



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Volet 2 « Le projet du pôle sanitaire de l'Ouest »

Exercices 2007 et suivants

Observations délibérées le 5 juillet 2016

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	3
RECOMMANDATIONS.....	4
I. PROCÉDURE.....	5
II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES.....	5
I - PRÉSENTATION DU CHGM.....	5
II - LA GENESE DU FUTUR HOPITAL.....	5
A - La restructuration du site actuel ou l'implantation sur un nouveau site.....	6
B - L'inscription du site d'implantation retenu au titre de la législation sur les monuments historiques.....	7
C - La participation inaboutie d'un opérateur de santé privé.....	8
D - La validation sous condition du COPERMO.....	9
III - LES RISQUES FINANCIERS.....	9
A - Les risques financiers en phase de construction du futur hôpital.....	10
1 - Le financement du projet.....	10
2 - Les contrats relatifs à la construction du futur hôpital.....	12
a - Le processus de passation des différents contrats.....	12
b - Le marché de conception-réalisation.....	13
B - Les risques financiers en phase d'exploitation du futur hôpital.....	14
1 - L'endettement.....	14
2 - La situation financière.....	15
a - Les charges.....	15
b - Les ressources.....	16
IV - LES RISQUES TECHNIQUES ET CEUX LIES A LA MUTUALISATION.....	17
A - Le permis de construire et ses réserves.....	18
a - Un premier permis de construire accordé par une autorité incompétente.....	18
b - Un permis de construire accordé sous réserves.....	18
B - La desserte du futur hôpital.....	19
1 - Les accès routiers.....	19
a - L'absence de liaison directe actuelle de la RN1 au futur hôpital.....	19
b - La nécessité d'une desserte facilitant l'accès de la RN 1 au futur hôpital.....	21
c - La question du portage financier.....	22
2 - La desserte par les transports en commun.....	22
C - L'intégration du futur hôpital dans une démarche de développement durable et de qualité environnementale.....	24
1 - Le projet global de développement urbain durable à long terme.....	24
2 - La très haute qualité environnementale à l'épreuve des difficultés de financement.....	24
a - La certification de la haute qualité environnementale des bâtiments.....	24
b - Les difficultés de financement du volet supérieurement écologique des bâtiments..	25
D - La mutualisation des fonctions supports et administratives entre le CHGM et l'EPSMR.....	26
1 - Une amorce de rapprochement par la mise en place de directions communes ...	27
2 - La création du groupement de coopération sanitaire de l'Ouest (GCS-GSO)	28
3 - La création d'une direction commune au CHGM et à l'EPSMR.....	29
4 - Le devenir du GCS-GSO.....	31
5 - Les locaux administratifs du futur hôpital.....	31
V - LES RISQUES ECONOMIQUES ET PATRIMONIAUX.....	33
A - L'hébergement d'un opérateur de santé privé sur le site du futur hôpital.....	33
B - Le devenir du site de l'actuel CHGM.....	34
1 - Le projet de pôle paramédical.....	34
2 - Les obstacles au projet.....	35
ANNEXE.....	37

Synthèse

Le centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) est l'établissement public de santé (EPS) de type médecine–chirurgie–obstétrique (MCO) du territoire de santé Ouest du département de La Réunion. Son bassin d'intervention s'étend de La Possession à Saint-Leu et couvre une population de 212 300 habitants.

L'établissement devrait quitter son emplacement historique dans le centre-ville de la commune de Saint-Paul pour occuper de nouveaux locaux sur une parcelle contiguë à celle de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR), dans le cadre de la constitution du pôle sanitaire de l'Ouest (PSO).

Ce projet d'investissement, structurant pour la micro-région de l'Ouest, a connu des lacunes en termes d'anticipation et de pilotage. Des incertitudes demeurent sur les contours du projet : les dessertes routières et en transport en commun du futur hôpital ne sont pas encore arrêtées ; la mutualisation des services administratifs avec ceux de l'EPSMR demeure inaboutie ; la construction de nouveaux bâtiments pour les fonctions supports est envisagée, en plus de ceux destinés à accueillir les services médicaux qui sont exclusivement concernés par le projet du futur hôpital.

Les aléas et les vicissitudes du projet impactent le volet financier de l'opération ; des dépenses non initialement prévues se révèlent nécessaires, comme, par exemple, celles induites par la décision initiée par l'agence régionale de santé de réduire les surfaces du futur hôpital. Le retard pris dans la livraison du nouvel établissement est évalué, à plus d'un an. La livraison serait programmée pour août 2018.

Cette situation fait peser des risques sur l'efficacité de l'exploitation du futur établissement de santé.

