

Dynamisation des actifs immobiliers des établissements sanitaires et médico-sociaux

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Tome 2 : Mener une étude de reconversion



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER ET COMPARER leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Contacts :

Anabelle BILLY,
ANAP, anabelle.billy@anap.fr

Damien POIROT,
ANAP, damien.poirot@anap.fr

Résumé

La valorisation du patrimoine immobilier non affecté aux soins permet aux établissements sanitaires et médico-sociaux de dégager des ressources financières et contribue à l'atteinte de leurs objectifs stratégiques. Elle doit donc être placée au cœur de leur stratégie.

Ce guide présente une démarche méthodologique permettant aux établissements de mener à bien une opération de valorisation de leur patrimoine immobilier. Il identifie et détaille les phases d'une méthode qui peut être mise en œuvre par tout établissement.

Il s'agit avant tout pour l'établissement d'élaborer une stratégie à moyen et long terme. À partir de son projet médical et d'un inventaire immobilier poussé, il élabore un schéma directeur immobilier qui identifie les actifs pouvant être valorisés.

Ainsi, après avoir pris la décision de valoriser ce patrimoine, la direction de l'établissement doit mener une étude de reconversion en concertation avec les collectivités locales. Dans un souci de valorisation, elle a pour objectif d'imaginer un devenir non hospitalier au site.

Après une présentation synthétique de cette démarche, ce document présente la démarche à suivre jusqu'à la mise en vente ou la mise à bail des actifs et détaille les opérations menées dans les 8 établissements étudiés. Il est complété d'annexes juridiques et techniques (tome 3).

Mots-clés

Valorisation, cession

Summary

The liquidation of real estate assets not assigned to medical use allows healthcare and medico-social facilities to release financial resources and helps them attain their strategic objectives. It should therefore be a central component of their strategies.

This guide describes a methodology allowing facilities to successfully complete an operation to liquidate their real estate assets. Using feedback from eight facilities that conducted operations to dispose of or lease part of their assets, it identifies and details the phases of a method that can be used by any facility:

✦ *The recommended procedure starts with an inventory of the facility's real estate assets and development plan.*

✦ *These initial stages are necessary before the decision to develop a real estate asset can be made.*

✦ *A conversion study must then be conducted in consultation with the relevant local authorities. Its objective is to plan liquidation of the site for future non-medical use.*

Following a global overview of the process, the document details the operations conducted in the eight facilities studied. It also includes legal and technical appendices..

Keywords

Liquidation, disposal

Sommaire

INTRODUCTION	5	2. RETOURS D'EXPÉRIENCES	19
1. MENER UNE ÉTUDE DE RECONVERSION : MÉTHODE	7	CENTRE HOSPITALIER PIERRE-LOUDOT (CHPO)	20
AVOIR UNE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE	7	EHPAD DE BEAULIEU (CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÈME)	22
INVENTAIRE DU PATRIMOINE	8	HÔPITAL GÉNÉRAL DU HAINAUT (CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES)	26
SCHÉMA DIRECTEUR	8	HÔTEL-DIEU DE LYON	28
VALORISER SON PATRIMOINE	9	HÔPITAL DEBROUSSE (AP-HP)	32
MENER UNE ÉTUDE DE RECONVERSION/VALORISATION	11	SITE DE LA LIVETTAS (CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA SAVOIE)	34
Les acteurs	11	SITE DES TRÉSUMS (CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION D'ANNECY)	36
❖ Acteurs internes.....	11	CLINIQUE CANTINI (AP-HM)	38
❖ Acteurs externes.....	11	3. REMERCIEMENTS	41
Méthodologie de l'étude	11		
❖ Les diagnostics.....	11		
❖ Établissement des scénarios.....	13		
❖ Approfondissement du scénario.....	14		
Études courtes	15		
Les délais	15		
METTRE EN ŒUVRE LE PROJET DE VALORISATION	16		
Objectifs et acteurs cibles	16		
La procédure préconisée	16		

Introduction

CONTEXTE GENERAL

Dans le cadre de plans de modernisation des établissements de santé et médico-sociaux, le patrimoine immobilier est en constante évolution : les nombreux projets d'investissements immobiliers visent à améliorer la qualité des services publics de soin, les regroupements d'établissements permettent la rationalisation des moyens.

Certains établissements publics de santé et médico-sociaux disposent dès lors d'un patrimoine foncier, bâti ou non, qui n'est plus ou ne sera plus affecté à la mission de soins. Par ailleurs, ces établissements se trouvent dans une logique structurelle de recherche de financements et de limitation des coûts non directement nécessaires à leurs missions principales.

Ainsi, ils doivent se poser les questions suivantes : que faire de ces biens dont les caractéristiques ne répondent plus aux besoins de la mission de soins ? Comment déterminer le montage qui permet de les valoriser au mieux, notamment dans le cadre d'une cession ?

Afin de répondre à ces questions, l'établissement doit avoir une stratégie patrimoniale bien identifiée, pérenne et qui s'inscrit dans son projet d'établissement.

À ce titre, la procédure proposée ici vise à transformer le patrimoine désaffecté en un levier financier, mis au service des intérêts stratégiques de l'établissement.

ENJEUX ET OBJECTIFS

Le patrimoine immobilier de santé est caractérisé par sa grande diversité en termes de biens (terrains, bâtiments, vignes, forêts...) et d'occupation (activités hospitalières, activités connexes, logements, exploitations agricoles et viticoles...). C'est un patrimoine très atypique (de par son histoire, sa vocation, son architecture et son insertion urbaine), avec une valeur emblématique forte (accueil des patients, présence dans la ville, histoire) et des contraintes juridiques (classement, inaliénabilité).

Il existe des établissements possédant de grands domaines viticoles, d'autres qui possèdent ou ont possédé des théâtres ou encore des tableaux de maître ornant les murs de leur chapelle.

Cette situation s'explique en partie par l'histoire de chaque établissement (dons, legs, etc.) et par l'évolution et la spécialisation progressive de l'immobilier de santé.

➤ *Pour approfondir voir Annexe 8 Conditions et charges des donations et legs (tome 3)*

Les enjeux immobiliers des établissements de santé sont de deux ordres :

- ❖ l'optimisation de la gestion du patrimoine immobilier, par la mise en œuvre d'une véritable stratégie immobilière, passant par l'inventaire de l'ensemble des biens dont l'établissement a la propriété puis l'élaboration d'un schéma directeur patrimonial ;

- ❖ le financement des projets d'investissement de l'établissement, par optimisation de la valorisation des biens immobiliers. Cette optimisation est créatrice de valeur du bien.

Une fois la stratégie patrimoniale mise en place, on peut identifier des biens libérables et valorisables.

En effet, conserver des biens immobiliers qui ne sont – ou ne seront – plus affectés à la mission de soins peut représenter une dépense importante pour le budget d'un établissement, et notamment pour les coûts de maintenance inhérents à la conservation de ce patrimoine.

Ainsi, les gains réalisés, ou « coûts évités », sur ces dépenses de fonctionnement peuvent participer au financement des activités de l'établissement et notamment au financement de ses investissements de toute nature (immobilier, équipement, système d'information).

La valorisation peut se moduler de deux façons :

- ❖ **La vente des actifs constitue soit une source de financement ponctuelle significative, soit une baisse des charges afférentes au patrimoine.** Elle contribue directement au financement des nouveaux projets de construction ou à l'amélioration de l'équilibre financier des établissements.

- ❖ **Le produit de la location des biens** contribue directement à l'amélioration de la gestion de l'établissement de santé, en améliorant le résultat d'exploitation et en contribuant à dégager des capacités nécessaires à l'investissement. De plus, cela opère un transfert de charges d'entretien courantes entre l'établissement et le preneur à bail.

DESTINATAIRES DU GUIDE

Le présent guide s'adresse principalement :

- ❖ aux directeurs d'établissements de santé sanitaires et médico-sociaux ;
- ❖ aux responsables de la gestion du patrimoine, dans le cas où l'établissement possède une structure dédiée ;
- ❖ à tous les acteurs intervenant dans un projet de valorisation du patrimoine immobilier des établissements de santé et médico-sociaux.

PÉRIMÈTRE DU GUIDE

Dans le tome 1 du guide *Dynamisation des actifs immobiliers – Généralités*, deux grands types d'actifs sont schématiquement définis :

- ❖ Les actifs simples, dont la valeur de marché est a priori connue, sont des biens relevant généralement du patrimoine privé de l'établissement : immeuble à usage d'habitation, forêt, terre agricole. La plupart de ces biens peuvent être mis en vente ou à bail sans démarche particulière.
- ❖ Les actifs complexes, dont la valeur de marché n'est pas connue ou difficilement estimable, sont souvent des biens relevant du domaine public de l'établissement : immeuble vacant du domaine public (ancien hôpital à reconvertir), terrain constructible de grande superficie ou appelé à le devenir.

Un actif complexe n'a pas de valeur en soi. La valeur de cet actif dépend entièrement de la valeur des constructions, des équipements que l'on peut édifier, dans la limite de ce que le marché immobilier local peut accepter. Ainsi, il faut mener une étude afin de définir son potentiel de reconversion, au travers d'un programme précis (constructibilité, destination...). Ce programme, croisé avec les valeurs de marché connues, créera une valeur potentielle pour l'actif. Cette valeur potentielle sera validée par la mise en vente et l'accord financier trouvé entre l'acquéreur et l'établissement de santé « vendeur ».

Cette même distinction peut être maintenue pour les établissements médico-sociaux.

Le présent guide traite de la méthodologie à mettre en œuvre pour réaliser une étude de reconversion et de dynamisation d'un site complexe désaffecté ou à désaffecter, et mener le projet de valorisation du bien à son terme (cession ou mise à bail).

Il complète le chapitre « La réalisation d'une étude de faisabilité » du tome 1 portant sur les actifs complexes. Il apporte un éclairage sur la méthodologie de l'étude de reconversion, tandis que le tome 1 présente des outils et le contenu de la méthode.

Le présent guide ne traite pas de la valorisation du domaine public des établissements.

Il s'appuie sur des exemples d'opérations de reconversion et de valorisation menées par des établissements de santé :

- ❖ opérations de cession : l'hôpital décide de vendre le bien immobilier désaffecté (cf. la partie 3, retours d'expériences des établissements de Bourgoin-Jallieu, Angoulême, AP-HM, Valenciennes, Annecy, AP-HP) ;
- ❖ opérations de baux : l'hôpital décide de mettre à bail le bien immobilier désaffecté (cf. la partie 3, retours d'expériences des HCL et du CHS Savoie).

Sa lecture sera utilement complétée de celle des annexes techniques et juridiques (tome 3).

1

MENER UNE ÉTUDE DE RECONVERSION : MÉTHODE

AVOIR UNE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE

Dans le cadre de sa mission de service public de soins, tout établissement de santé ou médico-social se doit de s'organiser afin d'être le plus performant. Ainsi, sur le plan immobilier, il est nécessaire d'établir un schéma directeur permettant de planifier l'évolution du patrimoine de l'établissement. Pour cela, l'établissement doit mettre en place un plan pluriannuel de gestion patrimoniale répondant aux besoins et enjeux suivants :

- ❖ développer une vision claire de l'état de son patrimoine et de sa performance ;
- ❖ disposer d'outils et de tableaux de bord afin de sécuriser les arbitrages et d'objectiver la programmation des opérations immobilières, piloter les coûts immobiliers et identifier les situations à risque ;
- ❖ renforcer la gouvernance immobilière et professionnaliser cette filière.

Cependant, les établissements ne sont que peu outillés pour bien connaître leur patrimoine et celui-ci est souvent hétérogène du fait de périodes de construction très variées. Cette méconnaissance ne permet pas une maintenance performante de l'ensemble immobilier et adaptée à chaque bâtiment. Pourtant, c'est la condition initiale d'une meilleure pérennité de chaque bâtiment.

Le socle de cette connaissance est l'inventaire du patrimoine de l'établissement de santé ou médico-social. Il a pour objectif de doter l'établissement de toutes les informations relatives au patrimoine immobilier (surfaces, coûts, qualité d'usage...) lui permettant de bien connaître celui-ci et d'en mesurer les enjeux.

Cette phase d'état des lieux constitue un préalable indispensable au déploiement ultérieur de la démarche de dynamisation des actifs immobiliers et, plus largement, à l'élaboration d'une politique patrimoniale de court et moyen terme, dont la réussite est en partie conditionnée par un inventaire efficace.

L'inventaire regroupe deux natures de données :

- ❖ les caractéristiques descriptives des actifs immobiliers ;
- ❖ les contraintes et servitudes qui peuvent conditionner les décisions ultérieures quant à l'évolution de l'actif.

Il est nécessaire d'établir une stratégie de gestion dynamique de son patrimoine, ayant comme base la réalisation d'un inventaire, d'en faire l'état des lieux afin d'élaborer ensuite son schéma directeur patrimonial. Celui-ci doit traiter de la globalité des sites de l'établissement, c'est-à-dire de l'ensemble des biens affectés ou non aux soins, afin de disposer d'une photographie complète du patrimoine immobilier de l'établissement. Tout projet de valorisation ne peut être qu'une résultante des conclusions du schéma directeur patrimonial.

INVENTAIRE : DÉTERMINER LA VALEUR DES BIENS DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

L'inventaire comporte une liste de tous les biens possédés par l'établissement, affectés ou non à la mission principale. Il permet une évaluation de la valeur vénale de chacun de ces biens. Cet inventaire peut être effectué par un service ou une direction de l'établissement ou par un prestataire privé (cabinet d'audit et d'expertise foncière).

