ de moindres recettes par rapport à la solution potentielle.

Annexe III

À l'issue de ces sept simulations, plusieurs constats peuvent être établis :

- ◆ en premier lieu, **ces simulations mettent en lumière la très grande variabilité de la « décote de fait »** telle qu'elle s'exerce aujourd'hui sur le prix de cession, en fonction des contraintes imposées par la commune sur la part de logements sociaux ou d'équipements publics ; ces « décotes de fait » s'échelonnent **entre 14 % et 44 %** par rapport aux recettes potentielles ;
- ◆ **la décote résultant de l'application de la loi du 18 janvier 2013 ne se révèle pénalisante**, par rapport aux conditions actuelles de négociation, **que dans les cas où elle est appliquée à un taux de 75 % ou 100 % sur le logement social** ; quand elle est mise en œuvre à un taux de 25 % ou 50 %, elle est souvent inférieure à la « décote de fait » appliquée aujourd'hui ; elle peut même être moins contraignante que les conditions actuelles de négociation, comme le met en évidence le cas n°3, y compris lorsque les taux légaux maximaux de décote sont appliqués ;
- ◆ elles montrent également que **l'application de la fourchette haute de la décote peut induire des pertes de recettes substantielles pour l'établissement de santé, comprises entre -25 % et -52 %** par rapport aux recettes potentielles, se traduisant par une moindre recette de plusieurs millions d'euros par rapport aux conditions actuelles de négociation (jusqu'à 28 M€ de moins pour le cas n°6) ;
- ◆ l'impact financier de la décote par rapport aux dispositifs préexistants semble principalement déterminé **en fonction de trois facteurs** :
 - le **taux de décote** ;
 - **l'écart existant entre la charge foncière libre et la charge foncière sociale**, ce qui rejoint pour une large part le degré de tension sur le marché du logement ; plus cet écart est important, moins la décote a un effet important par rapport à la situation actuelle ;
 - **le poids du logement social ou des équipements publics dans l'opération** ; lorsqu'il atteint 50 %, les moindres recettes deviennent substantielles.

Ainsi, contrairement à ce que pourrait laisser supposer une lecture rapide des résultats, **le facteur explicatif principal de l'impact financier de la décote n'est pas la zone de tension, mais les contraintes inscrites dans le PLU en termes de réalisation de logements sociaux et d'équipements publics**. En effet, le degré de tension sur le marché du logement ayant tendance à creuser l'écart entre les charges foncières libres et sociales, la « décote de fait » sur ces zones est d'ores et déjà importante. Dans les cas n°1 et 6, l'impact de près de 20 points sur les recettes brutes est directement lié au poids du logement social et des équipements publics dans l'opération.

Il n'y a donc pas lieu d'introduire un dispositif spécial pour la zone A, mais plutôt d'accorder une importance particulière aux contraintes imposées par la commune en termes de construction de logement social et d'équipement public.

Ces conclusions transparaissent dans le tableau ci-dessous, qui rassemble les résultats chiffrés des sept simulations effectuées, avec l'application du scénario maximaliste de décote la plus élevée possible (75 % sur le logement social en zone B2 et 100 % en zone A).

Annexe III

Tableau 12 : Présentation des principaux résultats des simulations réalisées sur un échantillon de cessions

Établissement	Zone de tension en logement	Surface bâtie (en m ²)	Prix du foncier en logement libre (en M€)	Prix négocié		Prix avec application maximale de la décote Duflot		Écart entre le prix décoté et le prix négocié	
				En M€	Écart (en %)	En M€	Écart (en %)	En M€	En points
1	A	30 000	69,8	48,5	- 30 %	35,0	- 50 %	-13,5	-20
2	A	82 260	52,0	42,8	- 18 %	36,3	- 30 %	-6,5	-12
3	B1	11 500	12,7	9,7	- 23 %	9,5	- 25 %	-0,2	-2
4	B2	79 460	18,3	12,9	- 29 %	13,6	- 26 %	+0,7	+3
5	B2	66 750	15,0	12,9	- 14 %	9,4	- 38 %	-3,5	-24
6	A	69 000	172,5	114,8	- 33 %	86,3	- 50 %	-28,0	-17
6 bis	A	55 100	137,8	76,6	- 44 %	66,8	- 52 %	-10,0	-8

Source : Mission.

Annexe III

En extrapolant ces résultats obtenus à partir d'un échantillon très restreint de cessions, on obtient un écart global de 15 à 20 % par rapport au prix négocié, lorsque la décote est appliquée au maximum.

En considérant le montant des produits de cession prévus par l'ensemble des EPS dans leurs PGFP 2012-2016, soit 1 123 M€ qui correspondent en moyenne à 225 M€ par an, **l'application maximale de la décote pourrait induire une moindre recette de 34 à 45 M€ par an.**

Rapporté au montant du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), soit 281 M€ en 2013, **cette moindre recette représenterait 12 % à 16 % des fonds prévus.**

* * *

Ces analyses ont permis de mettre en évidence deux constats majeurs :

- ◆ **le périmètre d'application de la loi aux établissements publics de santé se voit de fait circonscrit aux opérations sans phase d'aménagement préalable, compte tenu du délai de 5 ans de réalisation qu'elle prévoit ;** aussi, toutes les opérations de restructuration hospitalières qui portent sur la cession d'anciens sites hospitaliers – qui représentent la très grande majorité des actifs hospitaliers – sont de fait exclues du dispositif ;
- ◆ **le facteur explicatif principal de l'impact financier de la décote n'est pas la zone de tension, mais les contraintes inscrites dans le PLU en termes de réalisation de logements sociaux et d'équipements publics.** Ce paramètre mérite donc une attention particulière dans le contrôle de l'application de la décote aux EPS.

2. La conciliation des objectifs de construction de logement et de qualité de l'offre de soins suppose une application adaptée de la loi aux établissements de santé et le développement d'outils complémentaires

La mission a procédé au recensement des diverses modalités possibles d'application de la loi du 18 janvier 2013 aux établissements publics de santé. Trois scénarios sont envisageables, pour lesquels la mission a exploré les avantages et inconvénients respectifs qu'ils comportent, tant du point de vue des objectifs de la politique du logement, de ceux de la politique d'investissement hospitalier, que des finances publiques.

2.1. Seule une application du dispositif adaptée aux contraintes hospitalières permettrait d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins

Trois grandes orientations de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 2013 sont envisageables :

- ◆ une application stricte du dispositif aux établissements publics de santé, visant à l'application du principe de décote de droit commun et, dans les conditions prévues par la loi, à leur inscription sur la liste établie par le préfet de région ;
- ◆ une exclusion des établissements publics de santé, toutes catégories confondues, du dispositif prévu par la loi ;
- ◆ une application adaptée du dispositif prévu par la loi, selon :
 - des critères nationaux d'application ;
 - ou un pouvoir renforcé des directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS), en lien avec le Préfet.

2.1.1. L'application stricte du dispositif aux EPS renforcerait sa cohérence générale mais pénaliserait certaines opérations d'investissement structurantes et fragiliserait le pilotage des politiques au niveau territorial

Ce scénario présenterait l'avantage de conférer une cohérence générale à l'application de la loi : l'ensemble des établissements publics de l'État (dont font partie les établissements publics de santé depuis la loi du 21 juillet 2009⁷) y serait ainsi soumis.

Il permettrait également de conférer au préfet de région une plénitude de pouvoir d'action pour la réalisation des objectifs du gouvernement en matière de réalisation de logements.

Néanmoins, la mission a identifié plusieurs éléments qui fragiliseraient la mise en œuvre de ce dispositif sans mesures particulières d'adaptation aux établissements publics de santé.

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »).

2.1.1.1. Appliquée sans mesure d'adaptation, ces dispositions à l'impact réduit au niveau macro-économique pénaliseraient certaines opérations d'investissements structurantes pour les établissements publics de santé

Comme l'a indiqué la mission, la mise en œuvre des dispositions de la loi, dans la plupart des cas, n'occasionnerait pas sur les projets d'investissements une décote supérieure à celle que subissent de fait les établissements de santé en raison des contraintes imposées dans les PLU (*cf. supra*).

Au niveau macro-économique, les documents fournis par l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) indiquent, comme analysé dans l'annexe II relative à l'examen de la situation financière et patrimoniale des établissements publics de santé, **un montant total de produits de cession aux environs de 4% du montant d'investissement**, dans les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) sur la période 2012-2016.

Au niveau macro-économique, donc, la préemption d'une part de ces 4 % de produits de cession *via* une décote ne constituerait pas, en elle-même, une source de fort déséquilibre du financement des investissements hospitaliers.

En revanche, **l'abaissement du niveau de produits de cession attendu fragiliserait grandement certaines opérations dont le financement en dépend**. Plusieurs opérations de restructuration de sites hospitaliers reposent en effet sur la cession de l'ancien site d'implantation de l'hôpital pour le financement des nouvelles constructions, comme en témoignent plusieurs projets en Ile-de-France (*cf. encadré ci-dessous*).

Encadré 12 : L'exemple des projets de restructurations en Île-de-France adossés à des produits de cession (hors AP-HP)

Le cas de la région Île-de-France illustre l'importance des produits de cession pour certains projets de restructuration hospitalière. Peuvent être citées à titre d'exemple :

- la réalisation d'un nouveau bâtiment sur le site de Poissy et la restructuration d'un bâtiment sur le site de Saint-Germain (CHI Poissy-Saint-Germain, Yvelines) pour un montant de 50,5 M€, assises sur un montant prévisionnel de cessions de 33 M€ sur la période 2013-2017 ;
- la relocalisation et la reconversion des sites de Montreuil, Aubervilliers et Neuilly-sur-Marne par le CH de Ville-Evrard (ex-CHS, Seine-Saint-Denis) pour un montant de 95 M€, assises sur un montant prévisionnel de cessions de 20 M€ sur l'année 2016 ;
- la réalisation d'une plateforme public-privé sur Melun-Sénart (CH Marc Jacquet, sites de Melun et Vaux-le-Pénil, Seine-et-Marne), pour un montant de 174 M€ assis sur un montant prévisionnel de recettes de cession de 18,5 M€ sur l'année 2017 ;
- enfin, l'humanisation des unités de soins de longue durée (USLD) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) au sein de l'établissement Les Abondances (Boulogne, Hauts-de-Seine), pour un montant de 14 M€ assis sur un montant prévisionnel de recettes de cession de 13,7 M€ sur l'année 2015.

Source : ARS Ile-de-France, septembre 2013.

Le conseil de l'immobilier de l'État (CIE), dans ses avis, fait fréquemment allusion à la nécessité d'une bonne valorisation, par les établissements publics de santé, de leur patrimoine non affecté aux soins (DNA) ou de leur foncier. Le cas du CHU de Clermont-Ferrand a été évoqué en annexe II, mais peuvent également être cités les récents avis concernant le CHRU de Lille ou le CHRU de Besançon.

Annexe III

Dans le cas du CHRU de Lille⁸, le CIE indique que, dans le cadre de ses relations avec les collectivités territoriales visant à assurer les moyens de développement de son projet, celui-ci doit poursuivre cette collaboration « (...) *notamment dans l'objectif d'optimiser les recettes de valorisation de réserve foncière dont il dispose dans le secteur Sud* ». Concernant le domaine non affecté, le CIE invite le CHRU à « (...) *s'assurer du bien-fondé de la détention de certains actifs et à développer une politique de valorisation accrue du portefeuille, dans la perspective de financement de ses opérations d'investissement* ».

Dans le cas du CHRU de Besançon⁹, le CIE rappelle que les opérations immobilières des dernières années ont contribué à une dégradation financière de l'équilibre financier de l'établissement et qu'un contrat de retour à l'équilibre a été mis en place ; il précise que « (...) *le financement des investissements est dépendant des produits de cession* ».

Saluant l'initiative prise par le CHRU qui s'est rapproché des collectivités territoriales afin de sécuriser l'opération de valorisation des sites de Saint-Jacques et de l'Arsenal II, il suggère en outre que le service France-Domaine soit « *étroitement associé* » à ces travaux, de façon à conduire les collectivités et le CHRU à signer un protocole d'accord permettant à ces sites « (...) *de s'inscrire dans un projet de reconversion qui concilie enjeux architecturaux, historiques, urbains et contraintes financières qui s'imposent au CHRU* ».

2.1.1.2. Une telle application de la loi, en contradiction avec le développement souhaité de l'autofinancement des EPS, fragiliserait les ARS dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de restructuration et d'investissements hospitaliers

Le Gouvernement a défini une nouvelle politique en matière d'investissements hospitaliers, visant à conduire un effort régulier d'investissement afin de soutenir la modernisation continue de l'offre de soins et, donc, de mettre un terme à la logique de plan dont les limites ont été démontrées¹⁰. Cette nouvelle procédure de pilotage des investissements hospitaliers, instaurée fin 2012, est assise sur :

- ◆ des mécanismes de sélectivité renforcée des projets, prenant notamment en compte la soutenabilité financière des investissements ;
- ◆ une logique d'insertion au sein de l'offre de soins régionale par la mise en œuvre de schémas régionaux des investissements (SRIS) ;
- ◆ une contre-expertise indépendante et l'intervention du comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

En 2014, cette politique sera soutenue par plusieurs mesures :

- ◆ la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé (SNS) dans les territoires par le déploiement des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS), dans lesquels chaque ARS définira les objectifs et les priorités à cinq et dix ans de l'investissement dans les secteurs sanitaires (ville, hôpital) et médico-social ;
- ◆ le renforcement du pilotage de la politique d'investissement par l'intermédiaire du comité de la performance et de la modernisation de l'offre hospitalière (COPERMO) installé afin de sélectionner les projets susceptibles d'être soutenus à l'échelon national ;

⁸ Avis sur la stratégie immobilière du CHRU de Lille, Conseil de l'immobilier de l'État, séance du 17 juillet 2013, avis n°2013-17.

⁹ Avis sur la stratégie immobilière du CHRU de Besançon, Conseil immobilier de l'État, séance du 17 juillet 2013, avis n°2013-16.

¹⁰ Cf. l'annexe II du présent rapport et le rapport *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, Inspection générale des finances (N°2012-M-072-02) et Inspection générale des affaires sociales (N°RM2013-032-P), mars 2013.

Annexe III

- ◆ la conclusion de partenariats avec la banque européenne d'investissement (BEI) et la caisse des dépôts et consignations (CDC) pour le financement de ces investissements.

Le Gouvernement pose comme objectif le pilotage d'un effort d'investissement de l'ordre de 4,5 Md€ annuel sur le champ des établissements publics de santé. La politique d'intervention nationale, pilotée par le COPERMO, est centrée sur un nombre limité de projets particulièrement structurants. Quant au montant des investissements aidés dans ce cadre, il est fixé à 300 M€ par an, ce qui représente, en termes de mesures nouvelles, 210 M€ au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)¹¹.

Les opérations menées par les ARS dans le cadre de l'élaboration des SRIS conduisent à des choix de priorisation des projets d'investissements hospitaliers, en lien notamment avec les reconfigurations appuyées sur les plans de retour à l'équilibre (PRE) et/ou des contrats de retour à l'équilibre financiers (CREF). **L'accent mis, par l'intermédiaire du COPERMO, sur le développement de l'autofinancement, face à une masse financière d'aides nationales limitée et réservée aux projets les plus structurants, conduit à penser qu'une décote, même modérée, sur les recettes de cessions escomptées pour la réalisation de ces opérations, pourrait fragiliser certaines d'entre elles.**

Tableau 13 : L'exemple de produits de cession adossés à des opérations majeures d'investissement ou associés à une démarche de redressement financier en Ile-de-France (hors AP-HP)

Établissement	Montant prévisionnel des cessions 2013-2017	Date prévisionnelle des cessions	Cession potentiellement exposée au risque de décote
CH Sud Francilien (sites historiques d'Evry-Courcouronnes, Corbeil et Yerres), Essonne	23,10 M€	2013 à 2016	Partiellement (Evry-Courcouronne : en attente du projet d'aménagement urbain ; Corbeil : destination non stabilisée)
CH Lagny Marne la Vallée (site historique de Lagny-sur-Marne), Seine-et-Marne	12,96 M€	2013	Oui (Logements sociaux et équipements publics)
CHI Courbevoie-Neuilly-Puteaux (immeuble à Courbevoie), Hauts-de-Seine	6,22 M€	2013 à 2014	Oui (résidence étudiante, logements sociaux, équipements d'intérêt général, négociations en cours)
CH Maison Blanche (parcelle Manivelle à Neuilly-sur-Marne), Paris et Seine-Saint-Denis	5,10 M€	2014	Oui (en attente du projet d'aménagement urbain)
CH Juvisy sur Orge (parcelle à Juvisy avec maison et parking), Essonne	2,20 M€	2015	Oui (logements sociaux)

Source : ARS Ile-de-France, septembre 2013.