Recommandations			
	Réalisée	En cours de réalisation	Non réalisée
1. Déposer une demande de permis modificatif pour ajuster le nombre de lits prévus dans le futur hôpital à 275			X
2. Engager une réflexion avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés pour un accès routier direct au futur hôpital et un arrêt de bus à proximité de son entrée.		X	
3. Compléter les demandes d'aides auprès de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) par celle relative à la ferme photovoltaïque		X	
4. Veiller à la maîtrise des charges de personnels.			X
5. Définir les attributions des futures directions communes avec l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR).		X	
6. Poursuivre la démarche de mutualisation des services administratifs avec ceux de l'EPSMR.		X	
7. Chercher à mobiliser des aides auprès de la direction des affaires culturelles de l'océan indien (DAC OI) pour la restauration et l'entretien des immeubles protégés et inscrits au titre des monuments historiques sur la parcelle d'assiette du futur hôpital		X	
8. Veiller au bon emploi de la parcelle d'assiette du futur hôpital en cas d'ouverture d'activité à un opérateur de santé privé.			X
9. Clarifier, en lien avec les partenaires institutionnels concernés, la propriété et le devenir des bâtiments actuellement siège de l'hôpital en centre-ville de Saint-Paul.		X	

I. PROCÉDURE

L'examen de la gestion du CHGM a été ouvert le 2 octobre 2013 par lettre du président de la chambre adressée à M. Gérard Kerbidi.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières (CJF), l'entretien préalable a eu lieu le 18 décembre 2015 avec M. Laurent Bien, ordonnateur en fonctions depuis le 1^{er} octobre 2015 et le 21 décembre 2015 avec son prédécesseur en fonction du 1^{er} janvier 2007 jusqu'au 30 septembre 2015.

Lors de sa séance du 18 février 2016, la chambre a arrêté des observations provisoires, transmises à l'ordonnateur en fonction, ainsi qu'à l'ancien ordonnateur.

Par courrier enregistré au greffe le 17 juin 2016, M. Laurent Bien a adressé ses réponses à la chambre. Six tiers mis en cause ont répondu entre le 4 mai et le 28 juin 2016.

La chambre, dans sa séance du 5 juillet 2016, a, après les avoir examinées, arrêté les observations définitives suivantes :

II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES

I - PRÉSENTATION DU CHGM

Le CHGM est l'établissement public de santé (EPS), de type médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), du territoire de santé Ouest du département de La Réunion. Son bassin d'intervention s'étend de La Possession à Saint-Leu et couvre une population de 212 300 habitants.

Cet établissement, qui comptait 240 lits d'hospitalisation complète et 19 places en 2015, prévoit de déménager du centre-ville de la commune de Saint-Paul pour occuper de nouveaux locaux sur un emplacement contigu à celui de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR), dans le cadre de la constitution du pôle sanitaire de l'Ouest. La surface des futurs bâtiments hospitaliers de MCO est prévue pour être de 28 500 m².

II - LA GENESE DU FUTUR HOPITAL

Le développement du CHGM repose sur un projet d'envergure, le pôle sanitaire de l'Ouest (PSO*), qui représente le futur ensemble public formé par le nouvel hôpital et l'EPSMR dans une même zone géographique¹ – le secteur de Grand Pourpier à Saint-Paul - et constitue la dernière opération structurante d'ampleur de l'offre hospitalière à La Réunion.

La construction du futur hôpital emporte une extension de capacité de 259 à 310 lits et places, soit une hausse de près de 20 %.

¹ Le pôle sanitaire de l'Ouest tend à désigner le futur hôpital, notamment dans les documents financiers qui le concernent. « PSO* » indique le sens étroit de « futur hôpital » de l'acronyme.

Tableau n° 1 - Evolution de l'hôpital Gabriel Martin en termes de capacité

Discipline	Capacité		Evolution
	Actuelle (fin 2015)	Projetée	
Chirurgie	32	30	- 2
Soins critiques	8	14	+ 6
Médecine d'urgence	9	11	+ 2
Maternité	40	30	- 10
Pédiatrie	43	40	- 3
Médecine	108	150	+ 42
Ambulatoire	15	29	+ 14
Places unité d'accueil psychiatrique	4	6	+ 2
Total	259	310	+ 51

Source : CRC d'après les chiffres communiqués par le CHGM issus du comité de pilotage « économie générale du projet PSO » du 27/11/2015

La genèse du projet d'un nouvel hôpital dans l'Ouest de La Réunion a été lente et difficile. Son point de départ « juridique » peut être fixé à décembre 1997, date à laquelle le conseil d'administration de l'établissement a décidé d'un nouveau site d'implantation et lancé une étude de faisabilité². Le projet a connu plusieurs aléas et vicissitudes qui ont hypothéqué puis retardé sa réalisation.

L'État a contractualisé le principe de son financement seulement en juillet 2013. Sans cette participation financière, le projet n'aurait jamais pu voir le jour. Les tergiversations qui ont duré plus de 10 ans sur les contours du projet ont entraîné des dépenses que la chambre n'a toutefois pas été en mesure de chiffrer faute d'obtenir l'ensemble des pièces relatives, notamment, aux études concernant le projet de restructuration-extension.