Les informations minimales contenues dans cet inventaire sont :

- ❖ la typologie des biens (logements, bureaux, bâtiments hospitaliers désaffectés, etc.) ;
- ❖ la surface des biens (surface de plancher ou SDP) ;
- ❖ La propriété (titre de propriété, matrice cadastrale, relevé hypothécaire) ;
- ❖ le statut juridique des biens (domaine public, issu de dons ou legs, privé) ;
- ❖ la valeur vénale des biens, si celle-ci est connue de l'établissement de santé.

➤ Pour approfondir voir *Annexe 6 Domaine public/privé (tome 3)*

Cet inventaire doit être le premier outil au service des établissements afin qu'ils puissent piloter la gestion de leur patrimoine. Ainsi, des indicateurs peuvent être établis selon quatre composantes présentées dans le schéma ci-dessous :

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

... auxquelles nous pouvons ajouter la fonction de management de la fonction immobilière.

La définition d'indicateurs pour chaque composante est mise en œuvre par le ministère de la Santé qui, dans le cadre d'une stratégie nationale de gestion du patrimoine, doit établir prochainement un outil commun d'inventaire du patrimoine pour les établissements publics de santé.

Préconisation n° 1

Connaître son patrimoine

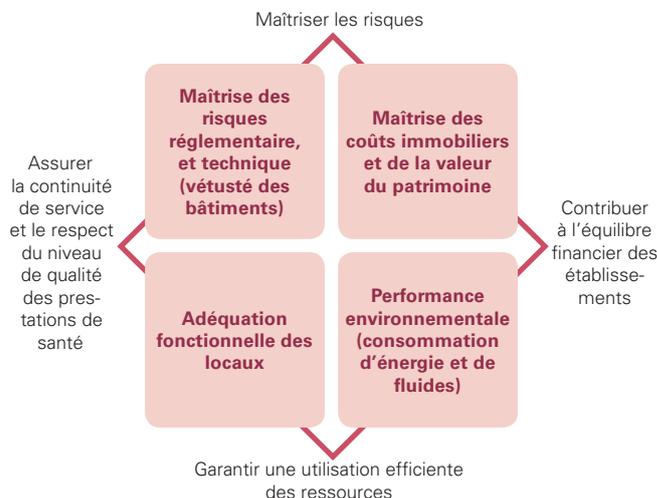


SCHÉMA DIRECTEUR : DÉFINIR LA POLITIQUE PATRIMONIALE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le second outil de gestion patrimoniale de tout établissement de santé est le schéma directeur. C'est un outil stratégique permettant de consolider les objectifs d'un projet dans le cadre d'une approche territoriale.

Il est la résultante de trois enjeux :

- ❖ la définition des besoins en matière d'offre de soins ;
- ❖ la détermination d'une politique immobilière ;
- ❖ la sécurisation de la pérennité des investissements.

Afin de garantir sa pertinence dans le temps, le schéma directeur patrimonial doit pouvoir s'adapter aux évolutions constantes des différentes variables extérieures à l'établissement, comme les évolutions territoriales (démographiques, sociétales...), les évolutions technologiques ou l'adaptation des modes de prise en charge.

Il doit être réalisé par une équipe pluridisciplinaire (architecte-urbaniste, programmiste, économiste, bureau d'études techniques...), missionnée par la direction de l'établissement, qui aura désigné un chef de projet responsable du pilotage de la mission.

La mise en œuvre du schéma directeur patrimonial nécessite une démarche transversale au sein de l'établissement entre la direction, les services techniques et le corps médical.

La politique patrimoniale se doit d'être au service de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, qui lui-même s'inscrit dans une stratégie territoriale de parcours de soins, voire de parcours de santé.

Par ailleurs, il est nécessaire d'associer à cette démarche des acteurs extérieurs telle que l'ARS ou les collectivités locales.

Pour de plus amples détails, se référer au guide de l'ANAP *Moderniser un établissement sur site*.

Préconisation n° 2

Élaborer une stratégie patrimoniale

VALORISER SON PATRIMOINE

L'inventaire du patrimoine et le schéma directeur patrimonial sont les deux fondements de toute gestion patrimoniale active. Une fois réalisés, ces deux outils permettent, éventuellement, de définir et d'identifier des biens complexes à valoriser.

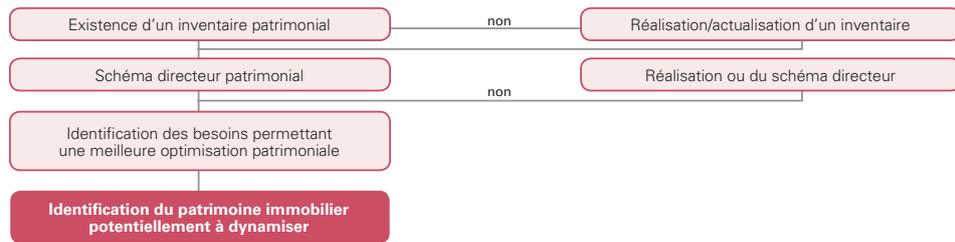
Afin de déterminer une valeur à ces actifs, il est donc nécessaire de réaliser une étude de reconversion. En effet, un actif complexe n'a de valeur que par son potentiel de reconversion, tant sur les destinations possibles que sur le niveau de valorisation de ces destinations. Il faut donc imaginer un devenir au site, qui sera différent de l'actuel.

Pour définir ce potentiel de reconversion, l'étude des différents marchés immobiliers ne suffit pas. Il convient également de mettre en œuvre une démarche partenariale avec les collecti-

vités locales. Tout d'abord, parce que le devenir d'un site complexe les concerne en premier lieu, du fait de l'impact urbain de la reconversion. Ensuite, parce que le droit du sol est nécessairement la compétence d'une des collectivités locales, et qu'il peut être un enjeu fort tout au long du processus de valorisation (en cas de modification nécessaire du plan local d'urbanisme, ou PLU, par l'obtention d'autorisations d'urbanisme de type permis de construire ou permis de démolir).

Le logigramme ci-après illustre le déroulement complet d'une opération de valorisation d'un site complexe. Il donne une vision globale des délais en jeu : des durées indicatives sont données pour chaque phase, des phases préparatoires et de la façon dont s'intègre l'étude de reconversion dans le schéma global de valorisation d'un bien.

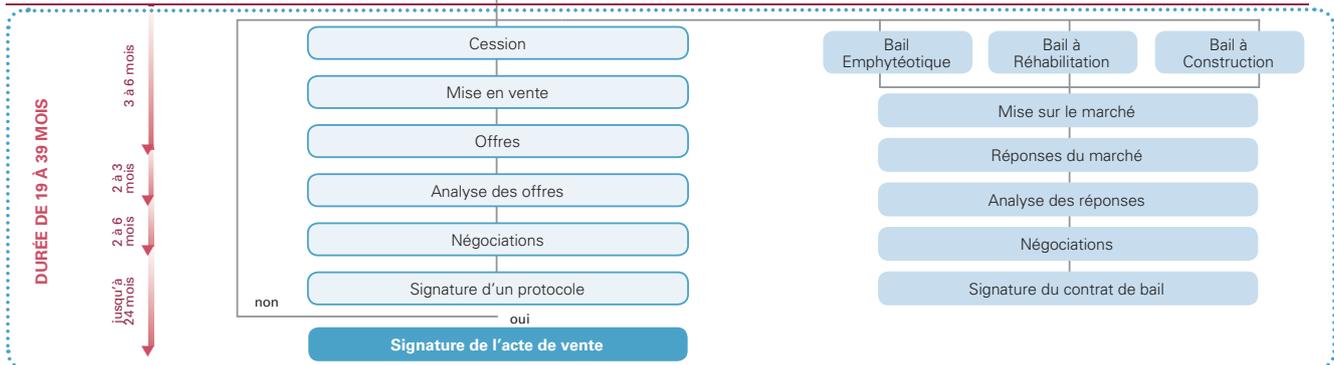
AVOIR UNE STRATÉGIE IMMOBILIÈRE



MENER UNE ÉTUDE DE RECONVERSION VALORISATION



METTRE EN ŒUVRE LE PROJET DE VALORISATION



MENER UNE ÉTUDE DE RECONVERSION/ VALORISATION

LES ACTEURS

Les acteurs internes

Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « *les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière* ».

Plusieurs conséquences s'attachent au principe d'autonomie de gestion posé par le Code de la santé publique : les établissements gèrent ainsi librement leur personnel, leur domaine, ils concluent les contrats nécessaires à leurs besoins.

Les établissements sont donc amenés à effectuer des actes de gestion de leur patrimoine sous réserve du respect des règles relatives à la propriété des personnes publiques et du contrôle effectué par les autorités de tutelle (agence régionale de santé).

La gouvernance des hôpitaux est ainsi basée sur trois instances :

❖ Le conseil de surveillance : en matière patrimoniale, la compétence du conseil de surveillance est purement consultative. Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, les attributions du conseil de surveillance sont centrées sur la définition de la stratégie de l'établissement et sur le contrôle de l'activité de l'établissement. Les compétences en matière immobilière ont été transférées au directeur, président du directoire.

❖ Le directoire : en matière patrimoniale, la concertation du directoire, par le directeur, est obligatoire sur le programme d'investissement, les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans et sur les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location.

❖ Le directeur : il préside le directoire et conduit la politique générale de l'établissement. Il est chargé des choix stratégiques de l'établissement. C'est donc lui qui conclut tout contrat relatif à la gestion du patrimoine.

De la même manière, et toujours sous réserve du respect des règles relatives à la propriété des personnes publiques et du contrôle effectué par les autorités compétentes (ARS...), les instances dirigeantes des gestionnaires du secteur médico-social sont chargées des choix stratégiques en matière immobilière.

Ainsi, les décisions relatives à la valorisation du patrimoine de l'ESMS (établissement et services médico-sociaux), qui peuvent être étayées par des conseils, relèvent de la direction ou de la direction générale qui en informe l'assemblée délibérante.

Préconisation n° 3

Affirmer le rôle de la direction de l'établissement dans la conduite de la politique de valorisation

Les acteurs externes

La mise en œuvre d'une démarche de valorisation du patrimoine est avant tout une démarche partenariale, notamment avec les collectivités locales. Mais il est essentiel que l'établissement puisse garder le pilotage de l'étude de reconversion afin que ses intérêts soient au centre de la réflexion.

Pour cela, une équipe pluridisciplinaire de prestataires pourra être missionnée. Elle assure l'exécution de l'étude de faisabilité du projet et a pour objectif final la livraison du cahier des charges qui servira à valoriser le bien immobilier en cas de cession ou de mise à bail.

Cette équipe se compose à minima des compétences suivantes :

- ❖ d'un architecte et d'un urbaniste ou d'un architecte-urbaniste ;
- ❖ de bureaux d'études spécialisés (paysagiste, structure, voiries et réseaux divers, etc.) ;
- ❖ d'un développeur économique, d'un expert foncier.

D'autres compétences pourront être nécessaires dans certains cas spécifiques, comme un architecte du Patrimoine dans le cas d'un site inscrit ou classé aux Monuments historiques, un spécialiste de la valorisation forestière, etc.

L'étude réalisée propose les modifications du devenir urbain du site. Ainsi, il convient que les collectivités locales, et toute autre administration compétente, soient des partenaires privilégiés.

La concertation avec ces acteurs est à mettre en place dès le début du projet d'étude afin d'obtenir un consensus sur les nouvelles orientations urbaines possibles et la modification potentielle des documents d'urbanisme. D'autres partenaires, plus spécifiques, doivent également être associés au projet. Leurs accords sont indispensables à la validation de certains projets (ex. : l'architecte des Bâtiments de France pour le patrimoine classé ou inscrit).

Ce partenariat se traduit généralement par la mise en place d'un comité de pilotage regroupant l'ensemble des partenaires privilégiés associés au projet. Ce comité se réunit uniquement lors de la validation d'une étape stratégique (jalón du projet). Il se compose des acteurs suivants :

- ❖ du directeur de l'établissement, qui préside ce comité,
- ❖ des représentants du Conseil de surveillance, ou d'administration, de l'établissement,
- ❖ des représentants de l'ARS
- ❖ des représentants de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI),
- ❖ des représentants de la commune (élu et directeur du service d'urbanisme).

D'autres organismes locaux ou nationaux interviennent ponctuellement lors de la réalisation du projet. Parmi ces organismes, on distingue principalement :

- ... L'architecte des Bâtiments de France (ABF) : son accord est obligatoire pour obtenir le permis de construire si le patrimoine est inscrit ou classé, ou situé dans un périmètre sauvegardé.
- ... La direction régionale des affaires culturelles (DRAC) aide à connaître le patrimoine historique.
- ... Le service des affaires domaniales : l'estimation du prix du bien par ce service est facultative pour un établissement de santé lors d'un projet de cession.
- ... La direction départementale des territoires et de la mer (DDTM) instruit les documents d'urbanisme dans le cas où la mairie lui a délégué cette fonction.
- ... La direction régionale de l'environnement (DIREN) peut apporter une expertise juridique et paysagère pour le patrimoine paysager classé.
- ... La direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) peut intervenir notamment lors des études de dépollution.
- ... L'agence départementale et régionale de développement (ARD) connaît les porteurs de projets qui recherchent des opportunités foncières non conventionnelles, et donc potentiellement compatibles avec des biens complexes.

Préconisation n° 4

Engager une démarche partenariale avec les acteurs externes

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Le livrable final de l'étude de reconversion est un cahier des charges de cession ou de mise à bail. Il s'appuie sur le scénario de reconversion sélectionné en concertation avec les collectivités locales et les membres du comité de pilotage précédemment cités.