¹¹ Sources : données du ministère des affaires sociales et de la santé, projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dossier de presse, septembre 2013.

2.1.1.3. Appliquée sans mesures d'adaptation particulières, la décote pourrait induire des demandes de compensation auprès de l'ARS et le blocage de certains projets de cession, obérant la réalisation des programmes de logements escomptés

Une ponction opérée sur les produits de cession des établissements de santé développant des projets d'investissement pourrait occasionner des demandes de compensation en direction de l'ARS et donc de l'Assurance maladie et/ou le blocage des opérations de cession en cours de négociation. C'est le sens quasi-unanime des propos relevés par la mission au cours des entretiens qu'elle a menés.

Or il doit être rappelé que le Gouvernement a décidé de poursuivre l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie en 2014. En ce sens, l'ONDAM global évoluera de 2,4 % (soit 179,2 Md€).

L'ONDAM relatif aux établissements de santé évoluera de 2,3 % (2,6 % pour les établissements tarifés à l'activité et 1,3 % pour les autres établissements), contre 2,6 % au global en 2013. Le fonds d'intervention régional (FIR), constitué pour la première fois comme sous-objectif de l'ONDAM, évoluerait au même niveau que l'ONDAM global (2,4%)¹².

À la lumière de ces choix, il est tout à fait prévisible que **les demandes d'aides régionales ou nationales en compensation de pertes de produits de cession percuteront non seulement les projections prioritaires opérées par les ARS mais également la stratégie nationale mise en œuvre par le COPERMO** dont le montant d'aide annuel, réservé aux projets les plus structurants, était limité à 300 M€.

Devant un tel risque, **les établissements publics de santé**, conscients de la difficulté à percevoir une compensation sur les fonds de l'Assurance maladie, **risquent de différer, au moins temporairement, leurs projets de cession, ce qui bloquerait la réalisation des logements escomptés.**

Enfin, il est à noter que, de fait, ce type de demande compensatrice en direction de l'Assurance maladie **reviendrait à faire financer la politique du logement par l'ONDAM.**

Pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus, la mission préconise donc de ne pas retenir ce premier scénario visant à une application stricte de la loi aux établissements publics de santé, sans mesures d'adaptation.

2.1.2. L'exclusion des établissements publics de santé du dispositif permettrait de sécuriser les produits de cession mais priverait les situations bloquées des éléments d'objectivation et de fluidification qu'offre la loi

2.1.2.1. L'exclusion des établissements de santé du dispositif présenterait l'avantage de stabiliser les rapports de force existants entre les collectivités territoriales et les établissements cédants et de sécuriser les projets de cession

Une telle hypothèse reviendrait à faire prévaloir un *statu quo* en termes de relations juridiques et politiques entre collectivités locales et établissements publics de santé dont la quasi-unanimité des représentants rencontrés par la mission ont fait savoir que les règles en vigueur, inscrites notamment dans les plans locaux d'urbanisme (PLU), offraient un cadre de négociation suffisant.

¹² Sources : données du ministère des affaires sociales et de la santé, *op. cit.*

Dans ce cas, la décision de vente du bien hospitalier demeurerait suivie du déclassement du bien s'il relève du domaine public, de la levée des conditions de vente éventuelles associées aux dons et legs puis de l'évaluation par France-Domaine et, enfin, de la mise en vente du bien. **Cette procédure offre toute latitude à la collectivité territoriale concernée pour faire valoir ses droits de priorité et de préemption** (cf. annexe I).

En outre, dans cette hypothèse excluant l'étape supplémentaire liée à la négociation de la décote, **le PLU et les règles d'urbanisme demeurerait le cadre de référence de base de la négociation notamment par le biais du classement des parcelles et des réserves qu'elles prévoient.**

Ce scénario présenterait enfin l'avantage pour les établissements publics de santé et les ARS de **stabiliser leurs perspectives financières en termes d'investissements sur le long-terme** et, pour un certain nombre d'établissements, de retour à l'équilibre.

2.1.2.2. Cette exclusion, en revanche, priverait les situations actuellement bloquées des opportunités offertes par la loi

La loi présente pour caractéristique notable d'introduire les services déconcentrés de l'État, sous l'autorité des préfets de région et de département, dans la négociation entre les acteurs¹³, gage d'objectivation des termes de la négociation et de cohérence nationale en matière d'application de la politique du logement. Les services déconcentrés de l'État procéderont notamment à la fixation d'une fourchette de décote à partir de l'évaluation des « *circonstances locales* »¹⁴ disposées par la loi, pouvoir dont l'utilité sera renforcée notamment dans le cas de l'aménagement de friches de grande taille en centre-ville.

La mission a pu prendre connaissance du cas d'un établissement public de santé souhaitant céder une part de son foncier mais contraint par le refus du maire de réaliser du logement social sur sa commune. Dans ce type de cas, par exemple, **le rôle du représentant de l'État pourrait s'avérer opportun afin de faciliter la définition d'une situation de compromis**, au-delà de son rôle classique de médiation.

La loi vise ainsi au renforcement des pouvoirs du préfet afin de faciliter la résolution des négociations non abouties entre les acteurs, sans remise en cause des prérogatives des établissements publics vendeurs¹⁵.

Enfin, l'encadrement de la procédure de décote (examen par la DDT(M) et la DDFiP, détermination de la charge foncière « valeur de référence » dite « charge foncière libre », examen des « circonstances locales ») peut être le cadre d'un échange d'information enrichissant la construction du programme. **Le moment de négociation de la décote pourrait donc favoriser l'objectivation des conditions techniques et financières de réalisation d'un programme, utiles pour les acteurs communaux et hospitaliers.**

¹³ Cf. l'annexe I du présent rapport.

¹⁴ Loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social, article 3 : « Pour la part du programme destinée aux logements sociaux, la décote ainsi consentie, qui peut atteindre 100% de la valeur vénale du terrain, est fixée en fonction de la catégorie à laquelle ces logements appartiennent. Elles prend notamment en considération les circonstances locales tenant à la situation du marché foncier et immobilier (...) » ; cf également décret n°2013-30415 relatif aux conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'Etat en vue de la réalisation de programmes de construction de logements sociaux et fixant la composition et le fonctionnement de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier instituée à l'article L.3211-7 du code général de la propriété des personnes publiques, article premier : « IV- Pour chaque catégorie de logements et en fonction des circonstances locales prises en considération, le taux de décote est fixé à l'intérieur des fourchettes établies ci-dessous (...) ».

¹⁵ Cf. l'annexe I du présent rapport.

Pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus, la mission préconise donc de ne pas retenir ce second scénario visant à une exclusion des établissements publics de santé du champ d'application de la loi.

2.1.3. La conciliation des politiques de réalisation de logements et d'investissements hospitaliers nécessite une application de la loi adaptée aux établissements publics de santé par l'intervention des directeurs généraux d'agence régionale de santé dans la procédure

Dans ce troisième scénario, privilégié par la mission, les établissements publics de santé seraient inclus dans le champ d'application de la loi mais ses modalités d'application seraient adaptées afin de ne pas pénaliser les produits de cession et la stratégie nationale d'investissements déployée par le Gouvernement dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Cette hypothèse repose, dans l'esprit de la mission, sur la recherche des modalités d'application de la loi visant à la plus juste conciliation de deux champs affirmés comme prioritaires par le Gouvernement : la réalisation de logements et le maintien d'une politique d'investissements hospitaliers permettant le renforcement de la qualité et de l'organisation des soins offerts aux usagers du service public de santé.

2.1.3.1. La gouvernance du dispositif de mise en œuvre de la loi doit être aménagée, afin d'assurer une prise en compte des objectifs de la politique d'offre de soins sur le territoire

Comme indiqué ci-dessus et dans l'annexe II du présent rapport, le pilotage des investissements hospitaliers s'articule autour du rôle des ARS et du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)¹⁶. Charge aux premières, d'une part au travers des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS)¹⁷, de recenser les projets d'investissement les plus structurants sur leur territoire et, d'autre part, de piloter les opérations de restructuration nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins territoriale, ceci dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS)¹⁸. Quant au COPERMO, il lui revient de valider au plan national les aides octroyées aux projets les plus structurants ; ceci dans le cadre d'une enveloppe d'aide nationale annuelle limitative.

À la lumière de ces éléments, la mission estime nécessaire que le directeur général de l'ARS, responsable de l'allocation des crédits d'assurance maladie qui lui sont délégués par le ministre chargé de la santé, soit étroitement associé à la décision d'inscription des biens cessibles sur la liste préfectorale et à la fixation de la décote.

Il est à noter également que le directeur général d'ARS est, depuis la création de cette institution, l'interlocuteur privilégié non seulement des élus locaux et nationaux mais également de l'ensemble des partenaires du champ de la santé (ministère, assurance maladie, établissements, associations). Pour la mission, le renforcement du rôle du directeur général d'ARS présente le double avantage :

¹⁶ Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), NOR : AFSH1317739C, validée par le CNP le 26 avril 2013, visa CNP 2013-90.

¹⁷ Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS), NOR : AFSH1313741J, validée par le CNP le 26 avril 2013, visa CNP 2013-105.

¹⁸ Cf. *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, ministère des affaires sociales et de la santé, 23 septembre 2013.

Annexe III

- ◆ de sécuriser la mise en œuvre de la politique de santé en région ;
- ◆ de permettre une meilleure articulation entre les services de l'État et ARS, dans chaque territoire, pour une mise en œuvre efficiente de deux politiques publiques : la réalisation de logements et la rationalisation des investissements hospitaliers.

Pour l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste régionale, la mission propose que la validation finale du processus soit subordonnée à un avis conforme du directeur général d'ARS, au regard des priorités du SRIS.

Proposition n° 1 : Soumettre l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste préfectorale à un avis conforme du directeur général d'ARS, au regard des priorités du SRIS.

En outre, la mission propose que **le ministère chargé de la Santé – représenté par la direction générale de l'offre de soins – se voie attribuer un siège permanent au sein de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF).**

Proposition n° 2 : Attribuer un siège permanent au ministère chargé de la santé (directeur général de l'offre de soins) au sein de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier (CNAUF).

Concernant le calcul de la décote, les services de l'ARS devraient être associés dès le début de la procédure, afin qu'ils élaborent conjointement l'instruction du dossier de décote avec la DDT(M) et la DDFiP.

À ce jour, les instructions données aux services relatives à l'application d'une décote selon quatorze étapes¹⁹ précisent que :

- ◆ l'instruction d'une demande de décote est réalisée par la DDT(M) et la DDFiP, dans le respect des compétences réglementaires de chacun mais selon un mode de coopération et d'information réciproque. La DDT(M) examine la recevabilité de la demande, vérifie le contenu du programme, ses éléments financiers et le calendrier prévisionnel de réalisation de l'opération (respect du délai de cinq ans) et s'assure du respect des deux conditions légales d'obtention d'une décote de droit (inscription du terrain sur la liste préfectorale et opération réalisée en faveur d'une collectivité ou d'un EPCI compétents en matière de logements) ;
- ◆ il ne peut y avoir de décote en l'absence de connaissance précise du programme immobilier ;
- ◆ la détermination de la charge foncière supportable par l'opération résulte d'un calcul de « compte à rebours » ;
- ◆ le montant et le taux de la décote dépendent, d'une part, de la catégorie à laquelle appartiennent les logements sociaux et, d'autre part, de la prise en considération des « circonstances locales » ;
- ◆ la DDFiP transmet à la DDT(M) la charge foncière « valeur de référence » dite « charge foncière libre », définie dans l'instruction comme « charge foncière applicable à un terrain destiné à un programme de logements en accession libre ».

En l'état actuel, donc, si la décote concerne un terrain hospitalier, aucune disposition ne contraint les services de l'État à prendre l'attache du directeur général d'ARS pour élaborer conjointement la procédure de fixation du taux de décote.

¹⁹ Instruction DGFIP n°2013-05-4583 de mai 2013, cf. l'annexe I du présent rapport.

Annexe III

Afin d'assurer un pendant à la prise en compte des besoins et des contraintes de la politique du logement, la mission propose donc que la décision de décote fasse l'objet d'une instruction conjointe entre les services de l'ARS et ceux de la DDT(M) et de la DDFiP. **L'association des services de l'ARS à cette procédure doit être l'occasion de faire valoir les besoins et les contraintes propres à la politique d'investissement hospitalier** (cf. *infra*).

Proposition n° 3 : Instaurer une instruction conjointe de la décote par les services de l'ARS, de la DDT(M) et de la DDFiP.

Enfin, la mission estime nécessaire que **l'ANAP soit positionnée en appui des directeurs généraux d'ARS et des établissements publics de santé pour l'optimisation et la valorisation de leur patrimoine dans le cadre du SRIS et pour assurer un appui méthodologique sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013.**

Ces solutions présentent l'avantage de faire valoir le plus en amont possible les enjeux et les priorités régionales en termes de restructuration hospitalière et de besoin de produits de cession pour les établissements concernés, sur la base de critères précisés ci-dessous, afin de ne pas obérer la finalisation des opérations prévues.

Une mission d'appui devrait donc être confiée à l'ANAP pour :

- ◆ la réalisation d'un inventaire du patrimoine des EPS et d'une stratégie de valorisation dans le cadre des SRIS (cf. *annexe II*) ;
- ◆ l'organisation d'un appui méthodologique sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013 ;
- ◆ l'aide technique à l'instruction des dossiers de décote par les services de l'ARS en lien avec ceux de la DDT(M) et de la DDFiP pour les parcelles hospitalières ;
- ◆ la réalisation de baux emphytéotiques (cf. *infra*).

La mission suggère en outre que la documentation élaborée par la direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN) soit adressée aux directeurs généraux d'ARS ainsi qu'aux établissements publics de santé.

Elle propose enfin la réalisation, par la DGALN et la DGOS en lien avec l'ANAP, d'un document méthodologique de type « kit pédagogique » à l'attention des directeurs généraux d'ARS et des établissements publics de santé détaillant précisément les divers aspects techniques de l'application de la décote prévue par la loi du 18 janvier 2013 et comprenant :

- ◆ les éléments de méthode permettant de comparer le prix de cession tel que résultant initialement des contraintes imposées par les documents d'urbanisme municipaux et des négociations passées entre la collectivité et l'établissement à celui résultant de la décote ;
- ◆ les éléments techniques permettant de calculer cette décote : surface bâtie prévue, densité, contraintes réglementaires en termes de logements sociaux, charge foncière libre par m² et charge foncière sociale par m², coûts d'aménagement et de construction ;
- ◆ les éléments-clefs à maîtriser dans la négociation de l'EPS avec la commune acquéreur : densification du projet, équilibre des parts de logements, poids des équipements publics notamment.

Ce document doit notamment aider les établissements publics de santé et les services de l'ARS à calculer le différentiel occasionné par l'application d'une décote au regard d'un prix de cession non impacté par la loi.

Proposition n° 4 : Étendre la compétence de l'ANAP à un soutien aux établissements publics de santé et aux ARS pour :

- ◆ organiser un appui méthodologique, à l'attention des EPS et des ARS, sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013 ;
- ◆ assurer une aide technique aux EPS et aux ARS pour l'instruction des dossiers de décote concernant les terrains hospitaliers.

2.1.3.2 Afin d'assurer le respect du périmètre d'application de la loi, l'instruction des dossiers doit permettre un filtrage des seules opérations techniquement réalisables dans un délai de cinq ans

La mission souligne **la nécessité de s'assurer de la faisabilité technique de l'opération dans un délai de cinq ans, prévu explicitement par la loi. Cette faisabilité doit faire l'objet d'une étude approfondie par les services instructeurs afin de réaliser un réel filtrage des opérations non réalisables sous cette condition.**

La loi a affirmé l'obligation de réalisation du programme de logements ayant bénéficié de l'application de la décote dans un délai de cinq ans, ce qui de fait exclut les opérations intégrant une phase d'aménagement préalable, et donc certaines opérations de restructuration de grande ampleur²⁰.

Or, les opérations de reconversion hospitalière d'ampleur supposent souvent un lien étroit entre la cession de l'ancien site hospitalier et le financement de la construction du nouveau site. L'exclusion de ces opérations du dispositif de décote ne semble donc pas inopportune.

L'instruction de la décote devrait par conséquent se fonder sur une stricte vérification de l'application de cette condition. Les services déconcentrés de l'État devraient donc accorder une attention particulière au contrôle de la faisabilité de l'opération dans le délai de cinq ans, ceci afin de permettre un filtre suffisant des opérations avant toute poursuite de l'instruction.

Proposition n° 5 : Dans l'instruction de la décote, renforcer le contrôle de la faisabilité du projet dans le délai de cinq ans afin de permettre un réel filtrage des projets.