A - La restructuration du site actuel ou l'implantation sur un nouveau site

Le choix du conseil d'administration du CHGM en faveur d'une délocalisation a été conforté par le diagnostic rendu début 1999 par l'équipe Sodexi-Beture conseil et Hospi-conseil. Il mettait en évidence, d'une part, les inconvénients inhérents à la situation de l'établissement au centre-ville de Saint-Paul - tenant principalement aux difficultés de desserte et de stationnement automobile -, d'autre part, les dysfonctionnements générés par le style pavillonnaire des bâtiments - peu propice à favoriser les liaisons entre services, à assurer la sécurité des biens et des personnes et à l'origine du sous-dimensionnement de certains services comme ceux des urgences ou des consultations externes.

Cette première étude n'a toutefois pas été suivie d'effet, les autorités de tutelle s'étant montrées défavorables au principe de la délocalisation du centre hospitalier, au profit de sa restructuration-extension sur le site existant.

Le bureau d'études SCIC Développement, missionné pour examiner la faisabilité de ce nouveau projet, a proposé en avril 2000 un scénario consistant notamment à étendre et restructurer les bâtiments du site principal pour optimiser les flux et les liaisons à l'intérieur du secteur court séjour et à délocaliser les fonctions logistiques sur un autre site à trouver. Il a chiffré le coût d'un établissement MCO rénové, dimensionné à 266 lits et places, à près de 210 M€ (coût 2000 - hors achat du site devant recevoir les fonctions logistiques délocalisées). Un marché de définition a été passé avec un cabinet d'architecture, tandis qu'un avant-projet

² Le projet de délocalisation était porté par une association dénommée « Un hôpital pour l'Ouest », composée des membres du corps médical et du personnel de l'établissement.

sommaire a été entièrement financé à hauteur de 800 000 €, selon l'ancien directeur de l'établissement. Ce projet n'a pas abouti. En 2004, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a demandé de l'abandonner et de revenir à l'idée initiale d'une délocalisation.

Une nouvelle étude de faisabilité a été confiée au cabinet SANESCO qui a présenté en juin 2006 le projet d'un futur établissement regroupant l'hôpital et une clinique privée. Si ce projet-là n'a pas été suivi, l'option en faveur d'une délocalisation n'a plus été remise en cause.

Les revirements de choix quant à la nature du projet témoignent des difficultés des acteurs concernés à adopter une stratégie claire et des objectifs constants pour moderniser l'établissement.

B - L'inscription du site d'implantation retenu au titre de la législation sur les monuments historiques

Fin janvier 2006, le CHGM a acquis la propriété du domaine de la Poncetière, siège du futur hôpital, pour un montant de 3,9 M €, supérieur de plus d'un million d'euros à la valeur vénale déterminée par la direction des services fiscaux. Cette propriété avait été acquise les 6 et 7 décembre 2005 par la commune de Saint-Paul qui l'avait préemptée au profit de l'hôpital.

Le contrat de vente ne comportait aucune indication laissant à penser que les droits à construire sur le terrain étaient susceptibles d'être limités par d'autres réglementations que le droit civil et le droit de l'urbanisme. Les bâtiments qui s'y trouvaient étaient décrits de manière neutre comme consistant, d'une part, en une construction à usage d'atelier de garage automobile, d'autre part, en un ensemble de bâtiments comprenant trois corps d'habitations principales, plusieurs dépendances communes et une piscine. Si le canal Lemarchand était mentionné, c'était uniquement pour donner acte de la suppression du droit d'eau correspondant.

Quatre mois plus tard, l'architecte des bâtiments de France soulignait auprès du maire de Saint-Paul le caractère remarquable du domaine de la Poncetière³, évoquait la possibilité d'une mesure de protection et formulait le vœu de sa préservation et de son intégration dans tout projet à venir.

En janvier 2008, près de deux années après l'acquisition du terrain, le représentant de l'État décidait d'inscrire le domaine de la Poncetière en totalité au titre des monuments historiques, eu égard à son « *grand intérêt patrimonial et historique* », justifiant sa préservation. La commission régionale du patrimoine et des sites (CRPS) réunie fin novembre 2007 pour rendre son avis sur cette inscription avait insisté sur l'importance architecturale du canal d'irrigation Lemarchand qui avait permis d'alimenter les champs de canne à sucre de la Plaine Saint-Paul exploités à partir du XVIII^{ème} siècle.

Cette inscription a surpris les porteurs de projet. Du fait du classement de la parcelle au titre de la législation sur les monuments historiques, les droits à construire les bâtiments hospitaliers ont été considérablement réduits et n'ont pu s'exercer que sur environ un quart, en fond de parcelle, en contigüité avec le site de l'EPSMR - l'architecte des bâtiments de France ayant, au cours de l'élaboration du projet architectural, insisté sur la nécessité de conserver la perspective depuis l'entrée du terrain, sans que la hauteur des bâtiments projetés ne puisse excéder la ligne de crête.