L'objectif de la démarche partenariale est de deux ordres :

- ... Travailler et négocier directement avec les collectivités locales le devenir du site assure à l'établissement une valorisation optimale, avec un programme de reconversion réaliste et approuvé. Ainsi, la maîtrise de l'étude de reconversion par l'établissement lui permet d'être acteur de la mutation du site.
- ... Garantir à l'acquéreur du site le programme prévu dans le cahier des charges. Ainsi, le protocole de vente, signé entre l'établissement et l'acquéreur, s'appuiera sur un programme réalisable et prévalidé par les collectivités locales, et l'accord financier s'en retrouvera donc sécurisé.

Ainsi, l'étude de reconversion doit être vue comme un moyen de sécuriser le projet et le montant de cession nécessaire aux investissements de l'établissement, et non comme une dépense.

Cette étude se compose de trois phases :

- ... les diagnostics ;
- ... la recherche de scénarios ;
- ... le choix d'un scénario.

Les diagnostics

À l'issue du recrutement de l'équipe pluridisciplinaire, commence la phase des diagnostics. Elle comprend trois grandes étapes :

- ... Le diagnostic urbain : il décrit l'insertion du site dans son environnement urbain, selon diverses thématiques (bâti, voiries, fonctions, transports, paysages...).
- ... Le diagnostic architectural, technique et paysager : il décrit le site selon ses caractéristiques architecturales, paysagères, environnementales et techniques.
- ... Le diagnostic socio-économique : il décrit les caractéristiques de la population locale et du monde économique local.

Les diagnostics offrent une vision globale des contraintes et opportunités du site ; ils apportent les pistes de réflexion qui seront explorées lors de la première réunion du comité de pilotage.

Une synthèse fait ressortir les potentialités du site :

- ... atouts et contraintes ;
- ... capacité de réutilisation et de mutation d'une partie des bâtiments existants ou de l'ensemble.

L'analyse technique et architecturale est élaborée sur la base de documents graphiques existants transmis par l'établissement (plan topographique, plans et coupe(s) éventuelle(s) des bâtiments, plans des réseaux, diagnostic amiante, etc.).

Les analyses socio-économiques prennent appui sur les intentions et projets de la ville et/ou de la communauté de communes en utilisant le plan local d'urbanisme (PLU), le plan local de l'habitat (PLH), le schéma de cohérence territoriale (SCOT), etc. Elles précisent les objectifs de développement de l'agglomération par rapport au site et à son environnement direct et éloigné.

Le premier comité de pilotage clôt la phase des diagnostics. Ces derniers doivent absolument être partagés avec les collectivités locales car les principaux enjeux du site doivent alors être révélés.

Sur la base de ces diagnostics, une recherche des différents scénarios d'aménagement est envisagée.

Préconisation n° 5

Analyser le site avant d'en proposer une reconversion

Établissement des scénarios

À l'issue de la phase de diagnostics, commence l'élaboration des scénarios de reconversion. Ces derniers sont élaborés en respectant :

- ❖ les contraintes et besoins révélés par les diagnostics ;
- ❖ les projets de développement locaux et régionaux. Chaque scénario doit s'intégrer à la structure urbaine de la ville (il est difficilement envisageable de faire accepter des immeubles de grande hauteur au milieu d'un quartier pavillonnaire).

L'élaboration des scénarios doit prendre en compte les volontés exprimées au préalable par les collectivités locales. Il est recommandé d'identifier, si possible, deux à trois scénarii contrastés. Les variations entre scénarii peuvent tenir à la programmation (logements, bureaux, commerces, équipements, etc.), à la densité des constructions (hauteurs, nombre de logements...), à la conservation ou non de tout ou partie des bâtiments...

Chaque scénario présenté doit proposer un schéma de principe, un phasage de l'opération, l'impact potentiel sur le PLU, les perspectives en matière économique, un bilan technique et financier sommaire ainsi qu'une évaluation financière du foncier.

Lors de cette phase, deux cas de figure se présentent :

- ❖ Les collectivités locales ont un projet d'équipement utilisant une partie de la surface du site à dynamiser. Dans ce cas, il convient d'étudier ce projet au regard des potentialités de valorisation du site.
- ❖ Les collectivités locales ne manifestent pas d'intérêt pour acquérir tout ou partie du site. Dans ce cas, l'objectif est d'obtenir l'assentiment de la collectivité en faveur du projet le plus bénéfique pour l'établissement, que ce soit en termes économiques et/ou de reconversion.

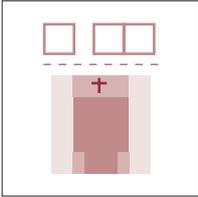
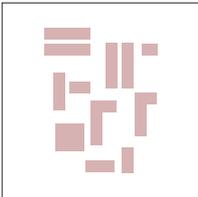
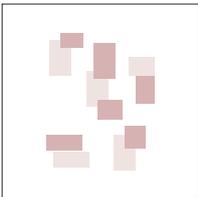
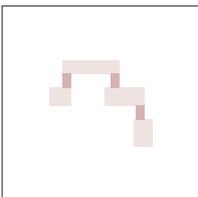
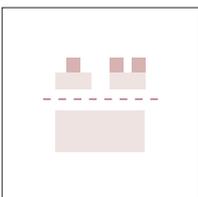
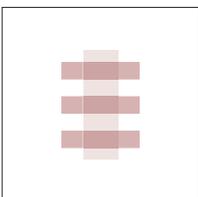
➤ Pour approfondir voir *Annexe 11 Urbanisme et Valorisation du patrimoine (tome 3)*

Les bâtiments du site peuvent être classés ou inscrits au titre des Monuments historiques. Dans ce cas, non seulement ils ne peuvent être détruits, mais des mesures de sauvegarde pourront être mises en place. De plus, leur réhabilitation sera supervisée par l'architecte des Bâtiments de France (ABF), lequel veillera au respect de l'intégrité du bâtiment et à l'insertion de constructions neuves, ainsi que des transformations aux abords des monuments protégés. Les travaux de restauration pourront être menés par un architecte des Monuments historiques (ACMH).

Les surcoûts engendrés par ces mesures peuvent parfois engendrer l'obtention de subventions attribuées par l'État et/ou les collectivités territoriales.

➤ Pour approfondir voir *Annexe 13 Incidence des Monuments historiques sur la valorisation du patrimoine (tome 3)*

La typologie architecturale d'un bâtiment influe sur la faisabilité de certaines opérations de reconversion. L'architecture des bâtiments hospitaliers est très spécifique, elle varie en fonction des époques. Le tableau ci-dessous donne des exemples de reconversion envisageables pour le bien en fonction de sa typologie.

Typologie	Modèle	Caractéristiques	Possibilités de reconversion	Exemples
« Damier » ou Hôtel-Dieu	Avant le XIX ^e siècle 	Bâtiments organisés autour d'une cour Chapelle intégrée Bâtiments susceptibles d'être classés	Musées Centres de documentation Équipements scolaires, administratifs Maison de repos et de retraite Bureaux Logements	Voir fiche CH Hainaut Voir fiche CH Angoulême Voir fiche HCL
Lotissement ou pavillonnaire	XVII ^e -début XX ^e siècle 	Dispersion des bâtiments sur le site Construction d'époque, de style et de nature variées Bâtiments susceptibles d'être classés	Découpage en lots : - Logements - Bureaux - Commerces	Voir fiche APHP
Aggloméré	XIX ^e siècle 	Variante du modèle lotissement Bâtiments accolés	Découpage en lots : - Logements - Bureaux Équipements scolaires, universitaires et éducatifs	Voir fiche CH Annecy Voir fiche CH Bourgoin
Articulé	Fin XIX ^e - début XX ^e siècle 	Pavillons autonomes reliés par des galeries Pavillons peu élevés	Logement	Voir fiche CHS Savoie
Monobloc	XX ^e siècle 	Superposition des pavillons et des services Organisation verticale	Équipements administratifs Logements Activités tertiaires Hôtel	Voir fiche APHM
Horizontal	Fin XX ^e siècle 	Quasi-totalité du terrain occupé Axe central reliant les bâtiments	Tertiaire Équipements administratifs	

Le comité de pilotage de cette phase permet de décider du scénario le plus adéquat, en accord avec les besoins de l'établissement de santé. Cette décision se base sur l'étude de faisabilité réalisée pour chaque scénario.

Les intérêts et volontés de chacune des parties du comité de pilotage ne sont pas, par nature, nécessairement convergents.

Les enjeux locaux défendus par les collectivités locales (respect du cadre de vie, refus des nuisances engendrées par de nouvelles activités...) sont parfois divergents avec les objectifs de valorisation de l'établissement.

L'objectif étant pour l'établissement de santé ou médico-social que le programme retenu soit le plus optimale afin que la vente vienne abonder au mieux son plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Préconisation n° 6

Définir différents scénarios pour aboutir à un consensus

Approfondissement du scénario

Une fois un scénario consensuel retenu par le comité de pilotage, il est nécessaire de le développer avec une étude de faisabilité approfondie. Celle-ci débouchera sur la mise en place du cahier des charges de cession et/ou de bail.

Ce document doit comporter les principales rubriques suivantes :

- les caractéristiques du bien (état des lieux technique, urbain, paysager...);
- les contraintes urbanistiques et de protection historique;
- le contenu du projet attendu (appelé également programme);
- les conditions opérationnelles de réalisation du projet;
- les modalités de réponse;
- les critères de sélection des candidats;
- l'évaluation du coût global du projet (elle se fonde sur l'utilisation de ratios).

Le cahier des charges de reconversion est soumis à la validation du comité de pilotage lors d'une dernière réunion.

Ce dernier comité de pilotage, effectué avant la mise en œuvre de la procédure de vente ou de mise à bail, permet :

- de s'assurer de la cohérence du cahier des charges avec les besoins de l'établissement de santé;
- d'obtenir l'aval des collectivités territoriales. L'acceptation du cahier des charges par les collectivités constitue l'assurance qu'elles autoriseront les projets proposés par les acquéreurs du site qui en respecteront les conditions.

Chaque scénario retenu fait l'objet d'une étude de faisabilité. Cette dernière s'effectue sur plusieurs niveaux : à l'échelle urbaine et à l'échelle du bâtiment. Elle évalue la pertinence des scénarios envisagés d'un point de vue technique, économique et social.

Échelle territoriale

Cette étude explicite la façon dont les scénarios s'intègrent dans la ville et, de manière plus globale, dans la région. Elle se divise en deux domaines distincts.

Dans un premier temps, l'étude permet de voir la pertinence des scénarios avec les besoins de la population et des entreprises locales. Il s'agit de cibler les acquéreurs potentiels.

Dans un second temps, l'étude de faisabilité à l'échelle urbaine prend en compte la manière dont les scénarios s'organisent dans la ville autour des différents réseaux (route, eau, déchets, etc.). L'amélioration des réseaux de desserte à la périphérie du site est à traiter avec les collectivités territoriales.

Échelle du site

Les scénarios envisagés pour chaque bâtiment du site peuvent être différents (division en lots séparés). En général, le découpage par lots se conclut par une meilleure rentabilité financière du projet, mais le risque est qu'une partie du site ne trouve pas d'acquéreur.

Le projet global peut ainsi être découpé en plusieurs projets autonomes. Cependant, une conception globale de l'aménagement du site est nécessaire (ajout de dessertes, gestion des réseaux, etc.).

Échelle du bâtiment

L'objectif de cette étude est de déterminer si un projet est réalisable techniquement, mais surtout d'en évaluer le coût en fonction des données techniques.

Un développeur économique étudie pour chaque scénario la faisabilité économique. L'objectif est d'adopter un scénario qui réponde à la demande d'acquéreurs potentiels. En effet, le financement du projet sera assuré par l'acquéreur et non par l'hôpital. L'étude de faisabilité économique sert essentiellement à démontrer aux acquéreurs potentiels que le projet sera rentable.

ÉTUDES COURTES

Le type d'étude précédemment décrit est totalement adapté à la reconversion de sites importants (plusieurs hectares) et complexes.

Dans le cas de la reconversion d'immeubles, ou de sites restreints, l'étude envisagée peut être simplifiée. Il convient de garder l'architecture globale précédemment décrite : une phase de diagnostics puis une phase d'élaboration de scénarios de reconversion, et enfin choix d'un scénario final. Toutefois, le contenu de chaque phase décrite ci-dessus devient plus ou moins pertinent en fonction de chaque cas.

Il est difficile d'en ressortir des généralités, car chaque cas est spécifique.

Il peut s'agir d'un terrain à bâtir, où l'enjeu sera de déterminer la surface bâtie constructible et son insertion avec les parcelles environnantes.

Il peut s'agir également d'un ancien bâtiment d'hospitalisation ; dans ce cas seront regardés prioritairement sa capacité de mutation – en logements, bureaux... – et les coûts techniques induits. L'option de démolir puis de reconstruire sera également étudiée.

Mais l'enjeu peut aussi n'être tourné que vers la question de la destination future du site. Tous les produits immobiliers n'ayant pas le même rendement, l'objectif sera de trouver celui qui permet la meilleure valorisation. L'idée est à chaque fois de proposer au comité de pilotage plusieurs solutions de reconversion, que ce soit en programmation et/ou en constructibilité, afin qu'un choix objectif puisse être pris.

Ainsi, il conviendra de s'interroger sur la pertinence de chaque élément de la mission décrit précédemment, par rapport au contexte du site, afin que la mission passée soit la plus appropriée.

