



## AVIS

### sur la stratégie immobilière du CHU de Montpellier.

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

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

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

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

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

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

Vu la circulaire interministérielle du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) ;

Vu la note de présentation de la stratégie immobilière du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier d'octobre 2013 ;

Après avoir procédé à l'audition de Monsieur Philippe DOMY, Directeur général du CHRU de Montpellier et de Monsieur Jean-Yves LE QUELLEC, Directeur de l'Offre de soins de l'Agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon lors de la séance du 16 octobre 2013 ;

Considérant que la Région Languedoc-Roussillon est caractérisée par une forte croissance démographique et par un fort indice de vieillissement ; que le taux de croissance de la population du département de l'Hérault est le plus important de la région, que sa population est la plus jeune et que le nombre de personnes âgées augmente fortement ; que la métropole montpelliéraine absorbe une part déterminante de la croissance démographique et économique de la Région ;

Considérant que l'offre de soins du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Montpellier est répartie en 13 pôles hospitalo-universitaires conçus dans une logique de filière de prise en charge et qu'elle exerce une forte attractivité tant au niveau régional, qu'interrégional voire national pour des activités très hautement spécialisées ;

Considérant que le CHRU de Montpellier possède une capacité d'accueil de 2 774 lits et places ;

Considérant que le budget du CHRU de Montpellier est de l'ordre de 780 M€ pour une dette s'élevant à 229 M€ ;

Considérant qu'avant 2012, le CHRU ne s'était doté d'aucune stratégie d'investissement alors même qu'existaient des possibilités d'aides financières dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 et que les finances de l'établissement étaient à l'équilibre ;

Considérant que le CHRU présente aujourd'hui un déficit de l'ordre de 21 M€ dû en partie à l'éclatement des activités de l'établissement et à des problématiques organisationnelles ; que pour combler ce déficit, le CHRU s'est engagé, en novembre 2012, dans un contrat de performance avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) portant sur 18,5 M€ ; que ce plan d'action ambitieux identifie une dizaine de chantiers prioritaires sur l'ensemble des activités hospitalières ; qu'il est attendu de ce plan une économie de 70% sur les dépenses et un accroissement de 30% des recettes par une augmentation de l'activité et une optimisation de la facturation ; que la réalisation de ces actions génère une suppression de 300 ETP ; que ce contrat court jusqu'à l'été 2014 ; qu'à ce jour, l'établissement aurait déjà réduit ses effectifs d'une centaine d'emplois ;

Considérant que pour compléter cet effort prévu par le contrat de performance, l'établissement s'est également engagé dans l'élaboration d'un Plan d'Action Contractualisé Stratégique (PACS) avec l'ARS Languedoc-Roussillon ; que les actions complémentaires prévues devraient permettre d'économiser 7 millions d'euros et 100 postes supplémentaires ; qu'ainsi, le CHRU pourrait retrouver l'équilibre en 2018 ;

Considérant que la surface foncière du CHRU de Montpellier représente 81 hectares et que la surface totale de plancher construit s'élève à 427 499 m<sup>2</sup> SHON ;

Que le domaine public du CHRU de Montpellier est constitué de trente-trois structures extérieures de soins psychiatriques, une structure d'hébergement, un centre administratif, un Institut de formation, une plate-forme logistique et hôtelière (Euromédecine), un Centre d'Accueil de la Petite Enfance (crèche), plusieurs bungalows administratifs et de quatre sites de soins principaux :

- Un site regroupant les hôpitaux Lapeyronie et Arnaud de Villeneuve (MCO), l'hôpital de la Colombière (psychiatrie), le centre Antonin Balmès (gériatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée) et le laboratoire de parasitologie ;
- Un site regroupant les hôpitaux Gui de Chauliac et Saint-Eloi (MCO) ;

- Le centre de gérontologie de Bellevue (soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée);
- Le centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire.