³ « Cette propriété est partie de l'ancien "domaine de la Plaine" qui couvrait environ 300 hectares et dont la fondation remonte au XVIII^{ème} siècle. Outre la maison principale, il comporte un certain nombre de bâtiments qui en font un des ensembles les plus remarquables, par ailleurs les mieux conservés que l'on puisse trouver à La Réunion ».

La limitation des droits à construire est encore avivée par la proximité du terrain avec la RN1, l'article L. 111-1-4 du code de l'urbanisme prescrivant, en dehors des espaces urbanisés, l'interdiction de toute construction ou installation dans une bande de 75 mètres de part et d'autre de l'axe des routes à grande circulation : cette règle s'applique cependant uniquement à la « *réserve foncière pour aménagement ultérieur hors projet* », puisqu'en sont dispensés les services publics ayant besoin de la proximité d'une desserte routière – ce qui est le cas du centre hospitalier.

La chambre souligne le manque de précaution du CHGM au moment de l'achat du terrain d'implantation du futur hôpital. La responsabilité principale semble toutefois imputable à la commune de Saint-Paul qui s'est impliquée dans la localisation dudit pôle, le maire étant également président du conseil d'administration du centre hospitalier.

La présence des éléments patrimoniaux à préserver devrait entraîner un surcoût. Face à cette situation et partageant l'analyse de la chambre, le CHGM a engagé en juin 2016 des démarches auprès de la direction des affaires culturelles de l'océan indien (DAC OI) en vue de bénéficier de concours financiers dédiés à la restauration et à l'entretien des immeubles protégés au titre des monuments historiques. Cette direction s'était engagée, dès février 2008, à accompagner la construction du futur hôpital sur le site de la Poncetièrre, tout en assurant la protection des bâtiments inscrits au titre des monuments historiques. Pour les immeubles inscrits, la subvention peut représenter entre 10 et 40 % du montant des travaux. Celle-ci apparaît d'autant plus d'actualité qu'en novembre 2015 a été fortuitement découverte, à l'occasion des travaux de terrassement, la présence d'un aqueduc et d'une roue à aube (moulin) sur le site que l'architecte des bâtiments de France, dépêché sur les lieux, a demandé d'isoler et de préserver⁴. Après avoir réalisé des études géotechniques autour du moulin, le CHGM a proposé en avril 2016 à la DAC OI de le déconstruire et de le réimplanter ailleurs.

A la contrainte tenant à la présence d'un patrimoine historique à préserver, s'ajoutent l'existence d'arbres protégés (bois de fer) et le risque d'inondation de la zone en fond de terrain. La chambre prend acte des actions engagées par le CHGM en vue du remplacement des arbres endommagés ou arrachés lors de la phase de préparation des travaux et de la prévention du risque d'inondation.

C - La participation inaboutie d'un opérateur de santé privé

Lorsque l'ARH s'est prononcée en 2004 en faveur de la délocalisation du CHGM, elle a également prôné une collaboration public/privé. En février 2004, alors que les études initiales concernaient le seul CHGM, elle a signé un accord-cadre entre ledit centre et la société Clinifutur. Cet accord était motivé :

- au plan général, par la volonté des pouvoirs publics de développer la coopération et la complémentarité entre les établissements de santé, compte tenu de la similitude de leurs contraintes financières et sécuritaires, de leurs modes de financements et de leurs difficultés d'organisation de la permanence des soins ;

- au plan particulier, par le souci de répondre au principe de quadri polarisation de l'offre de soins acté dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 1999-2004 qui prévoyait un pôle de soins de proximité dans l'Ouest, à la préoccupation concomitante exprimée par les maires des cinq communes de l'Ouest dans le schéma de cohérence territoriale (SCOT) de se doter d'un tel pôle et au souci de satisfaire aux besoins futurs de leurs populations.

⁴ Selon l'ancien directeur de l'établissement.

Pendant cinq années, les partenaires publics et privés ont étudié la faisabilité du projet qui, selon les conclusions du bureau d'études SANESCO, devait comprendre 483 lits et places. Faute de compromis sur le partage de certaines activités (maternité, chirurgie et chirurgie ambulatoire), la clinique privée s'est désengagée du projet en 2009. A cette date, il a été décidé que le projet ne se ferait plus qu'en collaboration avec l'EPSMR.

D - La validation sous condition du COPERMO⁵

Le dimensionnement en termes de lits et places du futur hôpital tel qu'il est actuellement arrêté s'est significativement réduit au fil du temps : après avoir envisagé, dans sa configuration la plus large en 2006, 483 lits et places, il n'en comporte plus que 310. Outre le désengagement d'un opérateur de santé privé et les contraintes liées à la préservation des bâtiments historiques, l'explication majeure à la réduction du projet tient à la volonté des pouvoirs publics de comprimer les coûts.