Préconisation n° 7

Adapter l'étude en fonction de la complexité du site

LES DÉLAIS

La valorisation du patrimoine immobilier de santé n'est pas une démarche ponctuelle. Pour aboutir, le projet de reconversion doit être préparé et structuré. Et la complexité de l'opération de reconversion influera sur ses délais, qu'ils soient juridiques (modification de PLU, création de ZAC, etc.) ou opérationnels (obtention d'un permis de construire soumis à approbation de l'ABF...).

Il faut par ailleurs être vigilant sur certaines étapes, qui semblent simples mais qui peuvent nécessiter plus de temps que prévu (l'élaboration d'un permis de construire par exemple).

Ainsi, une démarche de valorisation du patrimoine peut être soumise à un environnement réglementaire strict (PLU, Monuments historiques...).

C'est pourquoi les éventuelles modifications de la réglementation locale d'urbanisme, nécessaires à la mise en œuvre du projet de reconversion, doivent être abordées dès la première réunion avec les collectivités locales et/ou le comité de pilotage (délais pour obtenir la révision du PLU : 1 à 2 ans).

En effet, le zonage des parcelles hospitalières dans les plans locaux d'urbanisme (PLU) est très souvent à destination d'équipements publics. Il faut donc obtenir des collectivités locales la révision du PLU ou du POS (plan d'occupation des sols) pour pouvoir céder ou louer le bien destiné alors à une autre activité (logements, bureaux, commerces, etc.).

Suite à cela, une fois l'acquéreur retenu, d'autres délais sont à prendre en considération. Les délais administratifs liés aux différentes autorisations d'urbanisme sont importants et le plus souvent incompressibles, d'où la nécessité d'anticiper ces actions administratives dès le début du projet. Trois cas fréquents peuvent être cités :

❖ L'instruction « classique » du permis de construire (3 mois), avec les délais de recours (2 mois).

❖ L'instruction du permis de construire par l'architecte des Bâtiments de France (3 mois supplémentaires aux 3 mois d'instruction normale) pour les sites classés ou implantés à moins de 500 mètres d'un site classé.

❖ Les autorisations de la commission départementale d'aménagement commercial (CDAC), d'une durée de 2 mois, pour le commerce et le cinéma, et leurs délais de recours (1 mois + 2 mois d'instruction).

Préconisation n° 8

Anticiper les délais d'études et les délais administratifs

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET DE VALORISATION

Préconisation n° 9

Mener une étude de reconversion pour obtenir la meilleure valorisation possible du site

OBJECTIF ET ACTEURS CIBLES

L'étude de reconversion doit être établie en concertation avec les collectivités locales (commune, communauté d'agglomération...) et les services de l'État compétents (ABF, DIREN...) afin d'obtenir le programme de reconversion le plus favorable à l'établissement de santé.

Ce programme a été élaboré en tenant compte du marché immobilier local afin d'objectiver la valorisation théorique du site et de mettre en œuvre une stratégie de vente du site performante.

Des arbitrages ont été faits dans le but de définir :

- le(s) produit(s) immobilier(s) (logements familiaux, logements spécifiques, bureaux, commerces, équipements publics...) à développer ;
- le rythme de commercialisation du site : en une ou plusieurs fois ;
- le type de procédure de mise en vente à mettre en œuvre ;
- le type d'acquéreurs potentiels à viser.

L'objectif de cette mise en vente est de trouver le ou les acquéreurs qui accepteront de réaliser le programme proposé tout en faisant une proposition financière proche voire supérieure à l'évaluation réalisée lors de l'étude de reconversion.

Afin de définir la procédure de mise en vente la mieux appropriée, il convient d'identifier les types d'acquéreurs ciblés. En fonction du type d'actif immobilier, des grandes catégories se dégagent.

Pour l'actif dit complexe (cf. « Périmètre du Guide »), l'acquéreur potentiel aura vocation à avoir des compétences, financières et/ou techniques, permettant la transformation du site.

Le site hospitalier intégrera la plupart du temps une opération d'aménagement complexe.

Pour les types d'acquéreurs potentiels, il s'agira de :

- l'aménageur ;
- la collectivité locale ;
- l'établissement public foncier ;
- l'État ;
- le promoteur ;
- l'investisseur.

Les actifs simples (forêt, terre agricole, bâtiments de logements ou de bureaux) entrent dans le cadre d'une cession que l'on qualifiera de « classique », avec une modification légère du bien, sans mode opérationnel spécifique. Les acquéreurs seront dans ce cas :

- un marchand de biens ;
- un propriétaire terrien ;
- un exploitant ;
- l'État ;
- une collectivité locale ;
- un établissement public foncier.

Le type d'actif « bâtiment » est tout à la fois un actif simple ou un actif complexe. Cela dépendra de ses caractéristiques (taille, implantation, usage).

Ainsi, lors de la mise en vente ou de la mise à bail, il conviendra de s'interroger sur le(s) type(s) d'acquéreur(s) le(s) plus à même d'être intéressé(s) et compétent(s) pour le bien en question.

Préconisation n° 10

Bien choisir les acquéreurs cibles en fonction de l'actif à valoriser

LA PROCÉDURE PRÉCONISÉE

Dans le cas où la cession (ou la mise à bail) ne s'effectue pas au bénéfice d'un acteur public, le bien immobilier est proposé aux acteurs privés. Dès lors, la mise en œuvre de cette étape peut être particulièrement longue (jusqu'à 2 ans).

La mise en vente d'un bien désaffecté et déclassé n'est soumise à aucune formalité particulière.

Il est à noter que l'évaluation des biens par France Domaine, même en cas de vente, n'est pas obligatoire. Le Code de la santé publique ne mentionne d'ailleurs aucune procédure spécifique pour la cession d'un bien.

➤ Pour approfondir voir Annexes 7 Service des domaines et 2 Cession d'un bien (tome 3)

Pour la mise en vente, l'établissement peut se faire aider, notamment par son notaire, pour l'élaboration des clauses juridiques du cahier des charges de vente ou de mise à bail.

Il est nécessaire en tout état de cause de s'adjoindre les services de celui-ci au moment de la signature d'un protocole de cession type promesses (unilatérale de vente ou d'achat, synallagmatique, de mise à bail) ainsi que pour la réitération de l'acte.

La mise en vente peut donc revêtir des formes très variées, de la négociation de gré à gré à la mise en concurrence ouverte, avec publication d'annonces dans la presse, en passant par la mise en concurrence retreinte (choix préalable des opérateurs qui seront amenés à répondre).

C'est une véritable stratégie qu'il faut établir, et qui dépend essentiellement de l'attractivité du marché local et du site en lui-même.

En règle générale, moins un marché local est dynamique, plus le bien mis en vente a besoin d'une publicité large.

Cette publicité large peut alors prendre la forme d'un appel à candidature. Cette première étape permet d'effectuer une sélection de candidats acquéreurs. Celle-ci est faite à partir des présentations des capacités à faire (financière et technique) de chacun des postulants.

Si le site et/ou le marché local sont attractifs, il peut être préférable de faire une sélection préalable d'opérateurs. Souvent, ils se seront fait connaître auprès de l'établissement et/ou des collectivités locales. Il convient de prendre en compte, là encore, leurs capacités à faire (financière et technique), et notamment :

- ❖ leur connaissance du marché local ;
- ❖ leur compétence en termes de restructuration (si le site n'a pas vocation à être entièrement démoli) ;
- ❖ l'avis des collectivités locales sur ces opérateurs, sans que cela nuise à l'intérêt de l'établissement par la réduction trop importante du nombre d'acquéreurs potentiels.

Une fois cette sélection réalisée (le nombre d'opérateurs devant être retenus ayant été préalablement défini), le cahier des charges de vente et ses annexes techniques (plans topographiques des bâtiments, des réseaux, diagnostics techniques, règlement du PLU...) sont transmis à l'ensemble des candidats.

La procédure de gré à gré entre l'établissement et un acteur privé est à éviter car elle peut mettre l'opérateur privé en position de force face à l'établissement de santé, et déséquilibrer ainsi le dialogue de négociation entre les acteurs (vendeur et acheteur). Par ailleurs, cette procédure ne garantit pas la transparence dont tout établissement public doit tenir compte.

Une fois le cahier des charges de vente transmis aux acquéreurs, court le délai de réception des offres. Celui-ci est fonction de la complexité du bien (une durée de 3 à 4 mois de consultation semble adaptée).

Les éléments essentiels que doit recueillir l'établissement sont :

- ❖ une proposition financière, avec explication de la formation de ce prix (sous forme de bilan d'aménagement ou de bilan promoteur) ;
- ❖ un positionnement vis-à-vis du programme énoncé dans le cahier des charges ;
- ❖ un positionnement vis-à-vis des conditions juridiques de la vente ;
- ❖ une présentation des éventuels partenaires, avec leurs références.

L'objectif de cette mise en vente, et des négociations qui suivent, est la signature d'un acte de vente (ou de mise à bail).

Celui-ci peut être précédé d'un « avant-contrat » qui pourra revêtir la forme d'une promesse synallagmatique de vente, d'une promesse unilatérale d'achat ou d'une promesse unilatérale de vente.

Au travers de ces avant-contrats, le prix du bien est fixé, et il peut être stipulé que la vente aura lieu sous condition d'obtenir les autorisations nécessaires à l'exécution du projet (permis de construire, permis de démolir, modification des documents d'urbanisme, autorisation d'exploitation commerciale, etc.).

Le cahier des charges de reconversion prend ici toute son importance. Si l'acquéreur respecte les orientations d'aménagement du cahier des charges de vente (élaboré suite à l'étude de reconversion), cela signifie que les demandes d'autorisations, énoncées dans l'avant-contrat, correspondront à l'accord trouvé entre l'établissement et les collectivités locales, lors de l'étude de reconversion. Les démarches administratives s'en trouveront donc facilitées.

Une fois les autorisations obtenues, l'acte de vente peut être signé, et le transfert de propriété s'opère avec le paiement du prix.

La procédure de mise à bail est sensiblement la même que pour une cession. Dans l'avant-contrat, pourront être incluses notamment des conditions suspensives liées aux autorisations d'exercer du preneur.

Différents types de baux existent. Les principaux sont les suivants, et sont chacun la traduction d'une politique de valorisation bien identifiée :

- ❖ le bail à construction : le preneur s'engage à édifier des constructions et à les conserver en bon état d'entretien pendant toute la durée du bail, qui s'échelonne entre 18 et 99 ans ;
- ❖ le bail emphytéotique : le preneur doit améliorer, entretenir et réparer les constructions existantes ou construites pendant le bail, d'une durée de 18 à 99 ans ;
- ❖ le bail à réhabilitation : d'une durée de 12 ans, pendant laquelle un organisme, une SEM ou une collectivité territoriale s'engage à réaliser des travaux d'amélioration sur le(s) bâtiment(s).

Préconisation n° 11

Définir la meilleure procédure de vente pour obtenir la meilleure valorisation tout en garantissant la transparence de la procédure

➤ *Pour approfondir voir Annexe 2 Cession d'un bien immobilier (tome 3)*



SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS

Préconisation n° 1

Connaître son patrimoine

Préconisation n° 2

Élaborer une stratégie patrimoniale

Préconisation n° 3

Affirmer le rôle de la direction de l'établissement dans la conduite de la politique de valorisation

Préconisation n° 4

Engager une démarche partenariale avec les acteurs externes

Préconisation n° 5

Analyser le site avant d'en proposer une reconversion

Préconisation n° 6

Définir différents scénarios pour aboutir à un consensus

Préconisation n° 7

Adapter l'étude en fonction de la complexité du site

Préconisation n° 8

Anticiper les délais d'études et les délais administratifs

Préconisation n° 10

Bien choisir les acquéreurs cibles en fonction de l'actif à valoriser

Préconisation n° 9

Mener une étude de reconversion pour obtenir la meilleure valorisation possible du site

Préconisation n° 11

Définir la meilleure procédure de vente pour obtenir la meilleure valorisation tout en garantissant la transparence de la procédure

2

RETOURS D'EXPÉRIENCES

20

Centre hospitalier Pierre-Oudot (CHPO)

22

EHPAD de Beaulieu
(Centre hospitalier d'Angoulême)

26

Hôpital général du Hainaut
(centre hospitalier de Valenciennes)

28

Hôtel-Dieu de Lyon

32

Hôpital Debrousse (AP-HP)

34

Site de la Livettaz
(Centre hospitalier spécialisé de la Savoie)

36

Site des Trésums
(Centre hospitalier de la région d'Annecy)

38

Clinique Cantini (AP-HM)

CENTRE HOSPITALIER PIERRE-LOUDOT (CHPO)

Site concerné

→ Ensemble du site MCO du CHPO à Bourgoin-Jallieu (38300).

Surface totale des constructions
SHOB: 30 000 m²

Superficie du site
2,6 ha

Typologie de site
Aggloméré/articulé

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

- Site en zone UA du PLU (zone à forte densité de construction : pas de COS imposé, limitation des constructions à 17 m de hauteur).
- Pas de contrainte urbaine particulière.
- Servitudes d'utilité publique et prescriptions particulières faibles.
- Site soumis à la réglementation des Installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) en raison d'un dépôt d'oxygène : obligation de déclaration de cessation d'activité auprès de la préfecture avant tout aménagement futur du site.
- Parcelles soumises au droit de préemption urbain de la commune de Bourgoin-Jallieu (DPU simple).