En outre, **il ne revient pas aux EPS de supporter un éventuel coût de portage foncier des opérations de construction** auxquelles la vente de leurs terrains donne lieu. Certains acquéreurs pourraient en effet souhaiter découper les sites importants en plusieurs lots, afin de permettre la réalisation des opérations d'aménagement nécessaires, tout en respectant le délai de cinq ans sur chaque parcelle. Or, le découpage de ces opérations en tranches distinctes ne doit pas induire des surcoûts pour l'EPS. Il importe ainsi que **le prix de cession soit intégralement payé à l'EPS le jour de la vente.**

2.1.3.2. La prise en compte des enjeux de la politique territoriale d'offre de soins suppose que la décote soit plafonnée dans certaines conditions

La mission propose que, **pour renforcer l'équilibre d'application des deux politiques, l'établissement public de santé puisse bénéficier d'un plafonnement de la décote globale à 30% de la valeur de référence, sur la base de critères attestant du poids des recettes de cession dans le financement d'investissements structurants et d'une situation financière fragilisée.**

²⁰ Article 3.2°V de la loi, qui en précise les conséquences : « (...) à peine de résolution de la vente sans indemnités pour l'acquéreur et le versement du montant des indemnités contractuelles applicables, soit le versement d'une indemnité préjudicielle pouvant atteindre le double de la décote consentie ». ; cf. également l'annexe I du présent rapport.

Annexe III

Au cours de l'instruction conjointe de la décote, l'analyse du directeur général d'ARS doit intégrer plusieurs critères d'appréciation permettant de faire valoir les enjeux de la politique de l'offre de soins, au même titre que les enjeux de la politique du logement. La bonne application de ces deux politiques ne peut être réalisée sans ce dialogue constructif entre représentants de l'État au niveau régional.

Les services de l'ARS devraient fournir aux services de la DDT(M) et de la DDFiP les éléments financiers et structurels permettant de valoriser l'importance du projet de cession pour l'établissement public de santé et de souligner ses caractéristiques financières. Ces éléments relèvent de trois champs :

- ◆ la reconnaissance par le SRIS du projet d'investissement hospitalier concerné comme particulièrement structurant ;
- ◆ l'inscription dans le PGFP validé des produits de cession attendus de la vente de la parcelle comme partie intégrante du financement du projet d'investissement ;
- ◆ la situation financière de l'établissement, à partir de l'examen des principaux ratios financiers (*cf. tableau ci-dessous*).

Annexe III

Tableau 14 : Tableau type de présentation de la situation financière de l'établissement

Degré de positionnement en SRIS					
<u>Éléments stratégiques particuliers liés à l'offre de soins (SNS)</u>					
Projet d'investissement					
Suivi COPERMO investissements	Oui/Non				
Détail du projet validé en PGFP					
	2012	2013	2014	2015	2106
<i>Aides</i>					
<i>Prêts</i>					
<i>Autofinancement</i>					
<i>Dont produits de cession</i>					
Situation financière globale					
Suivi COPERMO performance	Oui/Non				
Contrat de retour à l'équilibre	Oui/Non				
Suivi ANAP	Oui/Non				
Administration provisoire	Oui/Non				
Situation patrimoniale					
	Domaine public		DNA		
<i>Valeur vénale</i>					
<i>Valeur comptable</i>					
Situation financière générale					
	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Charges</i>					
<i>Produits</i>					
<i>Résultat</i>					
<i>Endettement</i>					
<i><u>Ratio de durée apparente de la dette</u></i>					
<i><u>Ratio d'indépendance financière</u></i>					
<i><u>Ratio de l'encours de dette rapporté au total des produits</u></i>					
<i>CAF brute</i>					
<i>CAF nette</i>					
<i>Excédent brut d'exploitation</i>					
<i>Excédent net d'exploitation</i>					

Source : Mission.

Parmi les éléments financiers pris en compte, la mission a notamment utilisé les critères mentionnés à l'article D.6145-70 du code de la santé publique²¹ et explicités par la circulaire DGOS/DGFiP du 9 mai 2012²², instituant un régime d'autorisation du directeur général d'ARS pour les établissements publics de santé dont la situation financière est caractérisée par au moins deux des trois critères suivants :

²¹ Article D.6145-10 du code de la santé publique, créé par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, article 1^{er}.

²² Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DB/DGFiP/2012/195 du 9 mai 2012 relatives aux réserves et limites du recours à l'emprunt par les établissements de santé, NOR ETSH1223207C, validée par le CNP le 20/04/2012, visa CNP n° 2012-118.

Annexe III

- ◆ un ratio d'indépendance financière²³ excédant 50 % ;
- ◆ un ratio de durée apparente de la dette (exprimé en années) excédant 10 ans ;
- ◆ un ratio de l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excédant 30 %.

Les établissements dont l'investissement est considéré comme stratégique, dont les produits de cession ont vocation à alimenter son financement et qui remplissent l'une des trois conditions réglementaires attestant d'une fragilité financière pour recourir à l'emprunt doivent bénéficier d'un plafonnement de la décote.

Concernant l'application de l'article D.6145-70 du code de la santé publique, les données chiffrées indiquent que, sur un total de 962 établissements publics de santé, deux tiers d'entre eux ne sont pas concernés par l'autorisation préalable du directeur général d'ARS :

- ◆ 409 établissements sont en-deçà des trois seuils;
- ◆ 627 établissements sont en-deçà d'au moins deux des trois seuils.

En revanche, il est à noter que 553 établissements dépassent au moins l'un des trois seuils (*cf. tableau ci-dessous*).

Tableau 15 : Répartition des établissements de santé par catégorie de ratios mentionnés à l'article D.6145-70 du code de la santé publique

	EPS sous les trois seuils	EPS sous deux des trois seuils	EPS sous l'un des trois seuils	EPS dépassant les trois seuils
AP-HP	0	1	0	0
CH (ex-HL)	146	95	47	44
CH < 20 M€	48	21	18	9
CH 20-70 M€	74	42	44	42
CHR	7	9	6	9
CHS	62	15	10	4
GCS	0	1	1	0
Divers (SIH)	16	7	13	8
Total général	409	218	181	154

Source : DGOS.

Sur les 553 établissements potentiellement concernés par l'un des trois critères financiers, seuls **196 établissements publics de santé ont inscrit des recettes de cessions dans leur PGFP pour 2012-2016**, pour un montant global de 937 M€ et un montant moyen de 4,8 M€.

Parmi ceux-ci, seuls 90 établissements ont inscrit des produits de cession prévisionnel excédant 500 000 € cumulés sur la période.

Enfin, il conviendrait de rapprocher ces 90 établissements potentiellement éligibles de la liste des établissements dont les projets d'investissement ont été validés en SRIS, ce que la mission n'a pas été en mesure de faire.

Pour les dossiers répondant à ces trois conditions cumulatives, la mission propose que le montant-plafond de la décote soit fixé à 30% maximum de la valeur de référence.

Ce taux de 30% correspond à la moyenne de décote « de fait » observée par la mission sur les opérations réalisées avant la mise en œuvre de la loi de janvier 2013²⁴.

²³ Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (apports, réserves, subventions d'investissement, report à nouveau et provisions) de l'établissement.

²⁴ Cf. l'annexe III du présent rapport, tableau 12.

Annexe III

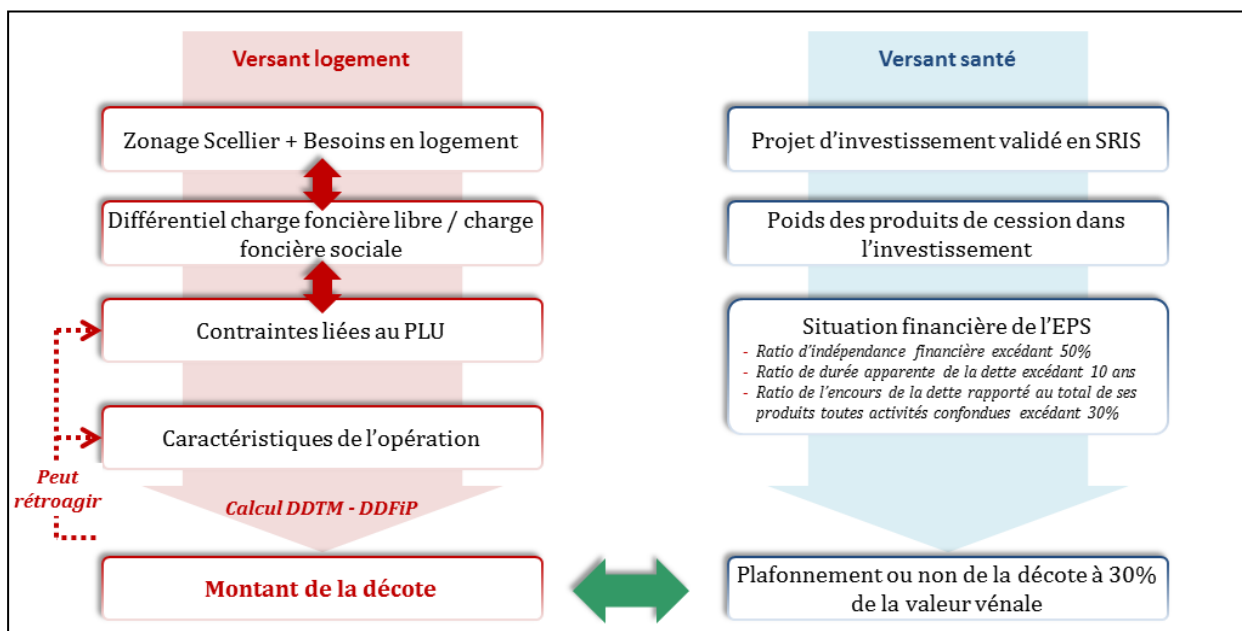
Il permet d'éviter une dévalorisation foncière excessive pour l'établissement public de santé tout en maintenant une décote proche de celle qui est constatée, en moyenne, du fait de l'application des règlements d'urbanisme.

La mission ne propose pas l'exclusion des EPS du dispositif de décote. En effet, la décote créée par la loi du 18 janvier 2013 a vocation non pas à s'ajouter à une décote prévue par les règlements d'urbanisme mais bien à la remplacer, ce qui exclut la possibilité d'une double décote.

L'exonération aurait donc pour conséquence un retour à la situation antérieure régulée par le PLU de la commune sauf à ce que celle-ci décide de revenir sur ses exigences réglementaires. Il ne peut donc pas être exclu qu'en cas d'exonération, certaines communes décident de renforcer les contraintes de leur PLU, alourdissant la décote de fait supportée par l'EPS.

En proposant, dans certains cas, un plafonnement à hauteur de 30 % de la valeur de référence, la mission propose donc, pour ces situations, de limiter l'impact de la décote « Duflot » à hauteur de la décote « PLU » initiale moyenne constatée avant l'intervention de la loi du 18 janvier 2013.

Graphique 10 : Présentation synthétique des critères de définition du taux de décote



Source : Mission.

Proposition n° 6 : Plafonner le montant de la décote à 30 % de la valeur de référence du bien, pour les établissements :

- ◆ dont le projet d'investissement est inscrit et validé en SRIS ;
- ◆ dont le PGFP prévoit un financement de l'investissement par les recettes de cession ;
- ◆ dont la situation financière est contrainte par un endettement marqué (l'un des trois critères prévus à l'article D.6145-70 du code de la santé publique).

2.2. Plusieurs dispositifs pourraient également favoriser la construction de logements, sans contrecarrer la poursuite des objectifs hospitaliers

Au-delà de la question de l'application de la loi du 18 janvier 2013, il importe de souligner que des dispositifs complémentaires permettraient d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins. En effet, les conventions de réservation de logements assorties de clauses de fonction et les baux emphytéotiques permettraient à la fois :

- ◆ de favoriser la construction de logements, y compris de logements sociaux ;
- ◆ de garantir une contrepartie aux établissements de santé, qu'il s'agisse respectivement du logement des personnels hospitaliers ou de la préservation de leur haut de bilan et de la réduction corrélative de leurs coûts d'entretien.

2.2.1. La conclusion de baux emphytéotiques par les EPS pourrait être encouragée

Certains EPS ont recours aux baux emphytéotiques de droit privé²⁵ afin de se décharger des coûts liés à l'entretien de leur patrimoine immobilier, ainsi que pour construire ou réhabiliter leur foncier.

Les EPS ont par ailleurs la possibilité de contracter, dans ce cadre, des « clauses de réservation », sans nécessaire requalification juridique dès lors que le logement des agents de l'établissement de santé ne constitue pas « l'objet principal du contrat ».

Ces contrats présentent, par conséquent, plusieurs avantages :

- ◆ ils évitent la cession des biens du patrimoine hospitalier et n'affaiblissent donc pas le haut de bilan des établissements de santé ;
- ◆ ils favorisent la réalisation d'aménagements et de constructions que les EPS ne sont pas en mesure de financer eux-mêmes ;
- ◆ ils permettent la construction de logements, y compris pour les personnels hospitaliers.

Ce type de contrat pourrait donc être développé afin de favoriser la construction de logements, notamment de logements sociaux, sans amputer le patrimoine hospitalier.

Proposition n° 7 : Développer le recours aux baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé, afin de favoriser la construction de logements

Le recours à ces types de contrats suppose toutefois de ne pas en faire le support déguisé d'une commande publique, ce qui induirait une requalification juridique du contrat. Afin de faire face à ce risque – détaillé dans la pièce jointe n°1 à cette annexe – il importerait donc que les équipes des établissements de santé se professionnalisent sur ces sujets.

L'accompagnement de l'ANAP, dans le cadre de l'appui qu'elle apporte aux établissements dans leurs démarches de valorisation de leur patrimoine, **pourrait être étendu à la signature des baux emphytéotiques de droit privé.**

Proposition n° 8 : Étendre la compétence de l'ANAP à l'accompagnement des EPS pour la signature des baux emphytéotiques.

²⁵ Le bail emphytéotique est un contrat, régi par l'article L.451-1 du code rural, aux termes duquel l'emphytéote verse un loyer à l'établissement bailleur en échange d'un droit à l'usage du terrain ou des logements. En contrepartie de la délégation de responsabilité, la redevance des baux emphytéotiques est souvent d'un montant modique.

2.2.2. Des quotas de réservation assortis de clauses de fonction pourraient être développés auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux

Afin d'assurer une contrepartie aux établissements de santé à l'application de la décote, l'une des pistes envisagées par la mission était la mise en œuvre de conventions de réservation au profit des personnels hospitaliers dans les logements sociaux construits.

Pour les EPS qui rencontrent des difficultés d'attractivité – auprès des personnels infirmiers et aides-soignants notamment – cette solution leur offrait un bénéfice direct, d'autant que les différentes possibilités de logement offertes par les établissements eux-mêmes se heurtent aujourd'hui à plusieurs difficultés.

En effet, le patrimoine immobilier de certains établissements publics de santé (EPS) a permis, par son importance, de développer une politique de logement en faveur du personnel hospitalier :

- ◆ des **logements de fonction** sont attribués à certaines catégories d'agents pour nécessité absolue ou utilité de service. Ils sont placés prioritairement dans le domaine public et **n'ont pas vocation à répondre à une problématique sociale** ;
- ◆ certains EPS possèdent par ailleurs un domaine privé et peuvent donc pratiquer une **politique du logement en faveur de leurs agents, en fonction de critères socioprofessionnels** – principalement des infirmières, aides-soignants, agents hospitaliers et adjoints administratifs. Il est alors introduit dans les contrats une « clause de fonction » selon laquelle le locataire doit libérer les lieux s'il cesse d'exercer ses fonctions au sein de l'EPS concerné ;
- ◆ compte tenu de la cherté des loyers, notamment à Paris, cette politique du logement pour critères socioprofessionnels est renforcée par un second vecteur : l'achat de conventions de réservation à des organismes HLM.

Toutefois, les EPS peinent à maîtriser la rotation du personnel, et ont des difficultés à mener une politique du logement adaptée. **Malgré l'existence de la clause de fonction dans les baux en gestion directe, une proportion importante des locataires du domaine privé des EPS ne sont pas (ou plus) agents des établissements de santé concernés.**

L'achat de droits de réservation, y compris dans le cadre de baux emphytéotiques, apparaît comme un mode de gestion plus avantageux que la gestion directe en matière de gestion, de travaux d'entretien, de maintenance mais également de responsabilité du bailleur (gestion déléguée donc aucun coût de fonctionnement ou de gestion). Ce vecteur assure par ailleurs une plus grande réactivité et souplesse dans la gestion des dossiers de réservation. **L'impossibilité d'introduire une « clause de fonction » dans les baux apparaît alors comme le seul frein à leur généralisation** – un organisme HLM doit respecter les règles d'attribution fixées par le code de la construction et de l'habitation (CCH) qui prévoit expressément que le contrat de location d'un logement social ne peut être l'accessoire d'un contrat de travail (R. 441-11 du CCH). Le droit au maintien dans les lieux, corollaire à ce bail, ne saurait alors être supprimé compte tenu de l'impact qu'il serait susceptible d'avoir notamment sur le statut de service d'intérêt économique général (SIEG) dont bénéficient les organismes d'HLM et donc leur statut fiscal.