Le futur hôpital a non seulement vu sa capacité mais sa surface réduites. Lorsque le programme de surface des locaux a été initialement élaboré, l'ancien directeur de l'hôpital s'était basé sur la fourchette moyenne (103 m² de surface dans œuvre⁶ par lit) que l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) incitait à privilégier en l'absence de motifs particuliers pour retenir soit la fourchette haute, soit la fourchette basse. Quand le COPERMO a examiné le projet en juillet 2013 - plus d'un an après que l'attributaire du marché de conception-réalisation a été retenu (en avril 2012) - il a assorti son avis favorable de l'obligation de réduire les surfaces pour privilégier la fourchette basse de 90 m² de surface dans œuvre par lit. Il a alors fallu revoir les marges de manœuvre existant dans l'ensemble des services, faire de nouveaux choix, tels que la diminution du nombre de chambres et le développement de l'ambulatoire. Un nouvel avant-projet sommaire a été nécessaire pour revoir l'ensemble des plans. Tous les services ont été impactés, même si certains l'ont été plus que d'autres - le service de maternité-obstétrique notamment et les espaces non médicaux tels que les vestiaires et les locaux de stockage.

Cette modification du programme a entraîné un différé de six mois sur le planning du programme, acté dans l'avenant n° 1 d'avril 2015 au marché de conception-réalisation, et une dépense de 600 000 € TTC.

III - LES RISQUES FINANCIERS

Fin décembre 2015, la phase de construction du projet a connu un dérapage en matière de coûts mais surtout de délais. Si le processus de passation des différents marchés afférant au futur hôpital est globalement satisfaisant, des risques demeurent en matière d'exécution. Des risques financiers se profilent aussi lors de la phase d'exploitation tant en termes d'endettement que d'accroissement de charges, notamment de personnel.

⁵ Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins dépendant du ministère des affaires sociales et de la santé.

⁶ L'observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social la définit comme suit : « La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et structure porteuses. » La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d'étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d'emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques). Les galeries de liaison fermées reliant des bâtiments entre eux sont intégrées dans la SDO (qu'elles soient en infrastructure ou en superstructure), de même que les locaux techniques.

A - Les risques financiers en phase de construction du futur hôpital

1 - Le financement du projet

Ce n'est qu'en 2013 qu'un plan de financement a été établi. A cette date, celui-ci prévoyait un coût d'environ 140 M€ : la quasi-totalité correspondait au montant des constructions comprenant l'achat du terrain et la rénovation de bâtiments historiques ; 9 M€ étaient destinés à l'acquisition du mobilier et des équipements ; les besoins entrant dans le cadre du programme pluriannuel d'investissement étaient évalués à 16,9 M€.

Les ressources reposaient, dans une première version, sur une répartition entre, d'une part, les apports de l'établissement d'un montant de 93,6 M€ issus essentiellement de subventions ou dotations État et de fonds européens déjà acquis (43,6 M€) ou à venir (50 M€) et, d'autre part, les emprunts à hauteur de 46,4 M€ auxquels s'ajoutaient les 16,9 M€ nécessaires au programme pluriannuel d'investissement (PPI), soit un total de 63,3 M€ d'emprunts. Le financement supporté par des concours bancaires se montait à hauteur de 45 %.

Cette répartition des ressources a connu quelques modifications. Ainsi, en mars 2014, une clarification de leur origine a été opérée : une partie du financement prévu comme apport (26 M€ du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESPP] et d'aide à la contractualisation [AC] à intervenir après la fin des travaux) reposant initialement sur un prêt relais a été basculée en emprunt à long terme, ce qui inversait les proportions entre besoins en ressources extérieures et fonds propres : 65 M€ d'apports contre 75 M€ d'emprunts pour le PSO*. En parallèle, le montant à emprunter au titre du PPI s'est trouvé ramené à 14,1 M€, fixant le montant total des emprunts à 89,1 M€. La chambre relève que les financements externes constitués par les emprunts représentent 63 %, nonobstant les aides pour plus de 18 %. Les ressources propres de l'établissement sont de l'ordre de moins de 20 %.

Tableau n° 2 - Plan de financement du futur hôpital (actualisé en mars 2014) (en €)