Historique du site

- Premières constructions de la fin du XIX^e siècle aux années 1950.
- Extension significative en 1975 (hébergement et plateau technique).
- Modernisation du plateau technique de 1990 à 2000.
- Plan directeur de transition de 2003/2005 dans l'attente du déménagement sur le nouveau site.

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

1. Dotations historiques

2. Acquisitions foncières :

- Dans les années 70 pour la première extension du CHPO.
 - Dans les années 80 pour le projet plateau technique.
- Acquisition en pleine propriété de chaque parcelle du site par actes authentiques notariés.

Contexte préalable à la reconversion

- Reconstruction sur un nouveau site du centre hospitalier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».
- Contexte favorable : opportunité de requalification et de dynamisation de l'hyper-centre de Bourgoin-Jallieu. Consensus politique sur la reconversion du site.
- Aucune activité conservée sur le site (y compris le partenaire AURAL, Association pour l'utilisation du rein artificiel de la région Rhône-Alpes, qui se relocalise sur le NCHPO).
- Démarche initiée en lien avec la collectivité.
- Déménagement de l'activité MCO et logistique sur un nouveau site situé en périphérie de la ville de Bourgoin-Jallieu.

Transfert des patients programmé le 17/05/2011 : date respectée.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

- Direction générale.
- Directeur du projet du nouveau CHPO et ingénieurs des services techniques du CHPO.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Un marché d'études en vue de l'assistance technique, juridique et financière pour la détermination et la valorisation du patrimoine hospitalier a été confié au groupement INEUM/ICADE/UP2M.

Y a-t-il eu une ou des études menées par les collectivités locales ?

La ville, qui a été associée au projet d'étude de reconversion dès le début de la procédure et à toutes les phases, a organisé un forum citoyen auprès de la population de Bourgoin-Jallieu.

NB 1 : l'avis du service des domaines a été sollicité par le CHPO s'agissant de la valeur vénale estimative du site proposé à la vente
NB 2 : une étude de marché, financée par le CHPO dans le cadre du marché INEUM/ICADE/UP2M (prestataire Adéquation) a permis de mettre en évidence les particularités du contexte commercial de la commune de Bourgoin-Jallieu et de dimensionner les équipements commerciaux pouvant s'implanter sur le site de l'ancien hôpital.



Le centre hospitalier Pierre-Oudot de Bourgoin-Jallieu

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

- Pour la démarche initiale : INEUM et ICADE.
- Pour le cahier des charges de cession (procédure de vente mise en place) : ICADE.
- Pour la cession : un notaire (maître Sarcelet).

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

- Le maire et l'adjoint délégué chargé de l'urbanisme et du foncier de la Commune de Bourgoin-Jallieu.

Commentaires sur le déroulement du projet

- L'objectif initial était de signer la promesse de vente du site avant la réalisation du déménagement.
- L'AAPC relatif à la mission d'assistance technique a été transmis le 16 mai 2008, soit 3 ans avant la mise en service du nouvel établissement, et 3 ans et ½ avant la signature de l'acte de cession (acte définitif signé en 12/2011).

Quel programme de reconversion a été retenu ?

En accord avec la collectivité, programme de déconstruction-reconstruction : logements (près de 300 dont 20 % sociaux), locaux commerciaux de petites et moyennes surfaces, parkings, espaces verts).

Procédure de mise en vente retenue

- Publicité et mise en concurrence préalable (négociation entre le CHPO et les candidats).
- Signature d'une promesse de vente synallagmatique (12/2010).
- Procédure de désaffectation et de déclassement du site (mi-2011).
- Signature de l'acte de vente (28/12/2011).

Quel fut l'acquéreur ?

Société civile de construction vente (SCCV du Centre-Folatière).

Quel montage opérationnel a été mis en place ?

Vente en bloc.

Le PLU a-t-il dû/pe être modifié ?

Le document d'urbanisme alors applicable était un POS (suite à annulation du PLU en place). Les prescriptions relatives à cette zone étaient identiques sur le POS et le PLU. Elles ne nécessitaient pas de modification du POS/PLU.

Planning général de l'opération

- Inventaire patrimonial : 11/2008.
- Décision de valorisation : 11/2008.
- Mission passée auprès de prestataires : 09/2008.
- Durée de l'étude : 3 ans (09/2008 à 12/2011).
- Adoption d'un projet : 03/2009.
- Mise en vente : 12/2009.
- Signature du compromis : 12/2010.
- Modification de PLU : RAS.
- Acte de vente : 12/2011.
- Réalisation des travaux par l'acquéreur : déconstruction à partir de 01/2012.

Éléments à retenir

La maîtrise de l'étude de reconversion par le CH a permis de tenir le délai de cession.

EHPAD DE BEAULIEU CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME

Site concerné

Site de l'EHPAD de Beaulieu rattaché au centre hospitalier d'Angoulême.

Surface totale des constructions :
10 752 m² de SU

Superficie du site :
19 273 m²

Typologie du site :
Damier ou hôtel-Dieu

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

- Site Zonage PLU approuvé le 09/04/2004.
- Site situé dans une zone de protection du patrimoine architectural urbain et paysager (ZPPAUP approuvé le 06/04/2010).
- Site dont la chapelle des Cordeliers est inscrite à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques.

Historique du site

- Au XVII^e siècle, grâce au legs d'un ancien maire d'Angoulême, Jean Guérin, un hôpital est construit pour accueillir les pauvres et les orphelins sur le site de la paroisse de Notre-Dame-des-Anges et le couvent des Cordeliers.
- Quelques années après, les sœurs de Sainte-Marthe, une congrégation religieuse créée par Hélié Guillebaud, deviennent hospitalières. Elles ont aujourd'hui quitté l'établissement. Au cours des siècles, l'hôpital d'Angoulême s'agrandit et se délocalise à Girac.
- Des rénovations permettent en 1992 d'accueillir des personnes âgées dans le cadre de la maison de retraite de Beaulieu.
- De ce fait, l'EHPAD de Beaulieu se situe dans le centre de la ville d'Angoulême, dans les vieux quartiers, à cinq minutes de la cathédrale et de l'hôtel de ville, derrière le lycée Guez-de-Balzac.

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

- Sous forme d'un legs.

Contexte préalable à la reconversion

Le site est morcelé en 20 bâtiments permettant difficilement de respecter les normes actuelles fonctionnelles et techniques nécessaires au bon fonctionnement d'un EHPAD.

De conception ancienne et obsolète, les bâtiments sont peu accueillants architecturalement et inadaptés à la population des résidents accueillis :

- L'organisation interne des bâtiments est peu adaptable et transformable (dimensionnement, différences altimétriques, site morcelé).
- Des difficultés d'accessibilité aux personnes handicapées ou à mobilité très réduite sont rencontrées.
- Les chambres sont étroites, sans confort sanitaire, et disposées le long de grands couloirs.
- Les chambres individuelles sont en nombre insuffisant.
- Les circulations sont complexes.
- Les appareils élévateurs sont obsolètes et le coût de leur mise aux normes est très élevé.
- Les réseaux techniques sont vétustes.
- Les bâtiments vétustes sont énergivores, ce qui induit des coûts d'exploitation élevés.
- La conception architecturale ne permettra pas à terme de suivre l'évolution des réglementations.

Des objectifs de restructuration ont été inscrits lors de la signature du renouvellement de la convention tripartite du 13 mai 2011, laquelle prévoit que, « dans le cadre des objectifs stratégiques, un projet architectural de reconstruction a pour objectif de restructurer et d'humaniser l'EHPAD ».

Compte tenu de l'attachement des résidents au site et à son implantation, de la volonté de l'établissement de s'intégrer dans une politique de mixité sociale et de conserver une dimension humaine et une gestion optimale, il a été décidé de reconstruire l'EHPAD sur une partie du site actuel.

L'EHPAD n'ayant plus alors vocation à utiliser une partie de son patrimoine, il a été décidé de reconverter une partie du site. C'est un des éléments qui ont concouru au choix du montage de l'opération sous la forme d'un contrat de partenariat.

Le projet de réhabilitation du site comprend la reconstruction neuve de 190 lits d'EHPAD (dont 5 lits d'hébergement temporaire et 1 pôle d'activité de soins adaptés de 14 places) et de 15 places d'accueil de jour Alzheimer, ainsi que la valorisation d'une partie du tènement immobilier non utilisé pour les besoins du nouvel EHPAD.

Le financement, la construction et l'entretien du nouvel EHPAD seront assurés par un partenaire privé en contrepartie d'une mise à disposition des anciens bâtiments non utilisés et du versement d'un loyer annuel.

La gestion du fonctionnement de l'EHPAD est quant à elle conservée par le Centre Hospitalier d'Angoulême.



L'EHPAD de Beaulieu

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

→ Mme Rouillé-Gervais, directrice du pôle médico-social du centre hospitalier d'Angoulême.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Une étude de faisabilité a été réalisée auprès de la société Altao, programmiste. Elle a été finalisée par la société H2i, également programmiste.

Y a-t-il eu une ou des études menées par les collectivités locales ?

La ville n'a pas mené d'étude de reconversion sur le site.

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

Le centre hospitalier, ayant eu recours à un montage sous la forme d'un contrat de partenariat, a passé plusieurs marchés d'assistance à la personne publique pour la passation de ce contrat, à savoir :

- un marché d'assistance juridique par un cabinet d'avocat,
- un marché d'assistance financière à la personne publique,
- un marché d'assistance technique à la personne publique.

Un assistant juridique du CH était présent depuis l'élaboration de l'évaluation préalable, le lancement de la procédure de dialogue compétitif jusqu'à la signature du contrat de partenariat.

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

Le service de l'urbanisme de la ville d'Angoulême a été un des acteurs réguliers du dossier au niveau local.

Commentaires sur le déroulement du projet

Le CHA a eu recours à une procédure de « dialogue compétitif » pour le choix du consortium qui réalisera l'EHPAD et la valorisation foncière.

L'avis d'appel public à la concurrence (AAPC) a été lancé le 3 décembre 2010. La période de dialogue a débuté le 18 février 2011, date de sélection des candidatures, et s'est achevée le 11 juin 2012, date de remise des offres finales.

Le 4 juillet 2012, une commission « contrat de partenariat », composée de membres du centre hospitalier, de représentants de l'agence régionale de santé (ARS), de la Mission d'appui aux partenariats public-privé (MAPPP), du conseil général, de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population (DDCSPP) et d'un représentant du conseil de la vie sociale de l'établissement, s'est réunie afin de se prononcer sur le classement des 4 offres reçues.

À l'unanimité, les membres de cette commission ont proposé au directeur du centre hospitalier de classer en numéro 1 l'offre du candidat Vinci/DIF.

Ce choix, suivi par le directeur de l'établissement, a fait l'objet d'une concertation avec le directoire le 16/10/2012 et a été soumis successivement aux instances du centre hospitalier (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, et conseil de surveillance).

Le conseil de surveillance de l'établissement a ainsi prononcé un avis favorable sur le projet de contrat le 19/10/2012 et a autorisé expressément le directeur à signer le contrat après contrôle de l'agence régionale de santé (ARS).

Cette dernière s'est prononcée sur le contrat le 10/12/2012. Le contrat de partenariat a été signé le 18/12/2012.

➤ EHPAD DE BEAULIEU

Quel programme de reconversion a été retenu ?

Dans son offre, le candidat s'engage :

- ...➤ à reconstruire l'EHPAD conformément au cahier des charges élaboré par le centre hospitalier,
- ...➤ à acquérir une partie des bâtiments qui ne seront pas utilisés par l'EHPAD afin d'en diminuer la charge pour le centre hospitalier.

Il propose ainsi de réaliser différents programmes à savoir :

- ...➤ la réalisation d'un hôtel-restaurant haut de gamme rue de Beaulieu,
- ...➤ la réalisation d'un programme haut de gamme d'accession à la propriété rue Turgot,
- ...➤ la réalisation de logements sociaux à l'angle de la rue de Beaulieu et de la rue Turgot

Le parc et la chapelle restent la propriété du centre hospitalier.

Les travaux nécessaires à la réalisation des programmes du candidat n'interviendront qu'à l'issue de la construction de l'EHPAD, fin 2015.

Procédure de mise en vente retenue

La réalisation des différents programmes de valorisation de la zone interviendra dans le cadre d'une cession en pleine propriété par le centre hospitalier d'Angoulême de l'emprise concernée.

Quel fut l'acquéreur ?

L'acquéreur sera la société de projet ou une société de marchand de biens qui se substituera au titulaire et qui devra être agréé par le centre hospitalier d'Angoulême.

Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

Aucun montage spécifique n'est prévu.

Le PLU a-t-il dû/pu être modifié ?

Il n'a pas été nécessaire de modifier le PLU.

Planning général de l'opération

...➤ Inventaire patrimonial :

Décision de valorisation : dans une décision du 26 octobre 2007, le conseil d'administration du CH d'Angoulême a mandaté son directeur pour la poursuite du projet de réhabilitation et d'humanisation, sous réserve notamment de la vente du terrain restant.

...➤ Mission passée auprès de prestataires :

- étude de faisabilité n° 1 de l'EHPAD,
- étude de faisabilité n° 2 de l'EHPAD.

...➤ Durée de l'étude : 2007 à 2009.

Une première étude de faisabilité a été réalisée en commun avec la ville qui souhaitait la création d'un groupement scolaire. Une deuxième étude a été réalisée en 2009 suite à l'abandon du projet de la ville.

...➤ Adoption d'un projet : 2009.

...➤ Travaux de reconstruction de l'EHPAD : de 2013 à 2016.

...➤ Mise en vente : à compter de 2015.