Ces différents aspects sont développés dans la pièce jointe n°2 à cette annexe.

Une analyse conjointe de la DHUP et de la DAJ du ministère du logement, produite à la demande de la mission au mois de septembre 2013, estime qu'il existe une voie qui pourrait contribuer à résoudre une partie de la problématique.

La loi du 1er juillet 2013²⁶ habilite le Gouvernement à adopter des mesures de nature législative pour accélérer les projets de construction. Pour ce faire, elle prévoit la faculté pour les organismes de logement social de créer des filiales ayant pour activité exclusive la construction et la gestion de logements intermédiaires (sous réserve du strict respect du principe « d'étanchéité » des fonds relevant du logement social et à condition que les filiales ainsi instituées ne puissent elles-mêmes créer d'autres filiales).

L'objectif est de pouvoir, en zones tendues notamment, développer une offre de logements intermédiaires destinées à des personnes qui, tout en ne satisfaisant pas les conditions de ressources pour obtenir un logement social, ne peuvent pas non plus se loger au prix du marché.

Cette analyse relève qu'il pourrait donc être envisagé :

- ◆ **d'introduire dans l'objet social de ces organismes la possibilité de gérer ou construire des logements pour les salariés travaillant pour des services publics de proximité ;**
- ◆ **de prévoir une clause « de fonction » dans le bail.**

L'objection de compatibilité avec le SIEG serait ainsi levée, il serait dès lors possible de s'assurer que tous les locataires sont bien agents de l'EPS concerné.

Cette solution permettrait de bénéficier des avantages de la gestion déléguée, tout en évitant les inconvénients du régime de droit commun applicable aux logements sociaux, notamment du droit au maintien dans les lieux.

Pour autant, cette solution suppose que des bailleurs sociaux souhaitent s'investir dans ce type de logement intermédiaire spécialisé, ce qui requiert un volume suffisant de demandes et un besoin avéré des EPS de leur ressort. Elle aurait donc principalement vocation à s'appliquer dans les agglomérations très tendues, et particulièrement en Ile-de-France.

Dans ce contexte, une telle solution pourrait être envisagée au moment de la cession de biens hospitaliers, voire de la conclusion de baux emphytéotiques.

<p>Proposition n° 9 : Explorer la solution du recours aux quotas de réservation assortis de clauses de fonction, auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux</p>
--

²⁶ Loi n° 2013-569 du 1er juillet 2013 habilitant le gouvernement à adopter des mesures de nature législative pour accélérer les projets de construction.

ANNEXE IV

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS	1
1.1. Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé.....	1
1.2. Cabinet de la ministre de l'égalité des territoires et du logement.....	1
1.3. Cabinet du ministre délégué au budget.....	1
2. ADMINISTRATIONS CENTRALES.....	1
2.1. Délégation à l'action foncière et immobilière (DAFI)	1
2.2. Direction du budget (DB).....	1
2.3. Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)	1
2.4. Direction générale de l'offre de soins (DGOS).....	1
2.5. Direction générale des finances publiques (DGFIP)	1
2.5.1. <i>France domaine</i>	1
2.5.2. <i>Bureau du conseil fiscal et de la valorisation financière du secteur public local (CL2A)</i>	2
2.6. Direction de la sécurité sociale.....	2
3. AGENCES.....	2
3.1. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).....	2
3.2. Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH)	2
4. CENTRE.....	2
4.1. Agence régionale de santé.....	2
4.2. Ville de Nogent-le-Rotrou.....	2
4.3. Centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou	2
5. ILE-DE-FRANCE	3
5.1. Ville de Paris.....	3
5.2. Agence régionale de santé.....	3
5.3. Établissements publics de santé.....	3
5.3.1. <i>Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)</i>	3
5.3.2. <i>Établissement public de santé Maison-Blanche</i>	3
6. PAYS DE LA LOIRE.....	3
6.1. Collectivités locales	3
6.1.1. <i>Ville de Carquefou</i>	3
6.1.2. <i>Nantes métropole</i>	3
6.2. Agence régionale de santé.....	4
6.3. Établissements publics de santé.....	4
6.3.1. <i>Centre hospitalier de Maubreuil</i>	4
6.3.2. <i>Centre hospitalier universitaire de Nantes</i>	4
6.4. Services de l'État.....	4

7. POITOU-CHARENTES	4
7.1. Ville de Saintes	4
7.2. Agence régionale de santé.....	4
7.3. Centre hospitalier de Saintonge.....	4
8. PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR.....	5
8.1. Collectivités locales	5
8.1.1. <i>Ville de Marseille</i>	5
8.1.2. <i>Ville de Nice</i>	5
8.2. Agence régionale de santé.....	5
8.3. Établissements publics de santé.....	5
8.3.1. <i>Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM)</i>	5
8.3.2. <i>Centre hospitalier universitaire de Nice</i>	5
8.4. Services de l'État.....	5
9. RHÔNE-ALPES.....	6
9.1. Collectivités locales	6
9.1.1. <i>Ville d'Annecy</i>	6
9.1.2. <i>Ville de Lyon</i>	6
9.2. Agence régionale de santé.....	6
9.3. Établissements publics de santé.....	6
9.3.1. <i>Centre hospitalier de la région d'Annecy</i>	6
9.3.2. <i>Hospices civils de Lyon</i>	6
9.4. Services de l'État.....	6
10. FÉDÉRATIONS.....	7
10.1.. Fédération hospitalière de France (FHF).....	7
10.2.. Conférence nationale des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires (CHU).....	7
10.3.. Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CNDCH).....	7

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé

François Crémieux, conseiller auprès de la ministre, coordonnateur du pôle organisation territoriale des soins

Frédéric Varnier, conseiller auprès de la ministre, pôle organisation territoriale des soins

1.2. Cabinet de la ministre de l'égalité des territoires et du logement

Valérie Lasek, conseillère aménagement, urbanisme et construction auprès de la ministre

1.3. Cabinet du ministre délégué au budget

Pierre Pribile, chargé de mission

2. Administrations centrales

2.1. Délégation à l'action foncière et immobilière (DAFI)

Philippe Bauchot, délégué à l'action foncière et immobilière

2.2. Direction du budget (DB)

Gautier Bailly, sous-directeur de la 6^{ème} sous-direction

Nicolas Noiriél, chef du bureau des comptes sociaux (6BCS)

2.3. Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)

Nicolas Mourlon, adjoint au sous-directeur aménagement durable

2.4. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Jean Debeaupuis, directeur général

Yann Lhomme, adjoint au chef du bureau PF1 (efficience des établissements de santé publics et privés)

2.5. Direction générale des finances publiques (DGFIP)

2.5.1. France domaine

Nathalie Morin, chef de service

Annexe IV

Philippe Doux, bureau FD1 (mission politique immobilière de l'État)

2.5.2. Bureau du conseil fiscal et de la valorisation financière du secteur public local (CL2A)

Benoît Sablayrolles, adjoint au chef de bureau

2.6. Direction de la sécurité sociale

Thomas Fatome, directeur

Maud Le Quillec, bureau 1A (établissements de santé et établissements médico-sociaux)

3. Agences

3.1. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Christian Anastasy, directeur général

Christian Berehouc, directeur du pôle outils

Anabelle Billy, pôle outils

3.2. Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Housseyni Holla, directeur

Georges Perrot, chef de service information sur la performance des établissements de santé

Roman Pourcher, responsable du pôle analyse des données et indicateurs de performance

Marie Astier, pôle analyse des données et indicateurs de performance

4. Centre

4.1. Agence régionale de santé

André Ochmann, directeur de l'offre sanitaire et médico-sociale

4.2. Ville de Nogent-le-Rotrou

Dominique Martin, directeur général des services de la ville de Nogent-le-Rotrou

4.3. Centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou

Loïc Pennanech, directeur

Nelly Garnier, responsables des finances

5. Ile-de-France

5.1. Ville de Paris

Jean-Marie Le Guen, député, adjoint au maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'AP-HP

Jean-Yves Mano, adjoint au maire de Paris, chargé du logement

5.2. Agence régionale de santé

Christine Schibler, directrice adjointe du pôle établissements de santé, chef du département territorialisation de l'offre de soins

Sébastien Leloup, chef du département en charge de l'AP-HP

François Pinardon, responsable du département pilotage financier des établissements de santé

Dorothee Hénin, référente financière de la cellule investissements, département pilotage financier des établissements de santé

5.3. Établissements publics de santé

5.3.1. Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP)

Mireille Faugère, directrice générale

Carine Chevrier, directrice économique, financière, de l'investissement et du patrimoine

Emmanuel Quissac, directeur de la stratégie, des finances et du patrimoine

5.3.2. Établissement public de santé Maison-Blanche

Nicole Pruniaux, directrice

6. Pays de la Loire

6.1. Collectivités locales

6.1.1. Ville de Carquefou

Claude Guillet, maire de Carquefou

Benoît Richard, directeur général adjoint des services

6.1.2. Nantes métropole

Michel Morand, responsable du service parc social, directeur de l'habitat

Annexe IV

Régine Chabi-Revaireau, directrice de l'action foncière

6.2. Agence régionale de santé

Pascal Duperray, directeur de l'accompagnement et des soins

Gérard Lebreton, ingénieur en charge de la politique immobilière

6.3. Établissements publics de santé

6.3.1. Centre hospitalier de Maubreuil

Jacques Destomas, directeur

6.3.2. Centre hospitalier universitaire de Nantes

Christiane Coudrier, directrice générale

Cécile Jaglin-Grimonprez, directrice du plan

Fabrice Del Sol, directeur du pôle technique et logistique

6.4. Services de l'État

Emmanuel Aubry, secrétaire général de la préfecture de Loire-Atlantique

Marc André, direction de la coordination et du management de l'action publique à la préfecture de Loire-Atlantique

7. Poitou-Charentes

7.1. Ville de Saintes

Frédéric Mahaud, maire adjoint en charge des grands projets

Céline Marmet, directrice de l'aménagement et de l'urbanisme à la ville

7.2. Agence régionale de santé

François Fraysse, directeur général adjoint

Laurence Rivallant-Delabie, directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale

7.3. Centre hospitalier de Saintonge

Alain Debetz, directeur

Laurence Couloudou, directrice adjointe chargée des services financiers

Philippe Marquet, directeur adjoint chargé des achats et de la logistique

Hervé Turmel, responsable des services techniques

8. Provence-Alpes-Côte d'Azur

8.1. Collectivités locales

8.1.1. Ville de Marseille

Jean-Claude Gondard, directeur général des services

Laurent Meric, directeur adjoint du développement urbain

8.1.2. Ville de Nice

Alain Philip, adjoint au maire chargé de l'urbanisme

François Feuillade, directeur général des services adjoint, aménagement et développement

Bernard Massabo, directeur du foncier de la métropole et de la ville de Nice

8.2. Agence régionale de santé

Paul Castel, directeur général

Martine Riffard, directrice de l'offre de soins

8.3. Établissements publics de santé

8.3.1. Assistance publique – hôpitaux de Marseille (AP-HM)

Jean-Jacques Romatet, directeur général

Jean-Michel Budet, directeur général adjoint

8.3.2. Centre hospitalier universitaire de Nice

Emmanuel Bouvier-Muller, directeur général

Bénédicte Soilly, directrice des finances

Jean-François Medelli, directeur du patrimoine immobilier

Thierry Arrii, chef du pôle des ressources matérielles

8.4. Services de l'État

Gilles Servanton, directeur départemental des territoires et de la mer (DDTM) des Bouches-du-Rhône

Sylvain Houpin, directeur adjoint

9. Rhône-Alpes

9.1. Collectivités locales

9.1.1. Ville d'Annecy

Jean-Luc Rigaut, maire, président de la communauté de communes de l'agglomération

Sébastien Lenoir, directeur général de la communauté de l'agglomération d'Annecy

Michel Bouchot, directeur général des services de la ville d'Annecy

9.1.2. Ville de Lyon

Kamel Sanadji, conseiller municipal chargé de la santé

Cécile Jacasson, chargée de mission au cabinet du maire

9.2. Agence régionale de santé

Gilles Delacausade, directeur général adjoint

Céline Vigné, directrice de l'efficacité de l'offre de soins

Yves Dary, responsable du financement de l'offre de soins

9.3. Établissements publics de santé

9.3.1. Centre hospitalier de la région d'Annecy

Serge Bernard, directeur général

Bernard Longin, directeur adjoint chargé des affaires financières

9.3.2. Hospices civils de Lyon

Alain Collombet, secrétaire général

Luc Fabrès, directeur adjoint des affaires domaniales

9.4. Services de l'État

Isabelle David, secrétaire générale de la préfecture du Rhône

Dominique Mouilleaux, responsable des affaires domaniales à la direction départementale des territoires (DDT)

10. Fédérations

10.1. Fédération hospitalière de France (FHF)

Gérard Vincent, délégué général

Guy Collet, conseiller du président et du délégué général

Yves Gaubert, responsable du pôle finances

10.2. Conférence nationale des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires (CHU)

Olivier Boyer, directeur général du CHR d'Orléans, président de la commission des finances

10.3. Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CNDCH)

Denis Fréchou, président, directeur des hôpitaux de Saint-Maurice

ANNEXE V

Lettre de mission

MINISTÈRE DE
L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES
AFFAIRES SOCIALES ET
DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE
L'ÉGALITÉ, DES
TERRITOIRES ET DU
LOGEMENT

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ AU
BUDGET

Les Ministres

Paris, le 18 JUIN 2013

NOTE à l'attention de
Mme Marie-Christine LEPETIT
Cheffe de service de l'Inspection générale des finances
M. Pierre BOISSIER
Chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales
M. Patrice PARISE
Vice-président par intérim du conseil général de l'Environnement et du développement durable
:- :- :

Objet : Mission d'évaluation de l'impact sur les établissements de santé de la loi du 18 mars 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social.

La loi n°2013-31 du 18 mars 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social prévoit l'application d'une décote lors de la cession de terrains propriétés de l'Etat et des établissements publics de l'Etat.

En vue de définir le dispositif réglementaire applicable aux établissements publics de santé, les ministères de l'économie et des finances, des affaires sociales et de la santé et de l'égalité des territoires et du logement souhaitent disposer d'une analyse préalable permettant de préciser les établissements publics de santé ou catégories d'établissements publics de santé auxquels seraient applicables les dispositions de la loi et les modalités envisageables d'adaptation du dispositif de décote à ces établissements ou catégories d'établissements. Une mission vous est en conséquence confiée à cette fin.

L'analyse devra tenir compte des volumes cessibles, de leur potentialité en termes de programmation urbaine, de l'impact attendu sur la situation financière des établissements publics de santé ou catégories d'établissements publics de santé concernés, sur la capacité du secteur à faire face à ses besoins d'investissement et, plus généralement, sur les finances publiques.

Pour la conduite de vos travaux vous pourrez vous appuyer sur nos services, en particulier la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction du budget (DB), ainsi que sur l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

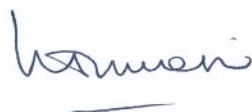
Vos conclusions sont attendues dans un délai de deux mois.