	Emplois					Ressources
	Terrain	Bâtiment Historique	Constructions	Equipements	Total	
Coût TTC de l'opér. à financer (bati. + équip.)	4 000 000	2 000 000	125 000 000	9 000 000	140 000 000	
1- Etudes opérationnelles			4 632 950		4 632 950	
2 - Frais divers			113 925		113 925	
3 – Travaux			82 899 310		82 899 310	
4 - Honoraires			15 996 621		15 996 621	
5 - Provisions pour révisions des prix			17 757 528		17 757 528	
6 - Assistance à la maîtrise d'ouvrage			3 599 667		3 599 667	
7 -Equipements				9 000 000	9 000 000	
8 – Terrain	4 000 000				4 000 000	
9 - remise à niveau des bâtiments historiques		2 000 000			2 000 000	
Apports :						64 958 946
(C) Subvention FMESPP (25 M€ période 2013-2020) - quote-part reçue sur la période des travaux (2013-2018)						18 750 000
(C) Financement AC (25 M€ période 2013-2039) - quote-part reçue période des travaux (2013-2018)						5 265 918
Subvention FEDER- Etudes du PSO*						6 100 000
Acquisition Terrain (4 M€ en 2006) - Aide ARS (1,3 M€)						1 300 000
(A) Financement ARS AC 2006-2013 (prélèvement sur FDR)						33 543 028
Emprunts:						75 041 054
Emprunts financés par l'établissement						49 056 972
(C) Emprunts remboursables par anticipation (Quote-part Subv. FMESPP et financement AC reçue après période travaux >2018)						25 984 082
TOTAL PSO*						140 000 000

(A) Montant total versé par l'ARS et provisionné à fin 2013 - Il s'agit de Crédits AC reconductibles fléchés PSO* (Montant annuel de 4 013 601 €).
Tant que les travaux ne sont pas engagés et l'emprunt non mobilisé, ces crédits sont provisionnés chaque année.

(C) Financement COPERMO de 50 M€ pour le PSO* (25 M€ en subv. FMESPP ; 25 M€ de financement AC ARS versé sous forme K+Int).

EMPRUNTS – PSO*	75 041 054 €
EMPRUNTS - PPI CHGM 2014-2018 (hors PSO*)	14 096 453 €
TOTAL EMPRUNTS CHGM + PSO*	89 137 507 €

Source : CHGM.

La constitution des apports a suscité des ajustements pour tenir compte de l'évolution de la situation financière de l'établissement. La dernière version du plan de financement, établi par un cabinet d'audit en septembre 2014, fait état de ressources ayant pour origine :

- des subventions à venir (période 2014-2018) 22,50 M€
- du FMESPP (après 2018) 6,25 M€
- des crédits AC PSO* à percevoir après 2018 34,86 M€
- des apports 36,40 M€
(dont 27,5 M€ de prélèvements sur le fonds de roulement et 8,8 M€ d'autofinancement)
- des emprunts 89,00 M€
(dont notamment 25 M€ déjà souscrits auprès de l'AFD, 7,5 M€ souscrits auprès de la CAFFIL et 44,5 M€ à souscrire auprès de la CDC).

Le directeur indique avoir procédé, depuis son arrivée en octobre 2015, à l'actualisation de la projection des charges et des recettes en coordination avec l'ARS. Ainsi, la charge d'intérêts financée dans le cadre du COPERMO s'élève à 17,5 M€, portant le coût du projet à 157,5 M€. Autofinancer son PPI pour moitié jusqu'à la mise en service du futur hôpital demeure son objectif. Il ajoute qu'une partie de l'équipement acquis sera transféré sur le nouveau site ; son coût viendra en diminution de celui du plan d'équipement complémentaire. Ces orientations

pourraient atténuer le poids relatif de l'emprunt parmi les différentes ressources : son montant s'élève à 71 M€ pour le PSO*, auquel s'ajoute l'emprunt de 7,5 M€ destiné au PPI.

En ce qui concerne les apports du centre hospitalier, le cabinet d'audit relève que l'établissement a épuisé une partie des montants provisionnés compris dans cette enveloppe et devrait compenser la différence d'environ 7,5 M€. Ce montant est, selon l'établissement, prévu dans la simulation d'emprunts bancaires. Toutefois, dans le plan de financement prévisionnel, il est inclus dans les fonds propres et doit ainsi être rajouté aux 71 M€ prévus.

Une partie des besoins globaux en fonds extérieurs (emprunts) pour le futur hôpital et le PPI est d'ores et déjà acquise. En effet, sur la base de 85 M€ (71 + 14), 25 M€ ont déjà été souscrits auprès de l'agence française de développement (AFD)⁷, 37 M€ sont prévus auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC)⁸ et 7,5 M€ ont été contractés auprès de la caisse française de financement local (CAFFIL) en compensation des conditions de sortie d'un emprunt structuré⁹, ce qui fait un total de 69,5 M€. Le financement des 15,5 M€ restants nécessiterait de mobiliser un autre emprunt.

2 - Les contrats relatifs à la construction du futur hôpital

a - Le processus de passation des différents contrats

Il s'est passé près de quatre ans entre l'avis favorable sous réserves émis en 2009 par l'ARH au projet du futur hôpital et le déblocage de 50 M€ par le COPERMO en juillet 2013. Pour éviter un retard trop important de la réalisation du projet, en même temps que pour faire pression sur les différents partenaires financiers, s'est mis en place un calendrier de conclusion des contrats parallèle à celui du financement du projet.