...➤ Signature du compromis : à compter de 2015.

...➤ Modification de PLU : sans objet.

...➤ Acte de vente : à compter de 2015.

...➤ Réalisation des travaux par l'acquéreur : à compter de 2015.

Éléments à retenir

Ce montage particulier en procédure de dialogue compétitif a permis de négocier au fil de l'eau avec les trois équipes en concurrence, et ainsi d'avoir une vraie transversalité entre les équipes médicales et techniques afin de partager le projet. La méthodologie utilisée a permis d'optimiser le projet de reconversion au travers du dialogue instauré avec les trois équipes.



HÔPITAL GÉNÉRAL DU HAINAUT CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Site concerné

⋮ Hôpital général du Hainaut, rattaché au centre hospitalier de Valenciennes.

Surface totale des constructions
17 200 m² SDO

Superficie du site
10 113 m²

Typologie du site
Damier

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

⋮ Le site est classé aux Monuments historiques depuis 1945.

Historique du site

- ⋮ L'hôpital général fut fondé sur les lettres patentes de Louis XV en date du 15 mars 1751. Sa construction débuta en 1752 pour s'achever en 1774.
- ⋮ L'hôpital général devait permettre de bannir la mendicité et d'en réprimer ses désordres en accueillant les pauvres, les infirmes, les enfants abandonnés et les filles mères. De 1831 à 1940, l'armée occupa l'aile gauche de l'hôpital.
- ⋮ Par arrêté du ministère de l'Éducation nationale en date du 18 juin 1945, l'hôpital général de Valenciennes fut classé parmi les monuments historiques.
- ⋮ Jusqu'en 2008, l'hôpital général fut utilisé comme établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

Par lettres patentes de Louis XV, datées du 15 mars 1751, portant fondation à Valenciennes d'un hôpital général pour la province du Hainaut.

Contexte préalable à la reconversion

Reconverti en 1993 en EHPAD, le site n'était toutefois plus adapté à l'accueil des personnes âgées. En 2003 notamment, fut ouverte la résidence du Val-d'Escaut, et le site a été progressivement vidé de ses activités grâce avec la création des nouvelles structures d'hébergement.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

⋮ Le projet a été suivi par le pôle logistique du CH.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Le CH n'a pas missionné de prestataires pour la reconversion du site.

Y a-t-il eu une ou des études menées par les collectivités locales ?

La ville a tout d'abord étudié la transformation du site en une cité judiciaire, mais ce projet n'a pu aboutir. Un comité de pilotage s'est alors établi pour définir une nouvelle programmation. Les échanges ont surtout eu lieu entre la ville et l'agglomération, la ville souhaitant dès le départ l'implantation d'un hôtel de luxe.

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

Le CH n'a reçu aucune aide juridique.

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

- ⋮ La ville de Valenciennes
- ⋮ La communauté d'agglomération Valenciennes Métropole.

Commentaires sur le déroulement du projet

Dans le cadre de la cession prévue au plan de financement du plan directeur, le centre hospitalier a décidé par délibération du 21.10.2004 de céder l'hôpital du Hainaut.

- ⋮ La première phase de la cession, opérée le 19.01.2006, portait sur l'installation du siège social de la communauté d'agglomération Valenciennes Métropole, sur 7 200 m².
- ⋮ La deuxième phase de la cession porte sur la partie restante appartenant au CHV, soit une superficie de 19 400 m².

Lors de l'élaboration du projet, il a fallu parfois veiller au respect de l'équilibre programmatique entre le vendeur et les différentes parties prenantes (collectivités locales notamment).



L'hôpital général du Hainaut

Quel programme de reconversion a été retenu ?

- Dans la partie cédée à la communauté d'agglomération, l'hôtel d'agglomération sera édifié.
- Dans la partie cédée au promoteur, un hôtel de tourisme 4 étoiles de 75 chambres, un spa, un restaurant gastronomique, une brasserie, un club de jazz et 160 logements familiaux, avec défiscalisation Malraux et Monuments historiques, la chapelle étant transformée en salle de réception.

Procédure de mise en vente retenue

- Une procédure en deux tours a été initiée par le CH de Valenciennes, avec dans un premier temps un appel à candidature. Ensuite, deux candidats furent retenus pour le deuxième tour, dans lequel ils devaient présenter un programme détaillé.
- La commission ayant statué sur les offres regroupait la direction du CHV, les élus locaux, l'ABF et le conservateur régional des Monuments historiques.

Quel fut l'acquéreur ?

Le promoteur DUCA (filiale de Foncière Vauban) est le lauréat de la mise en concurrence sur la seconde phase.

Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

Aucun montage spécifique n'a été nécessaire.

Le PLU a-t-il dû/pu être modifié ?

Un changement de destination a dû être opéré, mais pas les autres règles du PLU.

Planning général de l'opération

- **Inventaire patrimonial** : décision de valorisation le 21 octobre 2004.
- **Mission passée auprès de prestataires** : sans objet.
- **Durée de l'étude** : sans objet.
- **Adoption d'un projet** :
 - janvier 2010 : publication de l'appel à candidature pour la cession de l'hôpital du Hainaut,
 - 31 mars 2011 : le conseil de surveillance valide la vente du Hainaut,
 - 5 avril 2011 : le directoire la confirme.
- **Mise en vente** :
 - février 2010 : sélection des candidats,
 - mai 2010 : commission d'examen des offres et demande aux candidats de revoir les offres.
 - mars 2011 : commission et proposition de choix d'une offre.
- **Signature du compromis de vente** : juin 2011.
- **Modification de PLU** : janvier 2012.
- **Acte de vente** : juillet 2012.
- **Réalisation des travaux par l'acquéreur** : démarrage en mars 2013.

Éléments à retenir

L'adhésion de tous les acteurs locaux au projet, alors qu'il s'agit, au-delà de l'hôtel d'agglomération, d'un équipement de luxe. L'utilisation par la collectivité de cette reconversion comme projet de territoire est un élément remarquable.

HÔTEL-DIEU DE LYON

HOSPICES CIVILS DE LYON

Site concerné

... Hôtel-Dieu des Hospices civils de Lyon.

Surface totale des constructions
50 000 m² DO

Superficie du site
2 hectares

Typologie du site
Damier

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

... PLU – zone UA (zone urbaine dense permettant une programmation variée).

Avant le projet, classement et inscription aux Monuments historiques de certains éléments (toiture, cour, façade sur quai...).

Avec le projet, en cours d'étude, classement étendu à la totalité de la parcelle cadastrale.

Historique du site

... Les Hospices civils de Lyon naissent officiellement en 1802 de la réunion de deux hôpitaux existants : l'hôpital de l'hôtel-Dieu et l'hôpital de la Charité.

L'hôtel-Dieu primitif pourrait remonter au XII^e siècle lorsque les frères Pontife entreprirent, vers 1184, la construction d'un pont sur le Rhône et annexèrent un petit hôpital pour recevoir les voyageurs pauvres ou malades.

De l'ancien hôtel-Dieu de Notre-Dame-de-Pitié-du-Pont-du-Rhône, où Rabelais exerça ses fonctions de médecin de 1532 à 1534, il ne reste plus rien.

L'hôtel-Dieu que nous connaissons aujourd'hui a été bâti sur 5 siècles depuis le XVII^e siècle.

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

Les Hospices civils de Lyon sont devenus propriétaires de l'hôtel-Dieu au moment de leur création en 1802.

Contexte préalable à la reconversion

L'activité des Hospices civils de Lyon s'est recentrée sur les 4 sites principaux.

Une étude pour une restructuration de l'hôtel-Dieu, afin d'y conserver une activité de soins, a considéré l'opération trop onéreuse et peu fonctionnelle, d'où la décision de libérer le site.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

... La direction des affaires techniques et la direction des affaires domaniales.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Plusieurs études ont été menées, en amont de la décision de fermeture du site, par les Hospices civils de Lyon et la ville, chacun de leur côté.

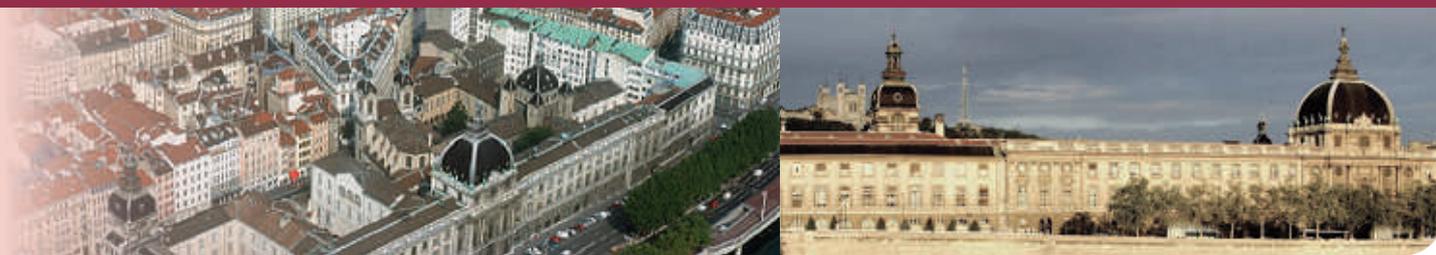
Puis, après décision de reconversion, protocole de suivi de l'opération entre HCL/Ville de Lyon/Grand Lyon et désignation d'un AMO (SERL – Lyon).

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

Suivi juridique de l'opération par la direction des affaires juridiques et la direction des affaires domaniales internes.

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

Cabinet du maire, avec relais auprès des différentes composantes du protocole.



L'Hôtel-Dieu des HCL

Commentaires sur le déroulement du projet

Au regard de la valeur patrimoniale et symbolique du site (construit grâce aux dons des Lyonnais), les HCL ont toujours souhaité en rester propriétaires.

L'objectif initial était de conserver sur site un centre important de consultation.

Il a donc été étudié une reconversion sur 50 % du site.

La ville a étudié dès le départ une reconversion en hôtel, bureaux et commerces.

Puis, rapidement, il a été décidé de reconvertir la totalité du site, avec les objectifs suivants :

- ...> valoriser financièrement le patrimoine des HCL désengagé des activités hospitalières,
- ...> ouvrir le site aux Lyonnais et sur la ville, proposer de nouveaux espaces au public, rendre les cours et les galeries accessibles,
- ...> exploiter et mettre en valeur la qualité patrimoniale, l'histoire du lieu, les surfaces et la situation du site pour une reconversion complète et maîtrisée,
- ...> assurer la cohérence architecturale générale entre les dispositions du site et le programme,
- ...> inscrire l'hôtel-Dieu dans le rayonnement international de la métropole lyonnaise.

Dans le cadre du protocole tripartite (HCL/Ville de Lyon/Grand Lyon), suite à la procédure de mise à bail, et le choix de retenir le groupement Eiffage, le PLU a été légèrement modifié, notamment sur des points spécifiques qui nécessitaient une mise en cohérence globale à l'échelle de l'agglomération. Les différentes autorisations administratives sont en cours (dépôt de l'autorisation de travaux au titre des Monuments historiques le 28 décembre 2012).

Des fouilles archéologiques étaient en cours fin 2012/début 2013, à l'emplacement du futur parking souterrain.

Le site étant libre de toute occupation, les HCL prennent en charge le gardiennage et la maintenance du site, soit un coût d'environ 300 000 euros par an, depuis décembre 2010 (jusqu'à la réitération du bail à construction).

Quel programme de reconversion a été retenu ?

Le projet respecte les invariants qui étaient imposés dans la consultation d'opérateurs :

- ...> la réalisation d'un hôtel international 4 ou 5 étoiles de luxe d'une capacité de l'ordre de 120 chambres au minimum avec ses services (restauration, détente, spa, accueil de séminaires...),
- ...> l'implantation d'activités commerciales (métiers de bouche et boutiques),
- ...> la création de surfaces réservées à des activités tertiaires,
- ...> la suppression du stationnement de surface et la requalification des cours, passages et galeries pour les rendre accessibles,
- ...> pas d'accueil d'activités médicales susceptibles de concurrencer celles des Hospices civils de Lyon,
- ...> la prise en compte d'une approche environnementale adaptée au bâtiment.

Procédure de mise en vente retenue

La procédure de bail à construction a été retenue pour trois raisons :

- ...> les HCL restent propriétaires,
- ...> les investissements sont portés par le preneur,
- ...> le preneur s'engage à réaliser un programme défini.

Une consultation sur deux tours a été organisée. Au premier tour, 12 groupements (promoteur/investisseur, architecte, architecte du Patrimoine, hôtelier) se sont portés candidats, et cinq furent retenus pour le second tour.

Le lauréat fut choisi au regard d'un projet global d'aménagement et d'utilisation du site conforme aux orientations définies communément avec la Ville de Lyon et le Grand Lyon (création d'un comité de pilotage tripartite) et prenant en compte l'environnement économique et urbain.

➤ HÔTEL-DIEU DE LYON

Quel fut l'acquéreur ?

Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

Eiffage, avec l'architecte Albert Constantin (AIA), Didier Repellin, architecte en chef des Monuments historiques, et Intercontinental comme opérateur hôtelier, est le lauréat de la consultation. Un compromis de bail a été signé. La réitération est prévue courant 2013.

Le PLU a-t-il dû/pe être modifié ?

Le projet a profité d'une révision simplifiée portant sur des éléments généraux de la presqu'île et sur une adaptation de polygone d'implantation.