Le ministre de
l'économie et des
finances



Pierre MOSCOVICI

La ministre des affaires
sociales et de la santé



Marisol TOURAINE

La ministre de
l'égalité des
territoires et du
logement



Cécile DUFLOT

Le ministre délégué au
budget



Bernard CAZENEUVE

ANNEXE VI

Diaporama de restitution

Mission d'évaluation de l'impact sur les EPS de la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement

Restitution des résultats de la mission

Sommaire

1

Enjeux et méthodes de la mission

2

Évolutions introduites par les dispositions de la loi

3

Impact de la loi sur les EPS

4

Propositions sur les modalités d'application

Contexte de la mission

La lettre de mission du 18 juin 2013 demande à l'IGF, l'IGAS et au CGEDD d'évaluer l'impact sur les EPS de la loi relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement

Objectifs de la lettre de mission

1. Procéder à un examen préalable permettant de préciser les EPS auxquels seraient applicables les dispositions de la loi
2. Préciser les **modalités envisageables d'adaptation de la décote aux EPS**
3. Réaliser une étude prenant en compte :
 - les volumes cessibles ;
 - leurs potentialités en termes de programmation urbaine ;
 - **l'impact attendu sur la situation financière des EPS et sur la capacité du secteur à faire face à ses besoins d'investissement.**

Cadre général

- La loi du 18 janvier 2013 prévoit une évolution du dispositif de décote lors de la cession de foncier public afin de :
 - **accroître l'offre foncière pour la production de logement ;**
 - **améliorer la capacité de financement du logement social.**
- L'application de ces dispositions aux EPS suppose de **concilier les objectifs de la politique du logement avec ceux de l'investissement hospitalier** – ce dernier ayant été récemment réformé afin d'accroître l'autofinancement des EPS
- La loi prévoit en outre **plusieurs textes d'application** :
 - le DCE du 15/04/2013 pose les conditions d'aliénation du domaine privé de l'Etat ;
 - Un décret simple doit dresser la liste des établissements publics concernés ;
 - Des DCE afin de **décliner les modalités de mise en œuvre de la décote pour chaque catégorie d'établissements publics concernée.**

Planning de travail de la mission

La mission s'est échelonnée sur deux mois, conduisant parallèlement entretiens et simulations à partir des données recueillies

	Jun	Juillet	Aout	Sept.	Octobre
<p>Phase 1 : Analyse des évolutions introduites par les dispositions de la loi du 18 janvier 2013</p> <p>Analyse des dispositions de la loi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au regard des règles existantes ; - des modalités de gouvernance et des évolutions induites ; - des modalités d'application de la décote. <p>Bilan des cessions réalisées au cours de la période 2007-12 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extraction de données de la DGOS ; - Analyse des produits de cession, décotes et difficultés éventuelles. 	<p>★ Lettre de mission</p>	<p>★ Lettre de cadrage</p>			
		<p>Entretiens</p>			
		<p>Analyse de données</p>			
<p>Phase 2: Étude de la situation financière et patrimoniale des EPS</p> <p>Analyse de la situation patrimoniale des EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en l'absence de données consolidées nationales sur le patrimoine des EPS, identification d'un panel d'EPS représentatifs ; - analyse de données précises sur les caractéristiques de leur patrimoine et sa valorisation financière. <p>Analyse de la situation financière des EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAF, taux d'endettement et durée apparente de la dette ; - évolution des dépenses d'investissement, et du poids de la CAF et des produits de cession dans ces dépenses. 				<p>Entretiens et déplacements dans un échantillon d'EPS</p>	
				<p>Extractions DGFiP et analyse</p>	
<p>Phase 3 : Simulation de l'impact des nouvelles dispositions législatives, à l'échelle nationale, à l'échelle des établissements et à l'échelle des opérations</p> <p>Analyse des PGFP des EPS pour la période 2012 – 2016</p> <p>Analyse des modalités d'application de la décote :</p> <ul style="list-style-type: none"> - simulations chiffrées de l'impact de la décote sur un échantillon d'opérations réalisées ou en cours de négociation ; - analyse des capacités contributives des acteurs et de l'impact du dispositif de la décote sur l'offre du foncier. 				<p>Entretiens et déplacements dans un échantillon d'EPS</p>	
				<p>Présentation des résultats de la mission</p>	<p>★</p>
<p>Phase 4 : Rédaction du rapport</p>				<p>Analyse de données et simulations</p>	

Sommaire

1

Enjeux et méthodes de la mission

2

Évolutions introduites par les dispositions de la loi

3

Impact de la loi sur les EPS

4

Propositions sur les modalités d'application

Sommaire

2 Évolutions introduites par les dispositions de la loi

Avant la promulgation de la loi, la cession d'un actif hospitalier suppose la prise en compte des contraintes d'aménagement et d'urbanisme définies par la commune

1. Contexte de la négociation entre la commune et l'EPS pour les cessions

La loi vise à favoriser la production de logements sociaux, notamment en objectivant les conditions de la cession

2. Apports de la loi dans la négociation d'une cession de foncier

La nouvelle procédure objective les conditions de cession afin d'essayer de sortir des situations de blocage et ainsi favoriser la vente du foncier des EPS

- 3. Procédure de vente du foncier hospitalier avant la loi Duflot**
- 4. Procédure de vente du foncier hospitalier suite à l'application de la loi Duflot**
- 5. Étapes du processus d'examen de recevabilité d'un dossier**
- 6. Étapes du processus de définition de la fourchette de décote**

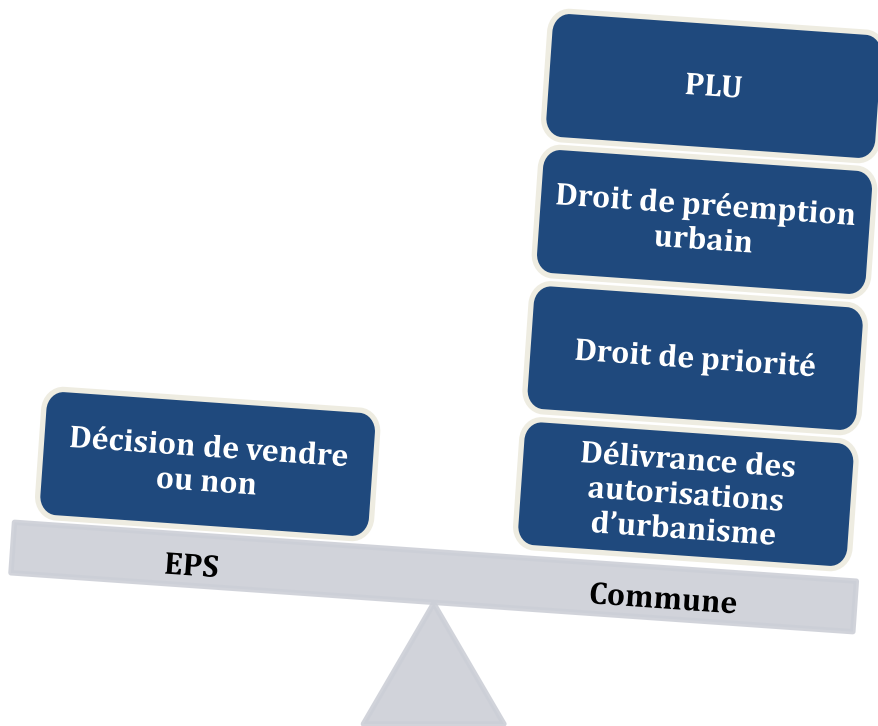
Pour autant, les dispositions de la loi ne semblent pas modifier significativement la situation préexistante

7. Limites des dispositions de la loi

Contexte de la négociation entre la commune et l'EPS pour les cessions

Avant la promulgation de la loi, la cession d'un actif hospitalier suppose la prise en compte des contraintes d'aménagement et d'urbanisme définies par la commune

- Facteurs de négociation du prix de la cession d'un actif immobilier par un EPS -



- ▶ Depuis les lois de décentralisation (1982 et 1983), **les communes disposent de marges de manœuvre importantes dans les négociations avec les EPS**
- ▶ **Le PLU en particulier peut avoir une influence déterminante sur le prix de cession** : il définit les possibilités et conditions de construction, qui influencent directement le prix des biens (ex : obligation de réaliser une part de logements sociaux)
- ▶ Conjointement au PLU, le programme de construction peut entrer en compte dans l'évaluation du bien lorsqu'il s'agit d'une « **évaluation par compte-à-rebours** »
- ▶ Ainsi, ces facteurs pèsent sur les prix de cession : les zones concernées par une obligation de réalisation de logements sociaux subissent une « **décote de fait** » :
 - à Paris notamment, le foncier en logement social subit une décote de fait de près de 60% par rapport au foncier libre ;
 - au total, les 6 exemples analysés par la mission mettent en lumière la **très grande variabilité de la « décote de fait »** - elle s'échelonne entre 14 et 44% par rapport aux recettes potentielles, alors que la loi ENL la limitait à 35 % en Ile-de-France.

Apports de la loi dans la négociation d'une cession de foncier

La loi vise à favoriser la production de logements sociaux, notamment en objectivant les conditions de la cession

Au travers d'une décote formalisée, la loi entend adapter le prix du foncier aux besoins de production de logement social

- ▶ La loi du 18 janvier 2013 permet de **céder des terrains du domaine privé de l'État à un prix inférieur à sa valeur vénale lorsque ces terrains sont destinés à des constructions comportant essentiellement du logement (plus de 75%), dont du logement social**
- ▶ La décote est applicable partout en France, elle peut atteindre 100% pour la part destinée au logement social, en fonction de la catégorie de logement et du zonage Scellier :

- Barème d'application de la décote -

	Zone C	Zone B2	Zones A et B1
Cat. 1 (très social)	Entre 0 et 50%	Entre 0 et 75%	Entre 0 et 100%
Cat. 2 (social)	Entre 0 et 35%	Entre 0 et 50%	Entre 0 et 75%
Cat. 3 (interm. et acc. sociale)	Entre 0 et 25%	Entre 0 et 35%	Entre 0 et 50%

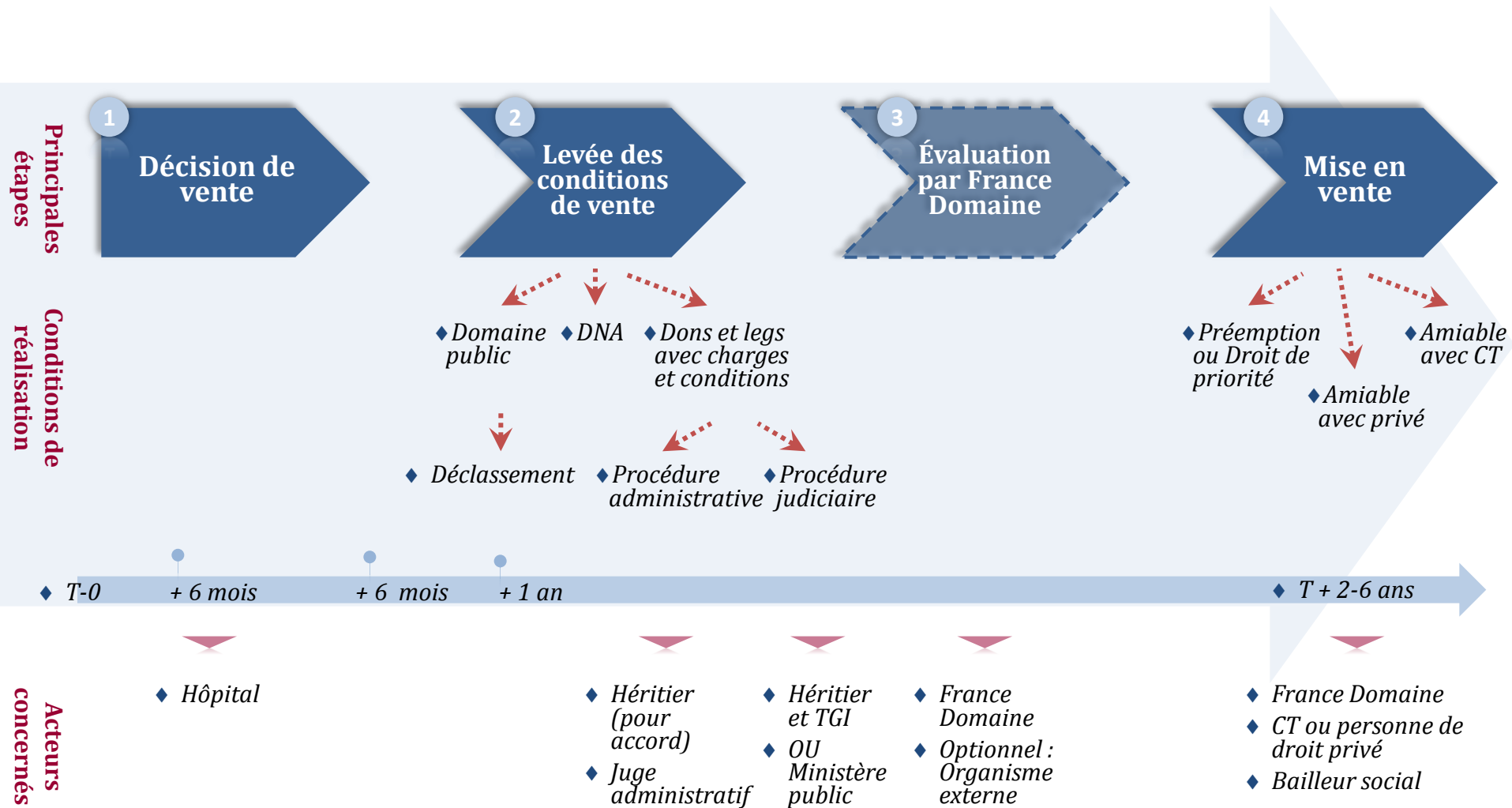
- ▶ En outre, la loi prévoit que les conditions d'application de la cession avec décote puissent être adaptées par des décrets en Conseil d'État pour tenir compte de la situation particulière des EPS concernés

En introduisant la médiation des services de l'Etat, la loi vise à sortir des situations de blocage

- ▶ La **gouvernance de l'État sur le dispositif a été renforcée**, et consacre le rôle central du préfet de région :
 - établissement de la liste des parcelles susceptibles d'être cédées avec décote ;
 - suivi de la réalisation effective du programme, dans un délai de 5 ans ;
 - bilan annuel des terrains disponibles/cédés ainsi que des modalités et des prix de cession.
- ▶ Le préfet supervise le calcul de la décote, qui fait l'objet d'une instruction conjointe par les services de la DDTM et de la DDFiP
- ▶ Le calcul de la décote peut constituer un **outil d'aide à la négociation précieux, permettant d'objectiver la nécessité de l'application d'un rabais sur la valeur vénale du terrain**, à partir d'un barème d'application homogène sur tout le territoire

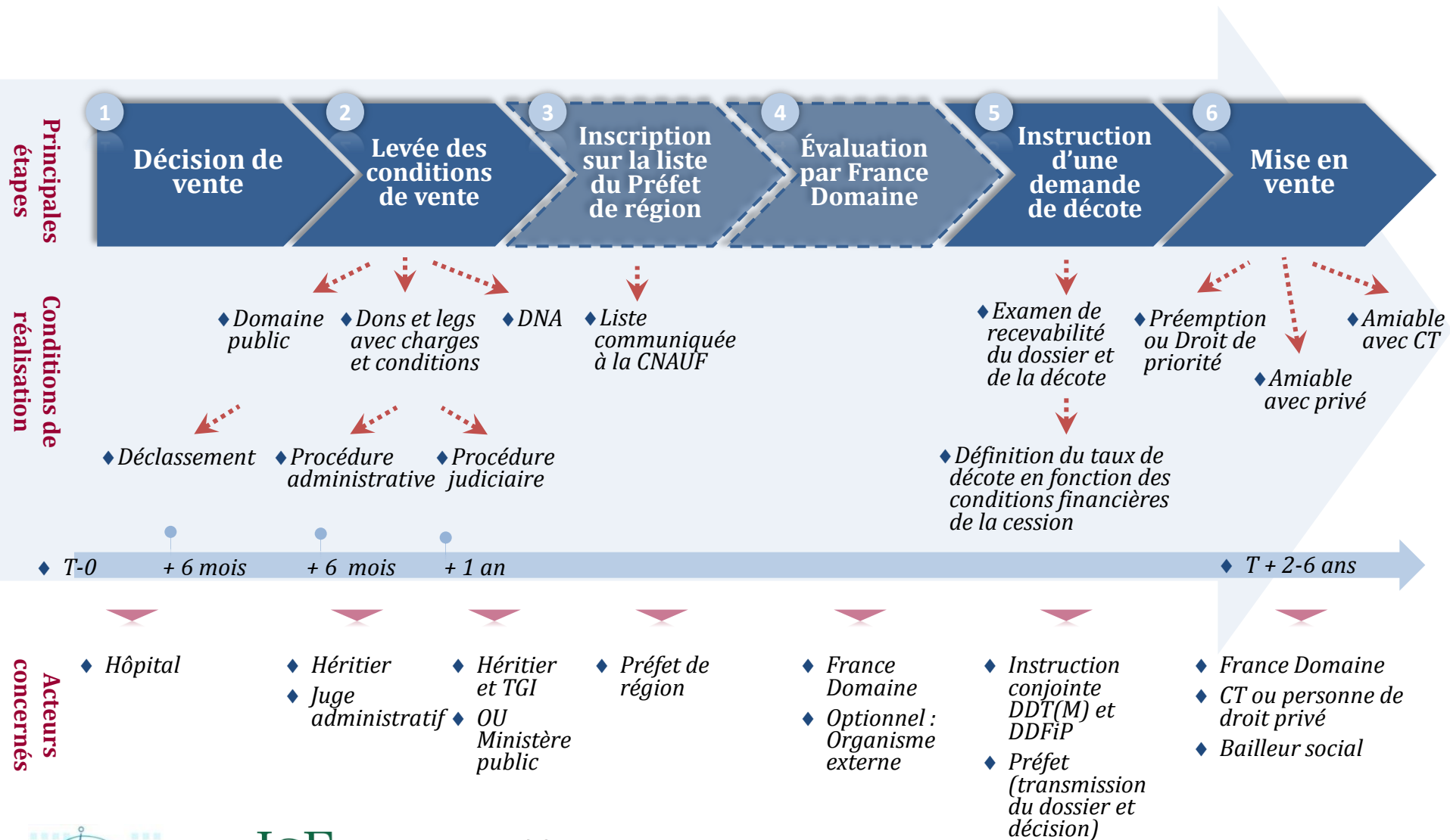
Procédure de vente du foncier hospitalier avant la loi Duflot

La procédure actuelle, non formalisée, tient davantage de négociations entre les différentes parties prenantes, conduisant parfois à des situations de blocage



Procédure de vente du foncier hospitalier suite à l'application de la loi Duflot

La nouvelle procédure objective les conditions de cession afin d'essayer de sortir des situations de blocage et ainsi favoriser la vente du foncier des EPS



Étapes du processus d'examen de recevabilité d'un dossier

Sous le contrôle du Préfet de département, l'examen du dossier est effectué essentiellement par la DDT(M), avec coopération de la DDFiP

5

Instruction d'une demande de décote

◆ Examen de recevabilité du dossier et de la décote

◆ Calcul des conditions financières de la cession + définition de la fourchette de décote

Etape 1 EPS

Transmission par l'EPS du dossier au Préfet de département

- Transmis si l'EPS sollicite le bénéfice d'une cession d'un bien du domaine privé avec décote
- Dossier doit permettre de vérifier si l'opération est éligible et de calculer la décote

Etape 2 Préfet

Transmission du dossier par le Préfet à la DDT(M) et à la DDFiP.