Rétrospectivement, cette anticipation apparaît réussie. En effet, à la date à laquelle le COPERMO a donné son feu vert au projet, l'attributaire du marché de conception-réalisation avait été choisi, sans que le marché n'ait toutefois été signé pour éviter d'engager le CHGM si jamais le projet était retoqué ; en outre, la plupart des contrats connexes au marché de conception réalisation - au coût bien moindre - étaient d'ores et déjà conclus et pouvaient être exécutés sans délai.

Toutefois, la circonstance que le COPERMO ait réduit les surfaces allouées au projet a obligé le CHGM à revoir sa copie afin d'y intégrer les modifications prescrites, ce qui a entraîné un ajustement des différents contrats et causé des retards dans leur réalisation ainsi qu'une augmentation de leur coût.

Fin décembre 2015, il ressort des informations communiquées par le CHGM que douze contrats ont été conclus en vue de la construction du futur hôpital – répertoriés dans le tableau figurant en annexe n° 1 ; leur montant total s'élève à 112 240 366 € TTC. Ce montant n'inclut ni

⁷ Indexés sur l'Euribor 6 mois (emprunt classé 1 A dans la charte Gissler).

⁸ Indexés sur le Livret A (emprunt classé 1 A dans la charte Gissler).

⁹ L'établissement a souscrit en 2008 auprès de Dexia un emprunt structuré pour une durée de 15 ans et pour un montant initial de 4,8 M€. Les caractéristiques de cet emprunt indexé sur le change USD/CHF le classifie parmi les plus risqués dans la catégorie F6, hors du champ de la charte Gissler dite de bonne conduite. Le début de la phase à risque est intervenu en juillet 2011 dans une conjoncture défavorable, ce qui a conduit l'établissement à recourir aux conseils d'un consultant externe en 2012 et à envisager la sécurisation de ce produit. Les propositions de sortie du dispositif offertes par Dexia dans ce cadre, trop coûteuses, n'ont pas été suivies. Toutefois, l'établissement indique avoir sécurisé et renégocié cet emprunt en 2014 auprès de la CAFFIL, sans pénalités mais avec la contrepartie d'un emprunt complémentaire. L'encours a été repris dans le nouveau contrat pour un montant de 3 256 566 € avec la même durée d'amortissement (9 ans restant à courir) sur la base d'un taux fixe à 4,54 %. Le nouvel emprunt souscrit est destiné à financer la partie des investissements hors PSO prévue dans le programme pluriannuel d'investissement de l'établissement (pour un total de 14 M€). Il est à un taux fixe de 3,1 % sur une durée de 15 ans avec un amortissement progressif. La charge totale en intérêts *in fine* sera de 2,1 M€.

le marché d'appui à la définition de scénarii pour la localisation des fonctions techniques, logistiques et administratives du PSO non encore conclu, ni les trois contrats d'expertise en vue de soumettre le futur hôpital au projet Prebat¹⁰ de l'ADEME.

Si l'incidence financière des avenants des marchés produits ne bouleverse pas l'économie générale du projet pris dans sa globalité puisqu'ils ne représentent qu'un surcoût de 1 %, la situation est variable selon les marchés. Ainsi, les 3 avenants du marché de conception-réalisation n'augmentent le montant total dudit marché que de 0,9 % ; cette augmentation est, en revanche, de près de 16 % pour ce qui concerne le marché d'assistance technique à la maîtrise d'ouvrage volet « haute qualité environnementale » (HQE) d'un montant modeste de 214 830 € TTC.

La chambre relève que les changements à intégrer par le concepteur-réalisateur ont été suffisamment circonscrits pour ne pas exposer le CHGM à un fort risque d'indemnisation : d'après le contrat, l'indemnisation du concepteur-réalisateur est prévue en cas de changement dans le projet s'il subit un préjudice, soit du fait de l'augmentation ou de la diminution de la masse des études et travaux si elle est supérieure à l'augmentation/diminution limite définie au quart de la masse financière initiale, soit en cas de changement dans l'importance des diverses natures d'ouvrage, avec une quantité différente de plus d'un tiers en plus ou de plus d'un quart en moins.

Si postérieurement à la signature du marché de conception-réalisation, le projet avait dû être abandonné, le CHGM aurait dû indemniser le groupement pour un montant pouvant atteindre jusqu'à 5 % du montant initial HT du marché, soit un montant de près de 4,9 M€.

b - Le marché de conception-réalisation

Le CHGM a opté pour un marché de conception-réalisation. Ce type de marché est défini à l'article 37 du code des marchés publics comme un marché de travaux qui permet au pouvoir adjudicateur de confier à un groupement d'opérateurs économiques une mission portant à la fois sur l'établissement des études et l'exécution des travaux dès lors que des motifs d'ordre technique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage. Comme le souligne la doctrine, « son intérêt réside dans sa globalité permettant de définir et de "fixer" le coût final de l'ouvrage dès la désignation de l'architecte, et de réduire les délais de réalisation de l'opération, sur la base d'un programme détaillé élaboré »¹¹.