Planning général de l'opération :

- ...⌘ Inventaire patrimonial : décision de valorisation le janvier 2009.
- ...⌘ Mission passée auprès de l'AMO : avril 2009.
- ...⌘ Durée de l'étude : appel à projets lancé en septembre 2009 (candidatures) ; juin 2010 (remise projets).
- ...⌘ Adoption d'un projet : octobre 2010.
- ...⌘ Signature du compromis : février 2011.
- ...⌘ Modification de PLU : 2011 (opposable en février 2012).
- ...⌘ Réitération bail : au plus tôt en novembre 2013.
- ...⌘ Réalisation des travaux par l'acquéreur : 2013-2016.

Éléments à retenir

Les HCL ont toujours souhaité rester propriétaires du site, au regard de son histoire et de sa valeur patrimoniale. Le montage en bail à construction sur une longue durée le permet, ainsi qu'une rénovation en profondeur du bâti.



HÔPITAL DEBROUSSE

ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS

Site concerné

→ Hôpital Debrousse (Lyon et Sainte-Foy-lès-Lyon), rattaché à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Surface totale des constructions
25 700 m² SHON

Superficie du site
45 289 m²

Typologie du site
Lotissement ou pavillonnaire

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

- **PLU** : zone URP (zone interdisant les logements et l'hôtellerie).
Zone de risques géotechniques (balmes) – zone archéologique.
4 espaces boisés classés et 4 espaces verts à valoriser.
- **MH** : pas de classement ni d'inscription – une protection « Ville de Lyon » au PLU pour le bâtiment 1908 et la « Maison des familles » (fin XIX^e).
- Révision judiciaire du legs en préalable à la cession (clause d'inaliénabilité).

Historique du site

- Madame Debrousse acquiert au début du XX^e siècle le terrain et débute en 1907/1908 la construction d'un hospice pour vieillards
- Elle décède avant la fin de son projet
- L'AP-HP, suite à son legs, en devient propriétaire mais la gestion du site est confiée aux Hospices civils de Lyon, qui le transforment avec le temps en un hôpital pour enfants

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

- L'AP-HP est devenue propriétaire du site par legs de Mme Debrousse.
- L'AP-HP a dû demander une révision judiciaire du legs, et notamment concernant sa clause d'inaliénabilité. Cette demande portait sur l'illégalité d'une telle clause, et la justification de l'arrêt de la vocation hospitalière du site, au regard des choix territoriaux des HCL et de l'incompétence territoriale de l'AP-HP sur le site (hors IDF).
- En contrepartie, et afin de respecter l'esprit du legs, l'AP-HP s'est engagée à investir le montant de la cession dans un projet de pôle mère-enfant (hôpital Necker), les HCL se sont engagés à appeler l'un de leurs sites du nom de Mme Debrousse, et l'AP-HP s'est engagée également à faire porter au futur acquéreur l'entretien de la sépulture du mari de Mme Debrousse.

Contexte préalable à la reconversion

- Suite à la réorganisation de leurs implantations sur le territoire lyonnais, les HCL prévoient de quitter le site en 2008 et de le rendre à son propriétaire, l'AP-HP.
- L'AP-HP ne peut l'utiliser pour une activité hospitalière (compétence territoriale) et décide de le vendre.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

- La direction en charge du patrimoine.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

- Préétude en amont pour définir les grandes orientations du futur projet (architecte).
- Étude de faisabilité technique et de programmation (architecte, urbaniste, paysagiste, BET) : Atelier d'architectes Bruno Dumetier (Lyon).
- Conseil pour la consultation publique : cabinet Mercury Consultants (Paris).

La collectivité locale a-t-elle réalisé une étude de son côté ?

Non.

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

- Pour la procédure de révision judiciaire du legs.
- Pour la mise au point des actes (promesse et acte authentique de vente).

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

- Ville de Lyon : l'adjoint au maire en charge de l'urbanisme et la déléguée au développement urbain (urbanisme, PC, environnement, PLH...).
- Grand Lyon : le conseiller du président.
- Sainte-Foy-lès-Lyon : le cabinet du maire.



Vue aérienne de l'hôpital Debrousse à Lyon

Commentaires sur le déroulement du projet

❖ L'établissement (AP-HP) n'a pas souhaité renseigner ce commentaire.

Quel programme de reconversion a été retenu ?

Deux principes ont prévalu sur le programme de reconversion : ne pas densifier le site (c'est-à-dire ne pas dépasser les 27 500 m² de SHON existants) et donner une dominante logement au projet (possibilité de faire un hôtel). Le projet final se décompose ainsi :

- ❖ 141 logements libres,
- ❖ 38 logements sociaux.

Procédure de mise en vente retenue

Une consultation publique, en 2 phases, a été mise en place :

- ❖ la première consistait en un appel à candidature dont les réponses devaient comporter une présentation des équipes (promoteur logement et architecte a minima) et un avant-projet sommaire de l'architecte,
- ❖ une seconde phase, au cours de laquelle quatre groupements sélectionnés ont pu être auditionnés par le comité de pilotage, leur a permis d'approfondir leur offre.

Le comité de pilotage partenarial comprenait :

- le directeur général de l'AP-HP,
- le directeur général des HCL,
- le maire de Lyon,
- le maire de Sainte-Foy-lès-Lyon,
- le président du Grand Lyon.

Quel fut l'acquéreur ?

Vinci Immobilier.

Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

Non.

Le PLU a-t-il dû/pu être modifié ?

Le PLU a été modifié en 2005 pour la faisabilité du projet de reconversion. Ont notamment été modifiés les articles permettant une vocation logement et hôtellerie de la zone et d'uniformiser la hauteur des bâtiments.

Planning général de l'opération

- ❖ Inventaire patrimonial : 2004.
- ❖ Décision de valorisation : 2005.
- ❖ Mission passée auprès de prestataires : 2005.
- ❖ Durée de l'étude : 6 à 8 mois.
- ❖ Adoption d'un projet : début 2006.
- ❖ Mise en vente : avis de publicité le 20/07/2006 (choix du lauréat : CA de 07/2008).
- ❖ Signature du compromis : 07/2010.
- ❖ Modification de PLU : 2005.
- ❖ Acte de vente : 12/2010.
- ❖ Réalisation des travaux par l'acquéreur : en cours.

Éléments à retenir

L'AP-HP souligne la volonté d'aller au bout de l'opération et l'esprit de coopération entre elle, les HCL et les collectivités locales.

SITE DE LA LIVETTAZ CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA SAVOIE

Site concerné

→ Clinique du Nivolet et site de la Livettaz, rattachés au centre hospitalier de la Savoie à Chambéry.

Surface totale des constructions
53 630 m² SU

Superficie du site
470 000 m²

Typologie du site

→ Mixte sur le site de la Livettaz :
« Damier » et « articulé »
→ sur le site Nivolet :
« lotissement ou pavillonnaire »

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

→ Zones PLU :

- UFs : « zone construite ou immédiatement à construire pour équipements publics »,
- Nu : « zone naturelle à protéger »,
- Npu : « zone naturelle avec parc ornemental à protéger ».

→ Inscription des bâtiments et des galeries de la Livettaz à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques.

→ Le CHS étant producteur d'eau (source sur domaine) : déclaration d'utilité publique en application avec contraintes de mise en place de plusieurs périmètres de protection ainsi que l'application, dans le PLU, d'un certain nombre de contraintes urbanistiques (nature de fondations spécifiques, réseaux, etc.).

Historique du site

- En 1826, le Conseil général de charité du duché de Savoie, fondé en 1823, prit la décision d'acquérir l'ancienne abbaye du Betton afin de se doter d'un lieu pour accueillir les aliénés.
- La vétusté des lieux, leur étroitesse et leur emplacement nécessitèrent de trouver rapidement un autre site. En 1848, la plaine de Bassens fut choisie, et le transfert eut lieu en 1858.
- L'architecte Denarié reprit les écrits du docteur Duclos pour édifier un ensemble exemplaire pour l'époque sur l'accueil des aliénés mentaux.
- En 1877 fut acquis le site contigu du château de Bressieux, dont la source permit à l'établissement de Bassens d'être autonome en eau. Les patients furent accueillis au château à partir de 1890

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

→ Le Conseil général de charité du duché de Savoie, en tant qu'administrateur de l'époque du CHS, a acquis les terrains.

Contexte préalable à la reconversion

- Le site historique fut construit au XIX^e siècle. Dans l'après-guerre, les modes de prise en charge des patients psychiatriques ont fortement évolué, et cela a conduit le CHS à construire de nouveaux pavillons proches du château.
- Ainsi, au début des années 1990, le site historique s'est vidé petit à petit de ses patients, tout en voyant son état se dégrader.
- C'est pourquoi le CHS a élaboré et mis en œuvre une politique de valorisation des bâtiments désaffectés afin de réaliser des économies et gains dans le cadre de son exploitation patrimoniale.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

→ Le directeur de l'établissement, avec le soutien du directeur financier, du directeur des travaux et de l'ingénieur-architecte des services techniques.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Y a-t-il eu une ou des études menées par les collectivités locales ?

- Une étude préalable sur le projet DRAC/conseil général menée par le cabinet d'architectes Curtelin-Ricard de Lyon.
- Une étude partielle axée sur les bâtiments des services généraux par l'architecte du patrimoine Elsa Martin (en lien direct avec Marc Lemarié, Architecte des Bâtiments de France).

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

→ Le CHS ne s'est pas fait aider.

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

- Partenariat régulier avec la municipalité de Bassens.
- Partiellement avec le conseil général de la Savoie et la DRAC de Lyon.



Le site de la Livettaz

Commentaires sur le déroulement du projet

- Le site de Bassens fut classé à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques en 1984.
- Ce classement permit d'obtenir des financements pour réhabiliter l'ensemble des bâtiments, dont la vétusté se faisait sentir. Ce financement a contribué à hauteur de 30% du montant des travaux de réhabilitation du site, portant principalement sur les façades des différents bâtiments.
- Parallèlement à cela, le CHS avait dès les années 1960 mis en œuvre une démarche de développement de l'offre de soins sur le secteur Bressieux. Ainsi, les bâtiments historiques devenant obsolètes pour l'accueil des patients, il fut décidé de les louer à d'autres occupants.
- Par conséquent, au fur et à mesure des restructurations, parfois lourdes, portant sur l'isolation, les réseaux et les menuiseries, des activités non hospitalières arrivèrent sur le site.

Quel programme de reconversion a été retenu ?

- Dans le château de Bressieux : école de musique, école de dessin, cabinet d'architecte.
- Sur le site historique : centre de formation du CHS, Implantation du GRETA Savoie, dépôt de fouilles du conseil général, restaurant associatif, cabinets médicaux en libéral, siège de l'Udafam, ainsi qu'un certain nombre d'associations : ordre de Malte, Les Yeux gourmands, Savoir pour réussir, Tétralyre, etc.

Procédure de mise en vente retenue

- Bail emphytéotique avec le conseil général de la Savoie (pavillon Morel) et avec la municipalité de Bassens (ancienne ferme de l'hôpital).
- Bail à long terme (24 ans) avec la municipalité de Bassens pour l'école de musique et l'école de dessin au château de Bressieux.
- Bail de 6 ans renouvelable pour les locataires (GRETA de Savoie, COTS, Udafam).
- Bail précaire (renouvelable annuellement) pour les mises à disposition (compagnie de théâtre, associations...).

Quelles sont les durées de bail ? Quel retour sur investissement ?

- Le retour sur investissement effectif est établi pour définir la durée du bail proposé. Cela varie généralement entre 6 et 8 ans.
- L'offre en locaux réhabilités du site historique de Bassens est très concurrentielle sur le marché de l'agglomération chambérienne.

Le PLU a-t-il dû/peut être modifié ?

Pas d'interférences avec le PLU, sauf prise en compte des contraintes urbanistiques dans les projets.

Planning général de l'opération

- Classement à l'Inventaire supplémentaire des monuments historiques : 1984.
- Travaux liés aux financements de la DRAC : de 1992 à 2004.
- Premières mises à bail : 22/04/1998 (1^{er} et 2^e étages du château de Bressieux pour l'école de musique et l'école de dessin du canton de Saint-Alban-Léysse).
- Achèvement prévisionnel de la valorisation de l'ensemble du site : 2020.

Éléments à retenir

Les personnes en charge du projet, et notamment le directeur de l'établissement, sont les mêmes depuis son démarrage, ce qui a permis une continuité de l'action et une excellente mémoire du site. Par ailleurs, deux objectifs ont guidé la démarche :

- La volonté d'offrir aux usagers de l'établissement un site agréable et restauré
- Le souhait de donner une image positive de la psychiatrie et de la santé mentale avec la vision d'un site privilégié s'ancrant au sein du parc et de l'environnement montagneux.

SITE DES TRÉSUMS

CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION D'ANNECY

Site concerné

→ Ancien hôpital d'Annecy, dénommé les Trésums

Surface totale des constructions
54.433 M² SHON

Superficie du site
6,2 hectares

Typologie du site
Aggloméré

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

- Aucune construction n'était classée aux Monuments historiques.
- Il a fallu intégrer la contrainte du plan de prévention des risques d'inondation et son impact sur le site car celui-ci se situe sur la rive du lac d'Annecy, et donc partiellement en zone inondable.

Historique du site

→ Le site des Trésums était la propriété de l'hôpital depuis le début du XIX^e siècle.

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

→ Par le biais d'une acquisition foncière.

Contexte préalable à la reconversion

→ En 1992, le conseil d'administration a acté le principe d'un déménagement, dont l'autorisation fut donnée par le ministère en 1994.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

→ La direction générale, et notamment le directeur adjoint qui avait la charge de la construction du nouvel établissement.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

La collectivité locale a-t-elle réalisé une étude de son côté ?