- Étapes suivantes effectuées par la DDT(M) essentiellement, DDFiP y est associée
- Préfet assure la fluidité de toute la procédure et lève les difficultés d'instruction éventuelles.

Etape 3 DDT(M)

Vérification de la recevabilité de la demande :

- ✓ Contenu du programme, éléments financiers et calendrier prévisionnel (max 5 ans)
- ✓ Conditions légales d'obtention d'une décote de droit : qualité du demandeur et inscription de la parcelle sur la liste établie par le Préfet de région

Etape 4 DDT(M)

Transmission des résultats au DDFiP puis au Préfet

- DDFiP effectue des observations et compléments éventuels avant transmission au Préfet

Etape 5 Préfet

Validation de la décote

- Vérification que les conditions d'une décote de droit sont réunies
- À défaut, décision de l'octroi d'une décote consentie.
- Décision est communiquée à la DDT(M) et à la DDFiP.

Étapes du processus de définition de la fourchette de décote

La définition de la décote, essentielle, vise à déterminer le prix de cession du bien

5

Instruction d'une demande de décote

◆ Examen de recevabilité du dossier et de la décote

◆ Calcul des conditions financières de la cession + définition de la fourchette de décote

Etape 1 DDFIP

Établissement de la charge foncière libre

- Valeur établie par « comparaison » à partir d'une étude de marché ou, à défaut, par un compte à rebours « promoteur »
- Transmise par la DDFIP à la DDT(M)

Etape 2 DDT(M)

Examen des circonstances locales :

- ✓ Tension du marché foncier et immobilier
- ✓ Capacité de financement de l'opération (situation financière de la commune notamment) et difficultés techniques de réalisation du programme
- ✓ Situation de la commune en termes de logement

Etape 3 DDT(M)

Contrôle de l'écart entre charge foncière sociale admissible et charge foncière libre

- L'écart doit représenter un pourcentage de décote autorisé au regard des fourchettes établies

Etape 4 Commune

Réunion de calage du dossier en amont de sa transmission par le préfet à la DDFIP

- Préfet, DDT(M) et DDFIP

Etape 5 DDFIP

Proposition par le DDFIP du prix de cession (valeur vénale et décote)

- Montant établi « sur la base des éléments transmis par le préfet de département »

Limites des dispositions de la loi

Pour autant, les dispositions de la loi ne semblent pas modifier significativement la situation préexistante

La loi ne peut pas contraindre à vendre ou à acheter, mais pourrait au contraire déboucher sur des blocages

- ▶ La loi ne modifie par le rapport de force entre les acteurs de la négociation.
- ▶ Le principal risque auquel cette loi expose les acteurs est celui d'un **blocage des négociations de cession**, en raison des mauvaises interprétations et des craintes qu'elle a soulevées :
 - les EPS craignent une « double décote », qui consisterait à appliquer une décote sur un prix déjà amputé par la prise en compte des logements sociaux. Il est cependant précisé que « quelles que soient les prescriptions du PLU en matière de construction de logements sociaux, **la décote est calculée compte tenu de la part sociale du programme de construction, par différence avec un programme qui ne comporterait que des logements libres** ».
 - les EPS craignent une obligation d'inscription sur la liste établie par le préfet, et dès lors une obligation de décote. Toutefois, **rien ne permet qu'un terrain figure sur la liste sans l'accord de son propriétaire ; ceci doit être toutefois réaffirmé.**

La bonne application de la loi est soumise à des conditions techniques et à un travail de pédagogie

- ▶ L'application de la loi repose sur un **prérequis technique important : l'utilisation du compte à rebours pour l'évaluation du prix – ce qui suppose une bonne connaissance préalable de l'opération de construction**. Par ailleurs, le compte à rebours n'a été que très rarement utilisé jusqu'à présent.
- ▶ Les entretiens ont montré qu'une communication accrue sur la loi paraît indispensable, afin de répondre aux nombreuses inquiétudes du secteur hospitalier

Proposition 1 :

Prévoir dans le décret d'application de la loi aux EPS l'inscription des articles R. 3211-32-4 et R. 3211-32-7 tels qu'ils ont été rédigés dans le projet de décret relatif aux établissements publics de l'État.

Sommaire

- 1 Enjeux et méthodes de la mission
- 2 Évolutions introduites par les dispositions de la loi
- 3 Impact de la loi sur les EPS
- 4 Propositions sur les modalités d'application

Sommaire

3 Impact de la loi sur les EPS

Le panorama du foncier hospitalier, rendu approximatif par le manque de données disponibles, montre que le périmètre d'application de la loi serait circonscrit à un nombre limité de cessions

1. Un constat : le manque de données disponibles sur le foncier hospitalier
2. Étude de l'impact de la décote : analyse des cessions passées
3. Méthodologie employée afin de simuler l'impact de la décote

L'impact financier du nouveau dispositif de décote peut atteindre des proportions importantes pour certains établissements, pris individuellement

4. Synthèse des simulations effectuées par la mission
5. Des cessions aux effets potentiellement importants au niveau microéconomique

Or, les établissements de santé présentent un taux d'endettement qui justifie l'attention portée à des sources de financement complémentaires

6. Situation financière des établissements publics de santé
7. Situation financière des communes
8. Contraintes de financement des investissements qui pèsent sur les EPS

Un constat : le manque de données disponibles sur le foncier hospitalier

Le panorama du foncier hospitalier est rendu approximatif par un manque de données sur la valeur vénale des actifs

Les données disponibles concernent la valeur historique des biens

- ▶ Seule la valeur comptable du foncier hospitalier est connue: 60,6 Md€

Toutefois, il n'existe pas de données consolidées sur leur valeur vénale ou leurs caractéristiques...

- ▶ Il n'existe pas de données consolidées sur :
 - la valeur vénale des actifs des établissements ;
 - la localisation ou les caractéristiques physiques de ces actifs (ex : nombre de terrains, taille) ;
 - l'utilisation actuelle et potentielle des biens

...Ce que l'outil OPHELIE aurait vocation à combler

- ▶ Le déploiement de l'outil OPHELIE (outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les EPS) permettrait d'améliorer la connaissance du foncier hospitalier
- ▶ Il serait toutefois utile de donner une dimension normative plus en amont à son recensement et à sa valorisation

La formalisation des cessions projetées dans le cadre des SRIS est également incomplète

- ▶ Ce volet patrimonial et foncier est insuffisamment exploité et documenté par les EPS

Proposition 2 : Créer une annexe aux états financiers des EPS évaluant la valeur vénale de leur patrimoine foncier

Objectifs :

- ▶ Obliger les EPS à entreprendre une démarche systématique d'inventaire et de valorisation de leur patrimoine
- ▶ Fiabiliser le montant des recettes de cession inscrites dans les EPRD des établissements
- ▶ Améliorer l'information sur le financement des investissements hospitaliers, dans le cadre des SRIS

Proposition 3 : Conditionner la validation des projets d'investissement en SRIS à la réalisation préalable par les EPS de l'annexe relative à la valorisation vénale de leur patrimoine

Objectif : Missionner clairement les ARS pour renforcer le volet patrimonial des SRIS, en s'appuyant sur l'annexe préparée par les EPS

Étude de l'impact de la décote : analyse des cessions passées

Faute de données exhaustives, la mission a procédé par échantillons de cessions réalisées – le dispositif de décote ne pourrait s'appliquer qu'à une part marginale de ces cessions

- Démarche de la mission en l'absence de données consolidées sur le foncier hospitalier et sa valeur vénale -



1. Importance du patrimoine foncier
2. Zones de tension en logement
3. Taille et nature de l'établissement

1. Statut du bénéficiaire (APUL, bailleur social)
2. 75% minimum de surface de plancher affectée au logement
3. Opération comporte des logements sociaux

- Nombre de cessions de l'échantillon remplissant les 3 conditions d'application de la décote -



Nombre cessions sélectionnées	1. Bénéficiaire	2. 75% de logement	3. Logement social	Cumul des 3 conditions
25	14	12	6	5

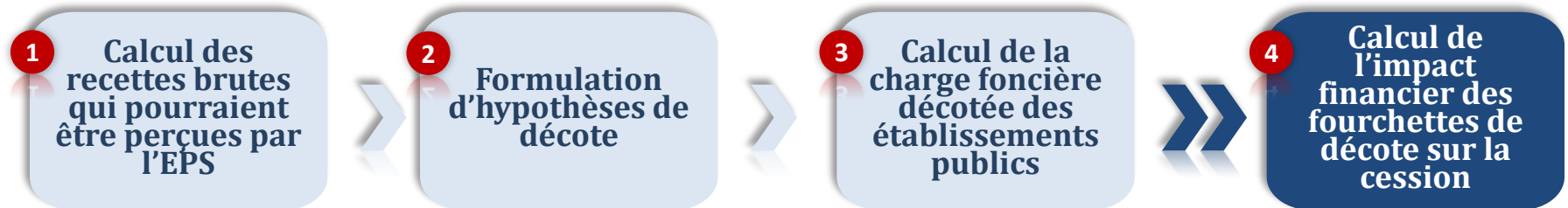
Points d'attention :

- ▶ **Connaissance inégale des opérations d'aménagement**
- ▶ La plupart n'ont **pas donné lieu à un compte à rebours** mais à des évaluations par comparaison
- ▶ **Le délai de 5 ans de réalisation, prévu par la loi du 18 janvier 2013, n'est jamais respecté sur l'échantillon**
- ▶ **Le domaine privé (DNA) ne représente que 484M€ dans les comptes des EPS en 2012, soit 1% de leur actif foncier et immobilier.** Les principaux gisements de foncier sont donc constitués par les sites hospitaliers, donc :
 - cessibles au terme d'une procédure de déclassement ;
 - l'aménagement des sites hospitaliers fait fréquemment l'objet d'une procédure de reconversion de plus de 5 ans, ce qui les exclut du dispositif de la décote.

Méthodologie employée afin de simuler l'impact de la décote

L'impact financier d'une fourchette de décote est mesuré à partir de sept opérations réalisées ou à venir, pour lesquelles les paramètres du compte à rebours étaient connus

- Méthodologie des simulations sur l'échantillon des cessions sélectionnées (à partir d'un outil mis au point par l'ANAP et légèrement modifié) -



Points d'attention :

- ▶ Les simulations n'ont pu être effectuées que sur **un nombre très restreint d'opérations de cession, pour lesquelles les paramètres du compte à rebours aménageur ou constructeur étaient connus** : l'équation économique de l'opération est rarement connue

Objectifs de la simulation :

- ▶ **Mesurer l'impact actuel des contraintes imposées dans le PLU sur les recettes, i.e. la « décote de fait »**
- ▶ **Obtenir une approximation de l'impact financier d'une fourchette de décote :**
 - par rapport au gain potentiel d'une opération en logement libre ;
 - par rapport à la « décote de fait » liée aux contraintes d'urbanisme pesant actuellement sur la négociation avec l'acquéreur.

Synthèse des simulations effectuées par la mission

Les simulations effectuées par la mission montrent que trois facteurs déterminent essentiellement l'impact financier du nouveau dispositif de décote

- Présentation des principaux résultats des simulations réalisées sur un échantillon de cessions -

Cas	Zone Scellier	Surface bâtie (en m ²)	Charge foncière libre	Charge foncière sociale négociée	Prix du foncier en logement libre (M€)	Décote de fait		Prix avec application maximale de la décote Duflot		Écart entre la décote de fait et le prix décoté	
						En M€	Écart	En M€	Écart	En M€	En points
1	A	30 000	2300	900	69,8	48,5	- 30 %	35,0	- 50 %	-13,5	-20
2	A	82 260	630	350	52,0	42,8	- 18 %	36,3	- 30 %	-6,5	-12
3	B1	11 500	1100	383	12,7	9,7	- 23 %	9,5	- 25 %	-0,2	-2
4	B2	79 460	230	75	18,3	12,9	- 29 %	13,6	- 26 %	+0,7	+3
5	B2	66 750	225	180	15,0	12,9	- 14 %	9,4	- 38 %	-3,5	-24
6	A	69 000	2500	950	172,5	114,8	- 33 %	86,3	- 50 %	-28,0	-17
6bis	A	55 100	2500	950	137,8	76,6	- 44 %	66,8	- 52 %	-10,0	-8

3 facteurs déterminent l'impact financier de la décote :

1. L'écart existant entre la charge foncière libre et la charge foncière sociale
2. La part de logement social ou d'équipements publics dans l'opération : lorsqu'il atteint 50%, les moindres recettes deviennent substantielles
3. Le taux de décote

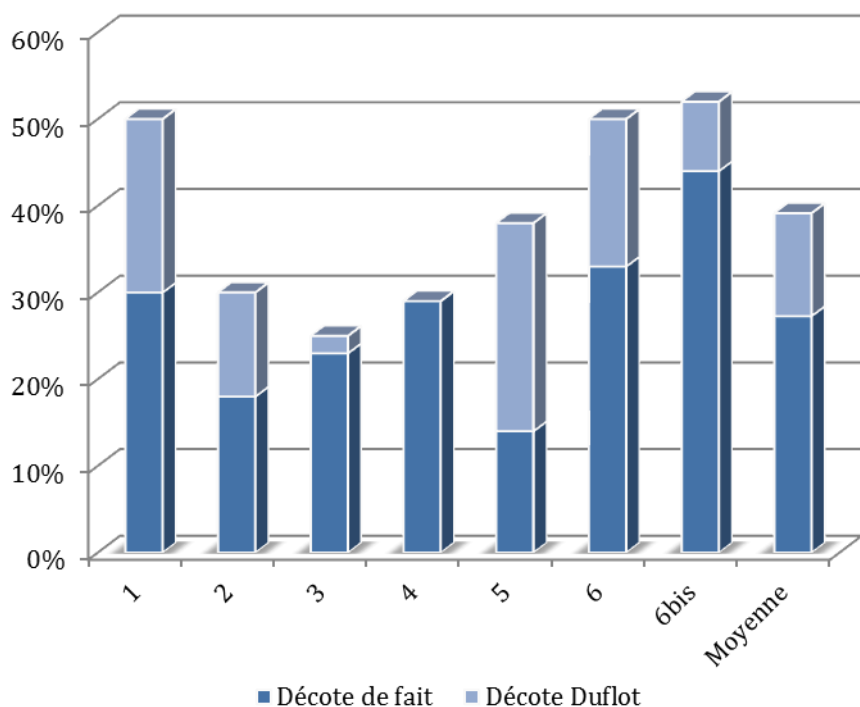
Constats majeurs mis en évidence :

- La décote Duflot ne se révèle pénalisante que dans les cas où la fourchette haute est appliquée – sinon, elle est souvent inférieure à la « décote de fait » appliquée aujourd'hui
- Le périmètre d'application de la loi se voit de fait circonscrit aux **opérations sans phase d'aménagement** préalable, compte tenu du délai de réalisation de 5 ans
- **Le principal facteur explicatif de l'impact financier de la décote n'est pas la zone de tension, mais les contraintes inscrites dans le PLU** en termes de réalisation de logements sociaux