Que le domaine privé du CHRU de Montpellier est réduit. Il comprend 21 structures d'habitation dont l'établissement est propriétaire et deux appartements loués pour une valeur estimée à 7 270 000 € ;

Que l'établissement dispose également de cinq réserves foncières :

- Trois parcelles proches de la plate-forme logistique et hôtelière « Euromédecine » ;
- Une surface de 10 000 m<sup>2</sup> située sur le site du Centre d'Accueil de la Petite Enfance, accueillant le bâtiment désaffecté de l'ancienne maternité « Grasset » (projets de reconversion à l'étude) ;
- Un complexe de tennis de 4 hectares situé sur la commune de Grabels ;

Considérant, qu'en termes de patrimoine non affecté, les marges de manœuvre du CHRU de Montpellier apparaissent sensiblement plus faibles que celles d'établissements de taille comparable ;

Considérant que le domaine public du CHRU de Montpellier affecté aux soins est fortement dispersé tant géographiquement que fonctionnellement :

Que la dispersion géographique ne suit pas toujours le contour des pôles hospitalo-universitaires ou des activités de soins (comme le Pôle enfant réparti dans cinq hôpitaux sur les deux sites principaux) ;

Que la dissémination fonctionnelle, concernant tant les activités d'hospitalisation que la prise en charge ambulatoire, oblige l'établissement à développer et à maintenir plusieurs plateaux médico-techniques ;

Que ces doublons d'activités représentent un coût important pour l'établissement expliquent en partie sa situation déficitaire et rendent par ailleurs difficile le fonctionnement pour les équipes soignantes et médicales ;

Considérant, en outre, que ce patrimoine est vieillissant :

Que, malgré les efforts réalisés, plusieurs établissements ne sont pas conformes à la réglementation sécurité incendie notamment ;

Que trois des quatre établissements MCO du CHRU ont recueilli un avis défavorable à l'accueil du public par la Commission Départementale de Sécurité et d'Accessibilité des ERP ;

Que, si des opérations récentes de travaux ont permis de résoudre certaines difficultés, elles ne couvrent que le champ d'activité d'un pôle ou d'une fonction mais jamais l'ensemble du CHRU.

Considérant que la définition des orientations stratégiques pluriannuelles du projet d'établissement 2013-2017 a conduit le CHRU de Montpellier à réaliser un schéma directeur technique et architectural ;

Que, construit sur la base d'un diagnostic précis et complet du patrimoine foncier et bâti de l'établissement et en adéquation avec le projet médical et les besoins fonctionnels du CHRU,

ce document détermine une trajectoire technique et architecturale des sites et bâtiments pour les 15 à 20 prochaines années ;

Que cette stratégie élaborée par une équipe pluridisciplinaire (architectes, urbanistes, ingénieurs et économistes spécialisés dans les questions hospitalières), a été intégrée au projet d'établissement et adoptée à l'unanimité des instances de l'établissement en novembre 2012 ; qu'il a également été approuvé par l'Agence Régionale de Santé ;

Que le projet retenu s'oriente vers la création d'un site unique regroupant l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie ;

Que ce regroupement des deux sites principaux est possible grâce à l'important potentiel foncier du site 1, notamment autour des hôpitaux Lapeyronie et Arnaud de Villeneuve ;

Que la proximité immédiate de la nouvelle faculté de médecine constituera en outre un atout pour l'établissement ;

Considérant que pour rester en adéquation avec les capacités financières de l'établissement, les opérations à mener seront réalisées par étapes successives, autonomes et cohérentes et réparties sur deux ou trois phases d'une dizaine d'années chacune :

Que la première phase comprendra les opérations prioritaires, à savoir :

- Le regroupement des laboratoires au sein d'un bâtiment unique, première réalisation du schéma directeur déjà engagée ;
- Le regroupement des activités pédiatriques au sein d'un bâtiment unique ;
- La construction de nouveaux supports pour le Pôle « Naissance et Pathologie de la Femme » en contiguïté immédiate avec le Pôle « Enfant » ;
- La construction d'un nouveau bâtiment pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge du Pôle « Cœur Poumons » ;
- La fermeture de l'hôpital Gui de Chauliac et le transfert des activités du Pôle « Neurosciences, Tête et Cou » vers l'hôpital Lapeyronie réhabilité ;
- Un site unique d'accueil des urgences, à l'interface entre les hôpitaux Lapeyronie et Arnaud de Villeneuve, et les nouveaux bâtiments « Femme » et « Enfant ».

Que la deuxième phase comprendrait la fin du rapatriement des activités du site Saint-Eloi sur le site principal, la fin de la réhabilitation de l'hôpital Lapeyronie (locaux Pôle « Os et Articulations »), la construction d'un nouveau bâtiment administratif et la valorisation « au plus offrant » du site accueillant les hôpitaux Gui de Chauliac et Saint-Eloi.