- Aucune étude de reconversion n'a été réalisée tant par l'établissement que par la ville.
- Le CH d'Annecy a confié une mission d'accompagnement à un architecte-conseil lors des discussions avec le premier promoteur titulaire d'une promesse de vente.

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

- Le CH d'Annecy s'est appuyé sur son notaire tout au long du projet, et notamment lors des deux promesses de ventes signées et de l'acte de vente final.
- Lors des négociations avec le deuxième preneur, le CH s'est adjoint les compétences d'un consultant immobilier pour la rédaction du cahier des charges de vente, de la promesse de vente et du suivi des conditions suspensives.

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

→ Les maires successifs se sont investis dans le projet avec l'appui de leurs services.



Le site des Trésums à Annecy

Commentaires sur le déroulement du projet

- La première intention de la ville fut a priori de créer une ZAC sur le site, mais cela n'a pas abouti.
- Un premier compromis de vente fut signé en 1998 avec un promoteur national.
- Il n'y avait pas, à ce stade, de programme précis. Un travail a été réalisé à ce sujet ensuite entre le promoteur, les services de ville et l'architecte-conseil du CH.
- L'objectif pour le CH était de connaître les surfaces constructibles sur le site.
- Le CH a mis fin au compromis, estimant que le montant de cession n'était pas en rapport avec la constructibilité du site. *(Il est à noter que suite à cette décision, le promoteur national porta plainte au tribunal administratif, et que ces poursuites judiciaires se sont achevées en Cour de cassation, qui a donné tort au plaignant).*
- Une deuxième consultation de promoteur eut lieu en 2005. Cinq promoteurs se sont portés candidats, dont une majorité de promoteurs nationaux.
- Le choix s'est porté sur Monnet Decroix (intégré aujourd'hui à Crédit agricole Immobilier). La ville n'a pas participé au jury, mais le cahier des charges de vente fut rédigé en collaboration avec elle, sous la plume du consultant immobilier du CH.
- Cette nouvelle consultation a permis d'obtenir un prix de vente nettement supérieur au premier compromis.
- Le projet du premier promoteur ne fut pas repris.
- Différentes réunions publiques eurent lieu sur un premier projet, et qui ont montré une grande opposition.
- En 2008, un nouvel architecte fut choisi (agence Portzamparc) et le projet final fut retenu.
- Ce projet fut intégré dans la révision du PLU.
- Les permis de construire ont été attaqués, et les différents recours sont en voie d'achèvement.
- Le CH ayant estimé qu'il avait supporté suffisamment la contrainte liée aux conditions suspensives dépendant des permis de construire, l'acte de vente a pu être signé en 2012.
- Par ailleurs, le CH a dû supporter les coûts de maintenance et gardiennage du site qui a été libéré en 2008, suite au déménagement dans le nouvel établissement. Ces coûts étaient d'environ 207 000 € en 2011 et 169 000 € en 2012.

Quel programme de reconversion a été retenu ?

- Il sera réalisé un programme de 630 logements, dont 110 logements sociaux, avec un hôtel de 110 chambres et un grand parc urbain.
- Le CH reste propriétaire de la maison du directeur (ancienne aumônerie datant de 1820).

Procédure de mise en vente retenue

Mise en concurrence de cinq promoteurs avec cahier des charges de vente donnant la constructibilité du site et les conditions juridiques.

Quel fut l'acquéreur ? Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

- L'acquéreur est Monnet Decroix, promoteur toulousain, ayant depuis intégré le Crédit agricole Immobilier.

Le PLU a-t-il dû/pu être modifié ?

Le PLU a été modifié en intégrant le projet des permis de construire.

Planning général de l'opération

- Décision de déménagement : 1992.
- Autorisation de déménagement par tutelle : 1994.
- Mission passée auprès d'un architecte conseil : 1997-2001.
- Première mise en vente : 1998.
- Signature du premier compromis : 1998.
- Seconde mise en vente : 2005.
- Signature du second compromis : 2005.
- Libération du site : 2008.
- Acte de vente : 2012.
- Réalisation des travaux par l'acquéreur : à venir.

Éléments à retenir

- Le temps du projet est très long, lié notamment aux aléas politiques et aux différents recours.
- L'impact d'une étude de reconversion aurait probablement facilité l'avancement du projet de reconversion.

CLINIQUE CANTINI ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE MARSEILLE

Site concerné

→ Clinique médico-chirurgicale Jules-Cantini à Marseille.

Surface totale des constructions
4 132 m² hors œuvre

Superficie du site
0,75 ha

Typologie du site
Monobloc de 1923 RDC + 3 niveaux
avec extension de 1962 et un internat

Quelles étaient les contraintes réglementaires (zonage PLU/classement aux Monuments historiques/zone inondable) préalables ?

→ Dans le périmètre de protection de deux bâtiments historiques, la bastide du XVII^e siècle (la Magalone) et l'immeuble la Cité radieuse de Le Corbusier. Bâtiment situé au centre d'un lotissement privé pavillonnaire résidentiel dit « Préboisé » créé le 27 février 1930.

Historique du site

Clinique moderne Michelet édifée en 1923, devenue pendant la guerre école militaire d'administration, reprise après liquidation judiciaire en 1944 par la chambre de commerce de Marseille, puis en 1948 par la caisse régionale de Sécurité sociale et enfin devenue clinique médico-chirurgicale Cantini suite à son acquisition par l'Assistance publique de Marseille. Haut lieu de la cardiologie, fermée définitivement le 17 décembre 1990 par transfert des activités dans un nouveau pavillon Cantini de l'hôpital Sainte-Marguerite, c'est dans cet établissement qu'a été greffé Emmanuel Vitria, décédé le 11 mai 1997. Il fut un des premiers patients à bénéficier d'une transplantation cardiaque et détint pendant de nombreuses années le record de longévité avec 6 738 jours. L'opération fut réalisée le 27 novembre 1968 par l'équipe du professeur Edmond Henry, dans le service du professeur Jouve.

<http://www.ciq-sainteanne.fr/evenements.php>

Sous quelle forme l'établissement était devenu propriétaire du site ?

→ Acquisition à la suite d'un échange de propriétés entre l'Assistance publique de Marseille et la caisse régionale de Sécurité sociale du Sud-Est acté le 1^{er} février 1951.

Contexte préalable à la reconversion

En décembre 1990, les activités de soins hospitaliers se sont arrêtées sur le site, et celui-ci fut utilisé comme zone d'archivage médical. Durant cette période, l'établissement fit l'objet d'un gardiennage par un agent retraité de l'Assistance publique logé dans un petit pavillon attenant à la clinique. Cette solution a permis d'éviter les dégradations, squats et autres désagréments.

Qui a eu la charge du sujet au sein de l'établissement ?

→ L'équipe de la dotation non affectée (DNA) en charge de la valorisation patrimoniale sous l'autorité du DGA.

L'établissement a-t-il passé une mission auprès d'un prestataire (nom, qualification, type d'étude) ?

Aucune mission n'a été passée.

Y a-t-il eu une ou des études menées par les collectivités locales ?

Aucune étude n'a été menée.

Une aide juridique a-t-elle été nécessaire ? À quel moment ? Pourquoi ?

L'établissement dispose de deux juristes au sein de son service DNA et d'une direction des affaires juridiques qui peut venir en soutien si nécessaire ; en outre, l'AP-HM recourt aux conseils des notaires et aux avis du Centre de recherche, d'information et de documentation notariale de Lyon.

<http://www.cridon-lyon.fr/>

Quels étaient les interlocuteurs réguliers au niveau des collectivités locales ?

Un contact permanent a été assuré avec le secrétaire général adjoint de la ville de Marseille en charge de la supervision des opérations d'urbanisme, des instructions de permis de construire et des autorisations d'aliéner. Ce suivi a permis d'exempter cette opération de tout quota de logement social ou de primo-accédants de nature à réduire l'objectif de valorisation.

Commentaires sur le déroulement du projet

Situé dans un lotissement pavillonnaire privé, ce projet devait obéir à la fois aux règles habituelles d'urbanisme et aux contraintes propres au lotissement. Une information préalable de l'assemblée générale des colotis (« association syndicale autorisée ») ainsi que du comité de quartier (CIQ) a facilité l'acceptation de l'évolution du site, malgré les recours déposés. L'AP-HM veille dans toutes ses opérations de valorisation à entretenir une relation étroite avec les comités de quartier et la présidente de cette confédération de CIQ très influente dans la ville (<http://www.confederationciq.fr/>).

Une modification du règlement de copropriété du lotissement a été nécessaire pour permettre la réalisation du projet retenu.



La clinique Jules-Cantini à Marseille

Quel programme de reconversion a été retenu ?

Valorisation du site dans un objectif de réalisation de logements compatibles avec le lotissement : maisons individuelles et petits collectifs.

Procédure de mise en vente retenue

- Désaffectation des locaux, puis déclassement du bien.
- Appel à projets sur la base d'un cahier descriptif du bien et de sa constructibilité.
- Mise à prix fixée par la commission de valorisation du patrimoine avec un prix plancher construit à partir d'une double évaluation. France Domaine/ évaluateur privé.
- Examen par la commission de valorisation du patrimoine (qui comprend à parité des représentants de la direction de l'AP-HM (finances, patrimoine DNA) et de la direction régionales des finances publiques (trésorier, France Domaine, DRFIP) des 18 offres reçues.
- Proposition d'attribution au directeur général.
- Choix du mieux-disant fondé sur le prix, la crédibilité de l'acquéreur, la faisabilité du projet au regard des contraintes d'urbanisme et d'acceptabilité, l'analyse des conditions suspensives...

Quel fut l'acquéreur ?

Meunier Méditerranée groupe BNP-Paribas immobilier.

Un montage spécifique d'urbanisme opérationnel (ZAC...) a-t-il été mis en place ?

Aucun montage spécifique n'a été mis en place

Le PLU a-t-il dû/pu être modifié ?

Le PLU n'a pas eu à être modifié.

Planning général de l'opération

- **Inventaire patrimonial** : fiche descriptive du bien valorisé au sein de l'inventaire général du patrimoine au sein de l'établissement réalisée en 2004.
- **Décision de valorisation** : délibération du conseil d'administration de 2002.
- **Mission passée auprès de prestataires** : évaluation France Domaine du 5 août 2002.
- **Durée de l'étude et adoption d'un projet** : élaboration du cahier des charges 4^e trimestre 2004.
- **Mise en vente** :
 - publicité : janvier 2005,
 - analyse des offres : mars 2005,
 - choix : avril 2005.
- **Signature du compromis** :
 - promesse de vente : 6 juillet 2005,
 - permis de démolir et de construire délivrés en octobre 2006,
 - recours contre le permis de construire par 7 colotis devant le tribunal administratif le 7 janvier 2007 ; adaptation du projet, permis modificatif obtenu le 13 mars 2008 et désistement des plaignants,
 - réitération de la promesse de vente le 2 juin 2008.
- **Modification de PLU** : non.
Modification du lotissement par arrêté municipal du 5 octobre 2006.
- **Acte de vente** : 29 juillet 2008.
- **Réalisation des travaux par l'acquéreur** :
 - début des travaux et démolition : novembre 2008,
 - livraison de l'opération : printemps 2010.

Éléments à retenir

- Attention particulière sur la gestion du bien désaffecté jusqu'à sa cession. Important travail d'explication, de concertation pour limiter les risques liés au permis de construire. Choix d'un projet compatible avec le plan d'urbanisme et d'un promoteur désireux et capable d'aboutir dans les délais attendus.
- L'impact d'une étude de reconversion aurait probablement facilité l'avancement du projet de reconversion.



3 REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des établissements qui ont participé à l'élaboration de ce guide, notamment pour les fiches d'expériences, et plus particulièrement :

Lydie Rouillé-Gervais, Alexandra Mathieu, CH Angoulême

Cédric Zolezzi, CH Annecy

Jean-Michel Budet, AP-HM

Denis Marchal, AP-HM

Didier Renault (CHU de Saint-Étienne),

Jérôme Joly, Anouck Michel, CH Bourgoin-Jallieu

Morad Rahal, CH Hainaut

Alain Benini, HCL

Jean-Maurice Lasserre, Jean-Vincent-Beaume, CHS Savoie

Nous remercions également les étudiants de l'université de technologie de Compiègne (filière génie des systèmes urbains, promotion 2008-2009) qui ont participé initialement à la rédaction de ce guide.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. **Conflits d'intérêts** : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. **Usage** : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. **Propriété intellectuelle** : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Dynamisation des actifs immobiliers des établissements sanitaires et medico-sociaux - Tome 2 : Mener une étude de reconversion © ANAP 2013 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Pixelis et Planet 7 - août 2013

Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ

Crédit photos : Centre hospitalier Pierre-Oudot (Sébastien SOLLIER), Centre hospitalier d'Angoulême, Centre hospitalier de Valenciennes, Hospices civils de Lyon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Centre hospitalier spécialisé de la Savoie, Centre hospitalier de la région d'Annecy, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

Imprimé par ACI, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

La valorisation du patrimoine immobilier non affecté aux soins permet aux établissements sanitaires et médico-sociaux de dégager des ressources financières et contribue à l'atteinte de leurs objectifs stratégiques.

S'appuyant sur les retours d'expériences de 8 établissements qui ont mené des opérations de cession ou de mise à bail d'une partie de leur patrimoine, ce guide présente les phases d'une méthode qui peut être mise en œuvre par tout établissement pour mener à bien une opération de valorisation immobilière.