Des cessions aux effets potentiellement importants au niveau microéconomique

L'impact financier du nouveau dispositif de décote peut atteindre des proportions importantes pour certains établissements, pris individuellement

– Résultats des 7 simulations réalisées sur un échantillon de cessions : écart entre la « décote de fait » et le prix avec application de la fourchette haute de la décote Duflot –



L'impact financier de la décote sur l'investissement peut être conséquent pour quelques établissements

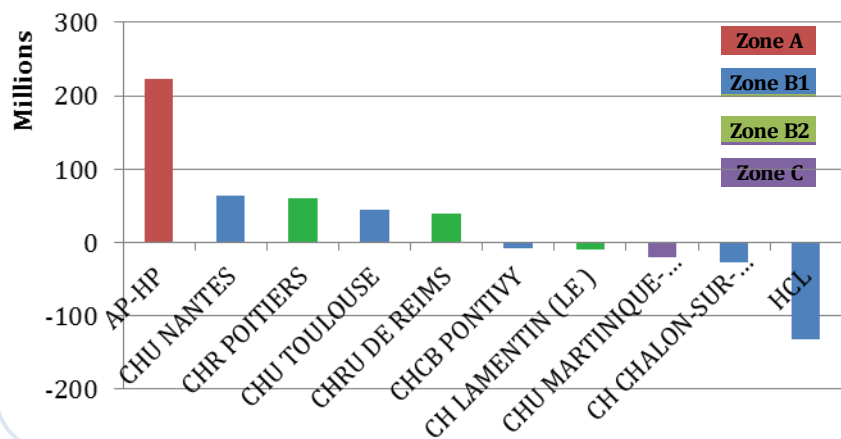
- ▶ **L'application de la fourchette haute de la décote peut induire des pertes de recettes substantielles** pour l'établissement de santé comprises entre -25 et -52% par rapport à la valeur vénale.
- ▶ L'écart entre la décote de fait et la décote du 18 janvier 2013 est compris entre +3 et - 24 %.
- ▶ Or, le poids des recettes de cession peut atteindre des proportions conséquentes pour certains établissements :
 - 20% du financement des investissements programmés au CHU de Clermont-Ferrand ;
 - 15% pour l'AP-HP.
- ▶ La part des produits de cession dans le montant des investissements, globalement faible (4%), triple entre 2012 et 2016 selon l'analyse des PGFP
- ▶ **Le renforcement de l'autofinancement des investissements conduit les cessions à jouer un rôle croissant** dans l'équilibre financier des EPS

Situation financière des établissements publics de santé

Or, les EPS en zone tendue présentent un taux d'endettement et des capacités d'autofinancement qui justifient l'attention portée à des sources de financement complémentaires

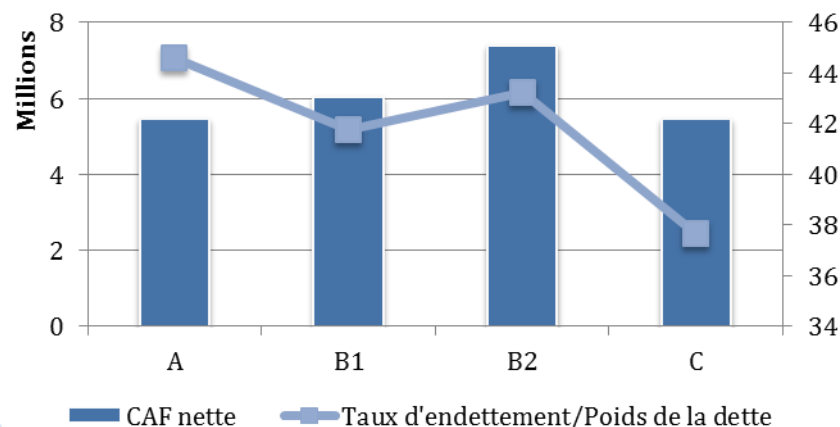
Distribution des EPS par CAF (5 plus élevées/faibles)

- Moyenne 2010 - 2012 -



CAF nette et taux d'endettement des EPS par zone de tension

- Moyenne 2010 - 2012 -



L'AP-HP se distingue dans le paysage hospitalier :

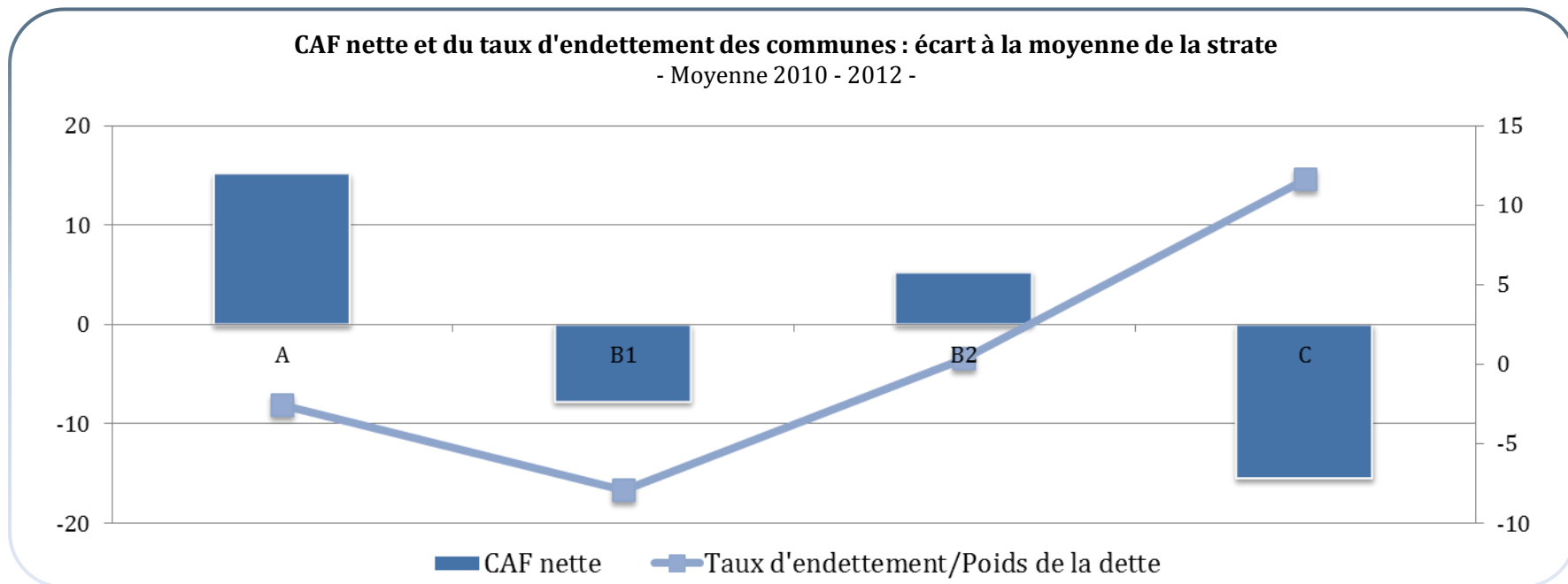
- CAF beaucoup plus élevée que celle des autres EPS : 222M€ (moyenne 2010-12), alors que celle de Nantes (2^{ème} plus élevée) n'est que de 55M€
- 4^{ème} propriétaire foncier de la capitale
- La taille de l'AP-HP ne doit pas occulter les difficultés de financement liées à une dette de plus de 2,3Md€ en 2012

L'analyse de la situation financière des EPS met en évidence la fragilité de leur situation financière :

- CAF négative pour plus de 13% des 989 établissements (moyenne 2010-12)
- Trajectoire d'évolution de la dette a presque triplé entre 2002 et 2011
- En zone A : le taux d'endettement atteint 45% (37% en zone C) et la CAF nette moyenne ne représente que 5,5M€ (7M€ en zone B)

Situation financière des communes

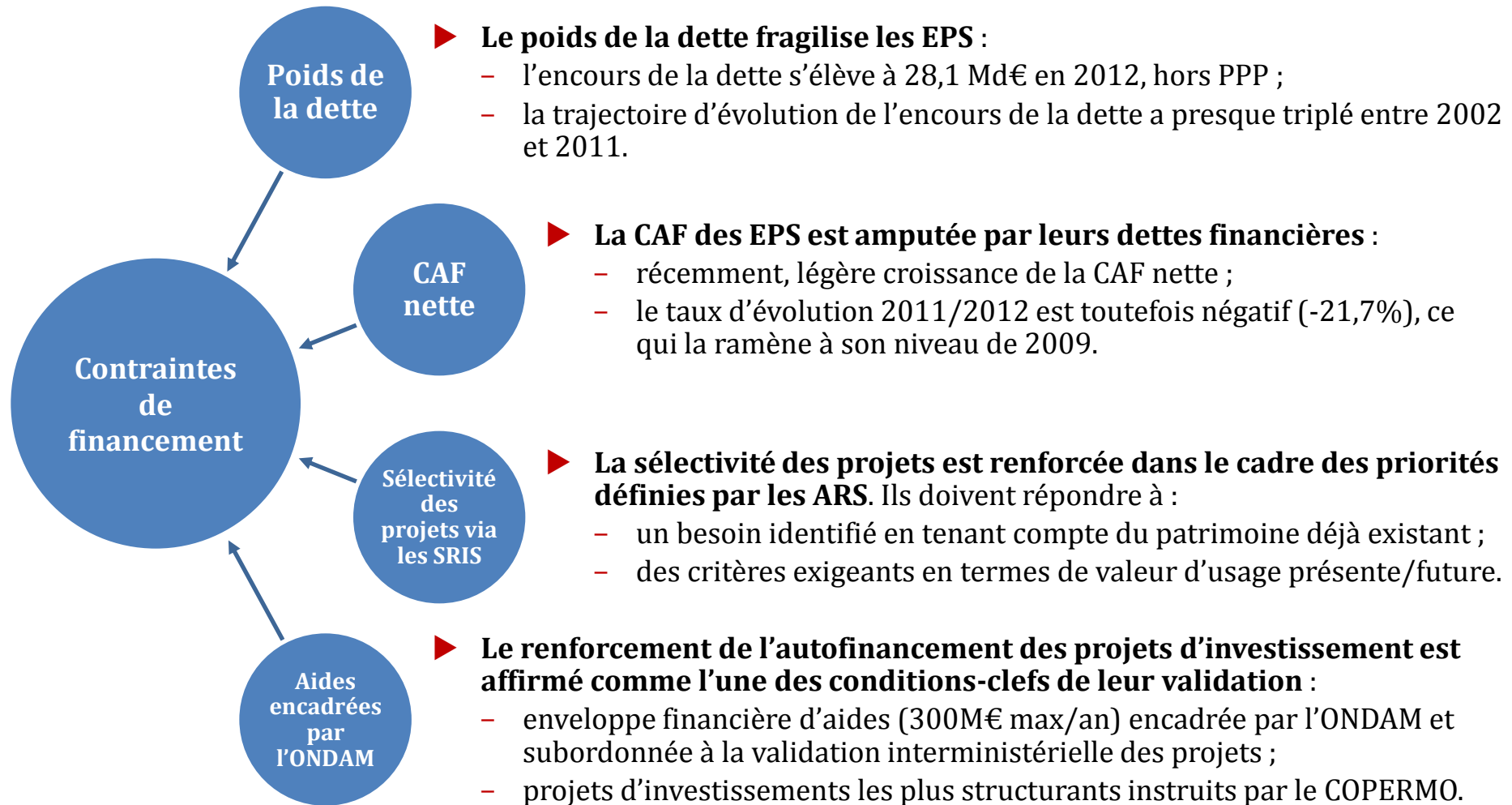
Parallèlement, les communes situées dans les zones de tension connaissent une situation financière globalement plus favorable que la moyenne



- ▶ **Les communes d'implantation des EPS situés en zone de tension ne connaissent pas de contraintes de financement particulières** : les communes situées en zone A et B1 ont un taux d'endettement inférieur respectivement de 8 points et de 17 points en moyenne au taux de leur strate
- ▶ Ce constat renforce l'utilité d'une **prise en compte, dans le calcul de la décote, de la situation financière de l'acquéreur du terrain**. Cet élément est prévu à l'article 3 de la loi du 18 janvier 2013 et permet d'éviter les effets d'aubaine.

Contraintes de financement des investissements qui pèsent sur les EPS

De plus, la situation financière des EPS ainsi que les exigences renforcées d'autofinancement des investissements accroissent l'utilité des recettes de cession



Sommaire

- 1 Enjeux et méthodes de la mission
- 2 Évolutions introduites par les dispositions de la loi
- 3 Impact de la loi sur les EPS
- 4 Propositions sur les modalités d'application

Sommaire

4

Propositions sur les modalités d'application

Seule une application de dispositif adaptée aux contraintes hospitalières permettrait d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins

1. Propositions sur les modalités d'application

Les dispositions de la loi doivent être adaptées aux établissements de santé, afin de ne pas pénaliser leur situation financière et leurs projets d'investissement

2. Gouvernance du dispositif

3. Limitation du périmètre d'application de la décote

4. Modulation de l'impact financier de la décote

La décote Duflot s'appliquerait sur une part réduite du foncier hospitalier ; seules quelques négociations pourraient ensuite déboucher sur un plafonnement

5. Foncier éligible pour l'application de la décote Duflot

D'autres dispositifs pourraient être mis en œuvre pour favoriser la conciliation des deux politiques publiques : quotas de réservation et baux emphytéotiques

6. Moyens d'action complémentaires

Synthèse : modalités de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 2013

Seule une application de dispositif adaptée aux contraintes hospitalières permettrait d'assurer la convergence des objectifs de la politique du logement et de la politique d'offre de soins

1 Application du dispositif sans adaptation

- **Cohérence générale de l'application de la loi**
- **Plénitude de pouvoirs d'action au Préfet de région** pour la réalisation des objectifs du gouvernement en matière de réalisation de logements

2 Exclusion des EPS du dispositif de décote

- **Stabilisation des rapports de force existants** entre les collectivités territoriales et les établissements cédants
- **Sécurisation des projets de cession**

3 Application adaptée du dispositif

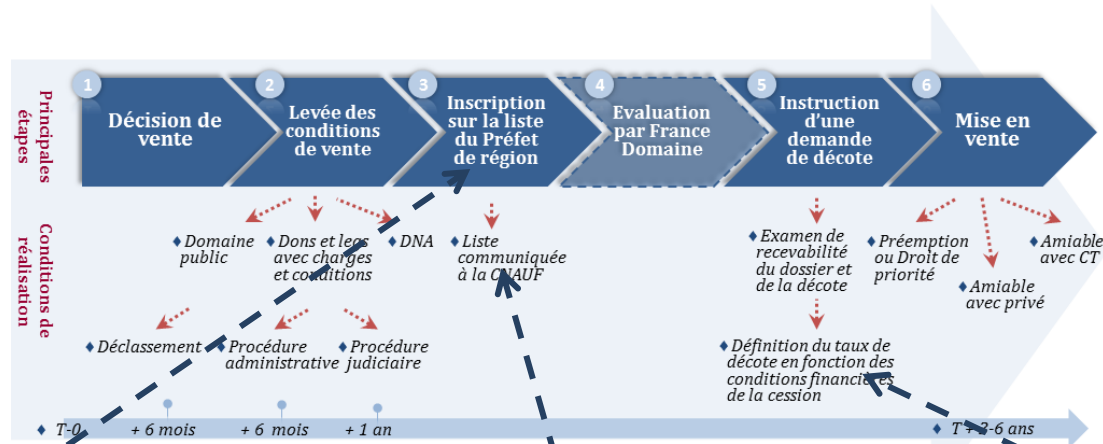
- **Meilleure articulation entre préfecture et ARS** pour une mise en œuvre efficace des deux politiques publiques : la réalisation de logements et la rationalisation des investissements hospitaliers
- **Prise en compte de critères propres aux EPS dans l'instruction conjointe de la demande de décote**

- **Fragilisation de certaines opérations d'investissement structurantes**
- Pénalisation des ARS pour les politiques de restructuration et d'investissements
- Demandes de compensation à l'Assurance Maladie et/ou **blocage de certains projets de cession**

- **Privation des situations actuellement bloquées des opportunités** offertes par la loi :
 - Objectivation des conditions techniques et financières de réalisation d'un programme ;
 - Rôle opportun du représentant de l'État dans la définition d'une situation de compromis.