Que la dernière phase comprendrait le regroupement des activités pharmaceutiques, la gériatrie et l'achèvement du regroupement des activités en psychiatrie.

Considérant que la mise en œuvre de ce schéma directeur représente un projet d'investissement particulièrement important de près de 900 millions d'euros ; qu'une partie de ce projet pourrait être financée par des opérations de valorisation des sites désaffectés (à savoir la valorisation du site accueillant les hôpitaux Gui de Chauliac et Saint-Eloi, de la parcelle de 10 000 m<sup>2</sup> située sur le site Centre d'Accueil de la Petite Enfance et celle du site Bellevue une fois les activités de SSR et d'USLD transférées) et la réaffectation d'une partie des investissements planifiés pour la rénovation du patrimoine existant et qui ne sera pas conservé (à l'instar des 120M € prévus pour la réhabilitation de l'hôpital Gui de Chauliac).

Considérant, toutefois, que la réalisation de ce projet ne sera possible qu'en poursuivant et pérennisant le redressement de la situation financière du CHRU; que cette situation oblige à atteindre les objectifs fixés par le contrat de performance signé entre l'établissement, l'ANAP et l'ARS du Languedoc-Roussillon, et par le Plan d'Actions Contractualisé Stratégique (PACS) en cours de définition avec l'ARS ;

Considérant que le recours à l'emprunt est indispensable à la réalisation du projet mais qu'il ne sera possible qu'à la condition que l'établissement retrouve une situation saine de sa dette ;

Considérant que la réalisation de ce projet nécessite d'intégrer les évolutions de prises en charge médicales et chirurgicales, notamment les prises en charge ambulatoires et autres alternatives à l'hospitalisation complète : hospitalisation à domicile et hôpitaux de jour ; qu'il convient également d'anticiper les besoins futurs induits par les évolutions médicales à venir ; que le CHRU approfondit sa réflexion sur le sujet ;

Considérant que tous les acteurs sont conscients que le site unique devra aboutir à une diminution significative des capacités d'hospitalisation complète, malgré l'augmentation prévisionnelle de la population dans le département et la région ;

Considérant enfin que ce projet doit s'appuyer sur une stratégie médicale volontariste, notamment quant aux rapprochements et synergies possibles entre les activités de pôles différents ; que cette restructuration de l'offre doit intervenir dès à présent afin d'adapter les activités du CHRU aux besoins de santé de la population et à un environnement fortement concurrentiel.

Les représentants du CHRU de Montpellier et de l'ARS Languedoc-Roussillon ayant été entendus en leurs explications,

Le Conseil, après en avoir délibéré lors de sa séance du 16 octobre 2013 fait les observations suivantes sur la stratégie immobilière du CHRU de Montpellier :

1. Le Conseil observe que l'absence de stratégie immobilière ces dernières années a contribué à dégrader l'équilibre financier de l'établissement par un éclatement géographique et fonctionnel de ses activités.

Le Conseil salue donc l'effort de production d'un schéma directeur immobilier, répondant aux exigences nouvelles des hôpitaux à savoir une réduction de la capacité d'hospitalisation pour une prise en charge ambulatoire, en hospitalisation de jour ou à domicile, et le regroupement et la mise aux normes des plateaux techniques au détriment de l'hospitalisation traditionnelle. Ce schéma donne de la lisibilité et de la cohérence aux projets engagés par le CHRU de Montpellier.

2. Le Conseil encourage le CHRU de Montpellier à poursuivre son projet d'établissement en prenant soin d'identifier, à chaque étape, les bénéfices attendus des projets immobiliers et de comparer les coûts de ceux-ci avec des solutions alternatives permettant de répondre aux besoins.

Dans cette perspective, le Conseil souligne l'intérêt d'un suivi d'activité visant à rechercher en permanence l'exploitation optimale de ces outils immobiliers et à adapter sa stratégie immobilière en conséquence.

3. Le Conseil comprend que la réalisation de constructions hospitalières relève d'un processus d'élaboration particulièrement long et que la définition du programme fonctionnel d'un ensemble hospitalier résulte de travaux préalables d'identification des besoins de santé du territoire concerné et de perspectives intégrant les nombreuses évolutions du domaine. Il note cependant que le renouvellement des techniques scientifiques, environ tous les cinq ans, impose des impératifs de modularité et flexibilité des bâtiments, que les conditions d'ajustement du programme doivent alors être optimales.

C'est pourquoi, le Conseil recommande un suivi régulier permettant d'assurer l'adéquation du projet immobilier à l'évolution des besoins de l'activité hospitalière. Il souhaite que le CHRU travaille avec l'ANAP à la formalisation d'un tel dispositif de veille détaillant pour chacune des étapes clés d'une opération et selon sa nature, les éléments à prendre en considération, la portée des décisions prises et les mécanismes permettant un ajustement de la réalisation au meilleur coût.

4. Le Conseil prend acte du coût total des opérations envisagées et souligne l'importance d'une bonne maîtrise des fondamentaux de la conduite de projet pour éviter certains écueils, tels que la dérive des coûts, le dépassement des délais et l'inadaptation de la réalisation aux besoins.

Le Conseil souligne que ce projet ne sera possible qu'une fois le redressement de la situation financière du CHRU pérennisé, c'est-à-dire le déficit résorbé par la mise en œuvre du contrat de performance prévoyant à la fois la réduction du rythme des dépenses de personnel et une meilleure valorisation de l'activité en optimisant la tarification T2A et en renforçant l'attractivité de l'offre de soins ; il invite donc l'ARS à la plus grande vigilance quant à l'atteinte des objectifs fixés par le contrat de performance signé entre l'établissement, l'ANAP et elle-même, et par le plan d'actions contractualisé stratégique.

Il comprend en outre que ce projet vise un accroissement de l'activité de recherche de l'ordre de 10 à 15% permettant d'intégrer la dynamique de l'innovation et de créer des marges de manœuvre à son financement.

Il remarque enfin que ce projet pourrait en partie être financé par les opérations de valorisation des sites libérés qu'il préconise de conduire avec l'aide d'un conseil spécialisé ;

Le Conseil considère que le COPERMO aura une responsabilité importante quant à la validation du projet d'investissement et au suivi du projet de retour à l'équilibre de l'établissement. Il recommande la mise en place d'une procédure d'accompagnement des opérations arbitrées afin d'ajuster, dans les meilleurs délais, la capacité de financement à la réalisation des projets.

5. Le Conseil regrette le manque de connaissances précises sur la stratégie financière de ce projet, notamment l'absence de communication du plan de financement de cette opération qui lui aurait permis d'apprécier la lisibilité et la soutenabilité financière de ce projet pour l'établissement.

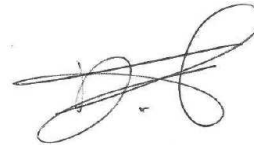
Le Conseil, tout en saluant la vision opérationnelle d'ensemble qui avait jusqu'alors fait défaut, ne peut que formuler un avis réservé en l'absence d'informations financières certaines et rappeler les risques de dégradation de l'équilibre financier encouru par l'établissement par un recours massif et non maîtrisé à l'emprunt.

6. Le Conseil prend note du travail préparatoire réalisé par le CHRU de Montpellier pour valoriser les sites libérés, mais demeure prudent sur la réalisation et le montant des cessions envisagées en raison des possibles évolutions des règles d'urbanisme pouvant affecter, en tout ou partie, la valeur de ces biens.

Le Conseil rappelle que des décisions d'urbanisme prises par la collectivité locale sans concertation préalable avec l'État ou l'opérateur concerné, peuvent mettre en danger la réalisation d'un projet immobilier. Dans une telle situation, il est essentiel que les acteurs publics concernés hiérarchisent les intérêts publics en lice pour ne pas pénaliser lourdement la stratégie financière de ce projet.

7. Le Conseil observe, plus généralement, que la sécurisation des procédures administratives se traduit parfois par un allongement des délais dans le processus de décision. Il ajoute qu'une procédure longue non seulement pénalise financièrement les établissements mais peut aussi menacer la réalisation des projets immobiliers du fait d'une obsolescence prématurée au regard des progrès scientifiques. Dans un contexte très concurrentiel, cette lenteur administrative est nuisible à l'hôpital public. Le Conseil invite donc les tutelles à tout mettre en œuvre pour raccourcir ces délais afin de rétablir un équilibre entre la nécessité d'action et le besoin de contrôle.

**Pour le Conseil,  
son Président**

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above the name of the signatory.

**Jean-Louis DUMONT**