Gouvernance du dispositif

L'articulation efficace des politiques prioritaires du Gouvernement au niveau territorial nécessite de modifier la gouvernance du dispositif et de mieux intégrer les interlocuteurs du champ de la santé



Proposition 4 : Soumettre l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste préfectorale à un avis conforme préalable du DG d'ARS, au regard des priorités du SRIS

Proposition 5 : Attribuer un siège permanent au ministère chargé de la santé (DGOS) au sein de la CNAUF

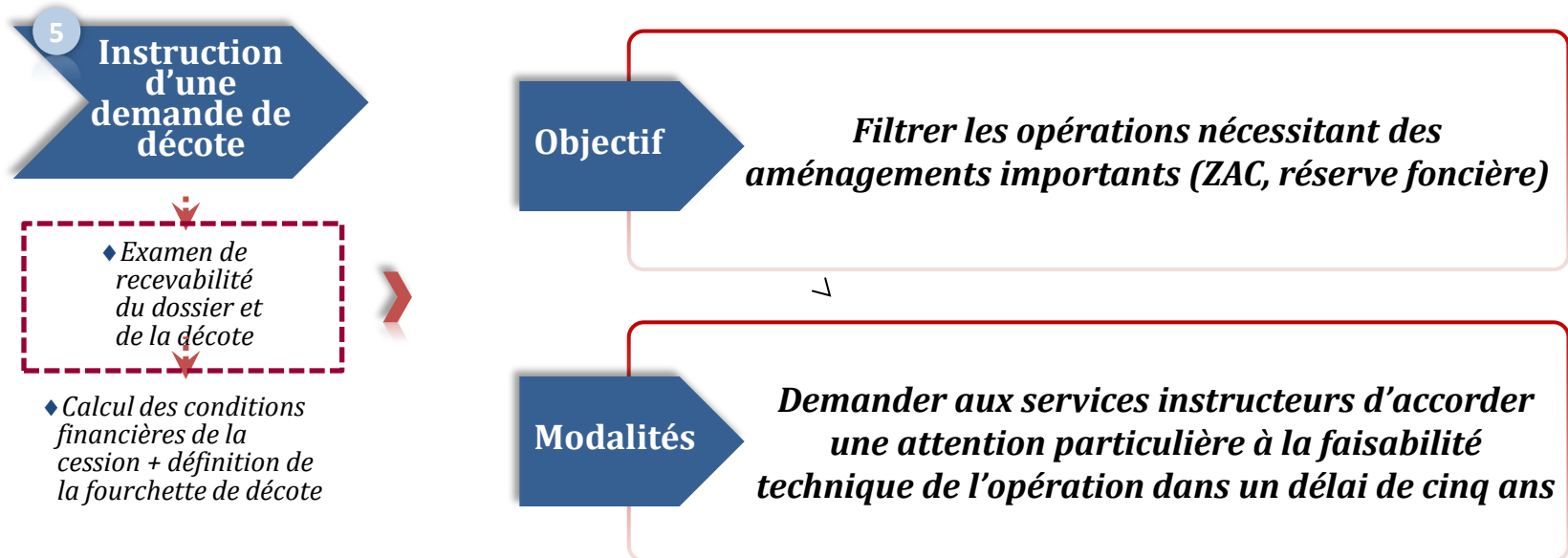
Proposition 6 : Instaurer une instruction conjointe de la décote par les services de l'ARS, de la DDTM et de la DDFiP

Proposition 7 : Étendre la compétence de l'ANAP à un appui aux EPS et aux ARS pour :

- ▶ mettre en œuvre l'inventaire patrimonial des EPS et leur stratégie de valorisation dans le cadre des SRIS ;
- ▶ organiser un appui méthodologique, à l'attention des EPS et des ARS, sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013.

Limitation du périmètre d'application de la décote

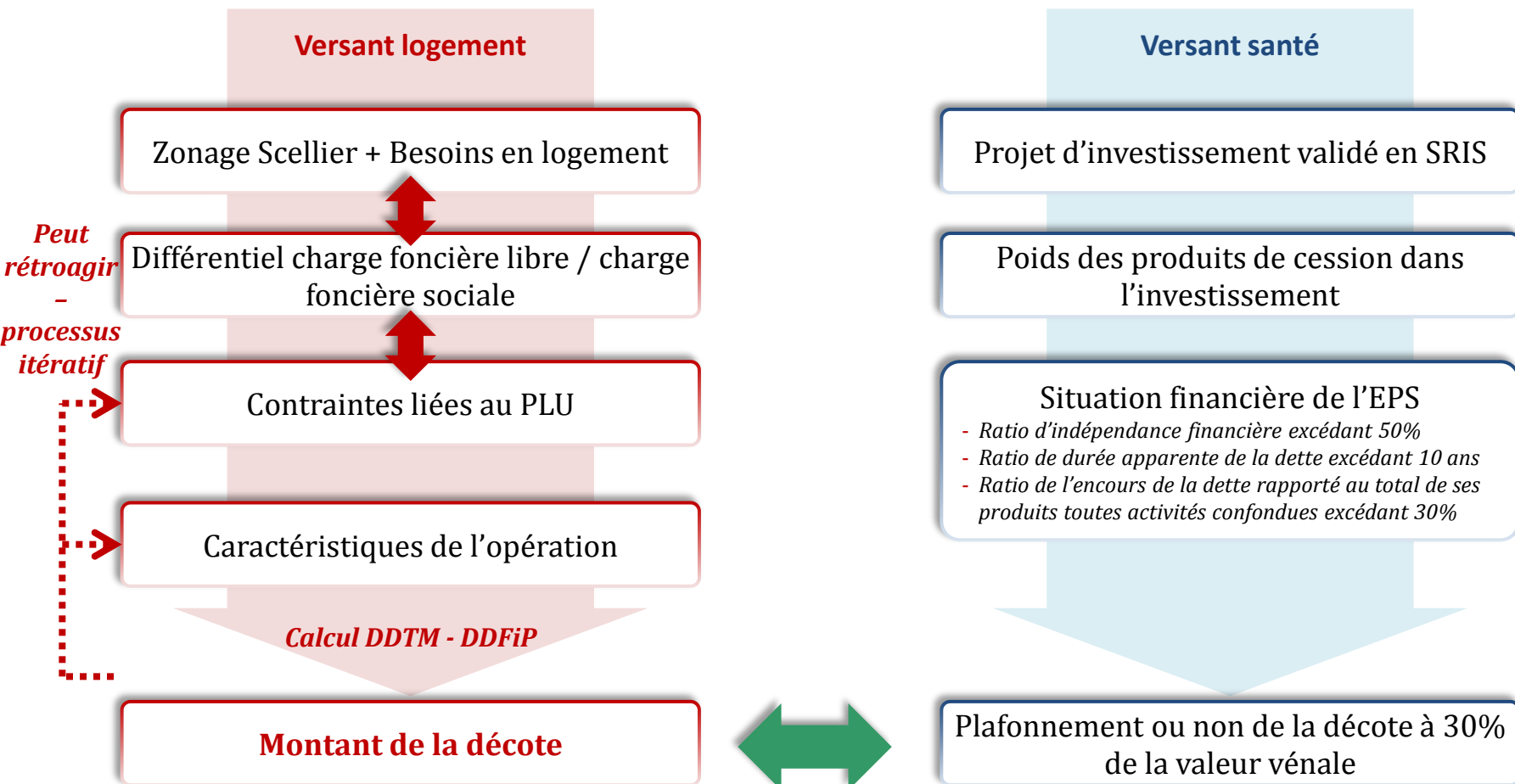
L'instruction de la décote doit permettre de vérifier la faisabilité de l'opération en moins de cinq ans, ce qui exclut les grandes opérations de reconversion hospitalière



Proposition 8 : Dans l'instruction de la décote, renforcer le contrôle de faisabilité du projet dans le délai de cinq ans afin de permettre un réel filtrage des projets

Modulation de l'impact financier de la décote

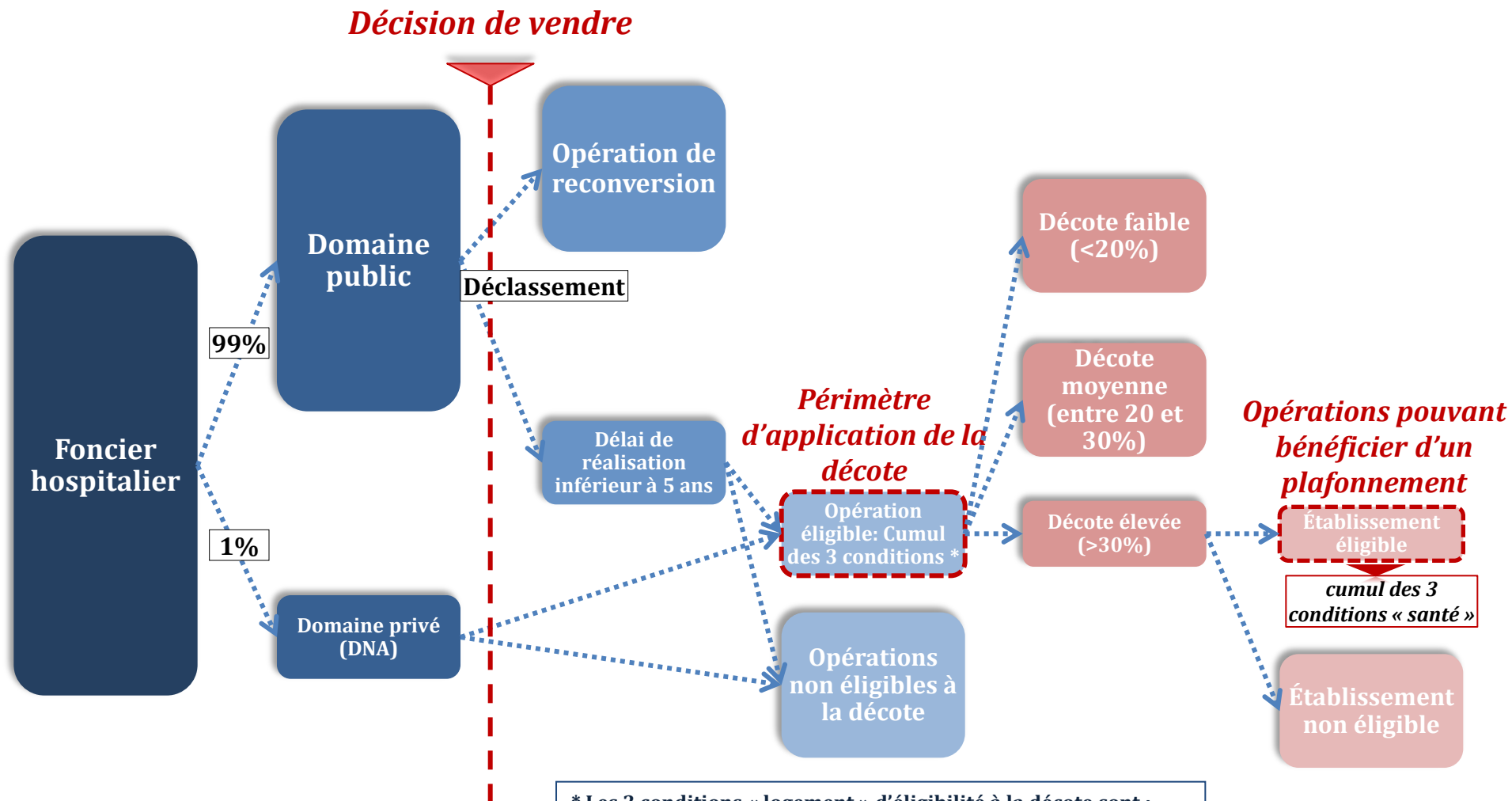
Au cours de l'instruction conjointe, l'analyse du DG d'ARS doit permettre de faire valoir les enjeux de la politique de l'offre de soins pour la définition du taux de décote



Proposition 9 : Pour les projets d'investissements répondant à certains critères cumulatifs liés à leur situation financière et à l'importance de leur projet d'investissement, plafonner le montant de la décote à 30% de la valeur de référence

Foncier éligible pour l'application de la décote Duflot

La décote Duflot s'appliquerait sur une part réduite du foncier hospitalier ; seules quelques négociations pourraient ensuite déboucher sur un plafonnement



* Les 3 conditions « logement » d'éligibilité à la décote sont :

1. Statut du bénéficiaire (APUL, bailleur social)
2. 75% minimum de surface de plancher affectée au logement
3. Opération comporte des logements sociaux

Moyens d'action complémentaires

D'autres dispositifs pourraient être mis en œuvre pour favoriser la conciliation des deux politiques publiques : quotas de réservation et baux emphytéotiques

Objectifs

- ▶ **Favoriser la construction de logements, y compris de logements sociaux**
- ▶ **Garantir une contrepartie aux EPS :**
 - logement des personnels hospitaliers, en particulier en Ile-de-France ;
 - préservation du haut de bilan et réduction corrélative des coûts d'entretien.

Des quotas de réservation assortis de clauses de fonction pourraient être développés auprès des filiales dédiées des bailleurs sociaux

Les conventions de réservation se heurtent à un obstacle juridique : l'impossibilité d'associer une clause de fonction à des réservations avec des bailleurs sociaux, et donc le droit au maintien dans les lieux.

Toutefois, il pourrait être envisagé :

- d'introduire dans l'objet social de filiales de bailleurs sociaux la possibilité de gérer/construire des logements pour les salariés travaillant pour les services publics de proximité ;
- de prévoir une « clause de fonction » dans le bail.

La conclusion de baux emphytéotiques par les EPS devrait être encouragée

Certains EPS ont recours aux baux emphytéotiques de droit privé, qui ont plusieurs avantages :

- ils évitent la cession des biens du patrimoine immobilier ;
- ils réduisent les coûts d'entretien à la charge des EPS ;
- ils favorisent la réalisation de constructions (notamment de logements) que les EPS ne sont pas en mesure de financer eux-mêmes.

Ces contrats ne doivent pas être le support d'une commande publique, sous peine de requalification du contrat

Proposition(s) :

- 1. Explorer la solution du recours aux quotas de réservation assortis de clauses de fonction, auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux**

Proposition(s) :

- 1. Développer le recours aux baux emphytéotiques sur le domaine privé des EPS**
- 2. Étendre la compétence de l'ANAP à l'accompagnement des EPS pour la signature des baux emphytéotiques**

Synthèse : propositions de la mission

La conciliation des objectifs de construction de logement et de qualité de l'offre de soins suppose une application adaptée de la loi aux EPS et le développement d'outils complémentaires

Synthèse des propositions

- 1. Prévoir dans le décret d'application de la loi aux EPS l'inscription des articles R. 3211-32-4 et R. 3211-32-7 tels qu'ils ont été rédigés dans le projet de décret relatif aux établissements publics de l'Etat.**
- 2. Créer une annexe aux états financiers des EPS évaluant la valeur vénale de leur patrimoine foncier**
- 3. Conditionner la validation en SRIS et des projets d'investissement qu'ils comportent à la réalisation préalable par les EPS de l'annexe relative à la valorisation vénale de leur patrimoine**
- 4. Soumettre l'inscription d'un terrain hospitalier sur la liste préfectorale à un avis conforme préalable du DG d'ARS, au regard des priorités du SRIS**
- 5. Attribuer un siège permanent au ministère chargé de la santé (DGOS) au sein de la CNAUF**
- 6. Instaurer une instruction conjointe de la décote par les services de l'ARS, de la DDTM et de la DDFiP**
- 7. Étendre la compétence de l'ANAP à un appui aux EPS et aux ARS pour :**
 - mettre en œuvre l'inventaire patrimonial des EPS et leur stratégie de valorisation dans le cadre des SRIS ;
 - organiser un appui méthodologique, à l'attention des EPS et des ARS, sur l'ensemble du champ impacté par la loi du 18 janvier 2013.
- 8. Dans l'instruction de la décote, renforcer le contrôle de faisabilité du projet dans le délai de cinq ans afin de permettre un réel filtrage des projets**
- 9. Pour les projets d'investissements répondant à certains critères cumulatifs liés à leur situation financière et à l'importance de leur projet d'investissement, plafonner le montant de la décote à 30% de la valeur de référence**
- 10. Explorer la solution du recours aux quotas de réservation assortis de clauses de fonction, auprès de filiales dédiées des bailleurs sociaux**
- 11. Développer le recours aux baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé, afin de favoriser la construction de logements**
- 12. Étendre la compétence de l'ANAP à l'accompagnement des EPS pour la signature des baux emphytéotiques.**



MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE
DES AFFAIRES
SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉCOLOGIE
DU DÉVELOPPEMENT
DURABLE
ET DE L'ÉNERGIE

Inspection générale des Finances
www.igf.finances.gouv.fr

Conseil général de l'environnement et du développement durable
www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr

Inspection Générale des Affaires Sociales
www.igas.gouv.fr