L'unicité du contrat facilite la gestion administrative et permet un meilleur contrôle des défaillances ; l'engagement précoce des acteurs, l'existence d'un interlocuteur unique au sein du groupement et l'arbitrage interne au groupement entre le maître d'œuvre et l'entrepreneur favorisent une meilleure maîtrise du projet en termes de coûts, délais et programme ; l'enchaînement rapide entre les phases permet un raccourcissement du délai de réalisation des opérations de construction.

Il est cependant nécessaire que la maîtrise d'ouvrage dispose d'une « organisation adaptée, avec une gestion de projet forte et réactive, soutenue par un assistant au maître d'ouvrage pertinent »¹² et qu'elle ait engagé une réflexion préalable approfondie sur le choix du montage.

¹⁰ Le programme de recherche et d'expérimentation sur l'énergie dans le bâtiment (Prebat) est une démarche nationale de l'ADEME visant à développer, outre une dimension de recherche, un processus d'identification et de soutien aux bâtiments neufs ou réhabilités très performants, afin d'en démontrer la faisabilité et d'expérimenter les bâtiments aux normes de demain.

¹¹ Voir notamment le document rédigé par l'ANAP intitulé « Rédiger un marché de conception-réalisation. Démarches et pratiques organisationnelles », 2012, p. 3.

¹² Sandrine Thuillier, in « Rédiger un marché de conception-réalisation », op. préc., p. 4.

1) La procédure de passation

Le CHGM a décidé de recourir à un appel d'offres restreint à cinq candidats en juin 2010. La procédure de passation a été suffisamment maîtrisée pour que les actions contentieuses introduites par deux candidats évincés n'aient pas prospéré.

En application des critères de choix jugés appropriés aux spécificités et à la technicité du marché, une offre s'est avérée la mieux-disante, alors même qu'elle était supérieure de près de 6 M€ à celle portée par une autre société.

2) L'exécution

Le guide de l'ANAP met l'accent sur une centaine de points de vigilance auxquels le maître d'ouvrage doit veiller lorsqu'il passe un marché de conception réalisation.

La vérification de la correspondance entre les stipulations du contrat de conception-réalisation et les préconisations de l'ANAP témoigne de ce que le CHGM a été attentif à suivre la plupart de ces recommandations pour réduire les risques de surcoût, de malfaçons et de retards dans l'exécution des travaux. Quand il s'en est écarté, il l'a fait le plus souvent avec discernement. Ainsi, alors que l'ANAP recommande de ne pas distinguer une tranche ferme « études » et une tranche conditionnelle « travaux », le CHGM a opéré cette distinction, en prenant soin de prévoir dans le CCAP qu'au cas où la tranche conditionnelle ne serait pas affermie, le titulaire ne percevrait aucune indemnité.

La chambre relève néanmoins que l'absence de clause garantissant la possibilité de modifier, sans conséquence financière, des petites parties du projet pourrait aboutir à alourdir le coût du projet, via des avenants au contrat initial.

Certaines clauses d'autres marchés annexes au marché de conception-réalisation auraient gagné à être mieux rédigées par le CHGM. Ainsi, l'application des pénalités de retard prévues par l'article 9 du CCAP de la mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage semble difficile à mettre en œuvre dans la mesure où si l'article 9 énonce que « *la pénalité est égale à la valeur de la prestation en retard* », lesdites prestations ne sont pas toutes individualisées avec leur délai de réalisation. Le CHGM peut s'exposer à des risques de contestation en cas d'application de pénalités de retard non précisément prévues.

B - Les risques financiers en phase d'exploitation du futur hôpital

Le poids de la dette va peser sur les finances de l'établissement qui devra également intégrer les coûts d'exploitation de la nouvelle structure et adopter, dans l'attente, une démarche très prudente en termes de dépenses. D'après les projections effectuées en septembre 2014 par un cabinet d'audit, le budget annuel de fonctionnement du futur hôpital oscillerait entre 90 et 120 M€ sur les 15 années suivant son ouverture.

1 - L'endettement

L'établissement a prévu un flux d'investissement avec une montée en charge progressive. L'effort le plus conséquent devrait porter sur l'exercice 2017 avec 50 M€ de réalisations prévues pour le PSO* et, dans une moindre mesure, sur l'exercice 2018.

Les flux d'investissement et de financement ont été planifiés selon le même rythme avec la mobilisation d'emprunts dès 2014 (pour un montant de 2,7 M€) et une accélération à partir de 2015.

L'endettement croissant dans le cadre de la mise en œuvre du projet devait impliquer, selon l'estimation du CHGM, une annuité maximale de plus de 17 M€ sur l'exercice 2020, sans compter les annuités résultant des emprunts contractés antérieurement. Selon les données fournies en 2016, l'annuité maximale portera sur l'exercice 2020 mais ne sera que de 4,5 M€. En effet, l'établissement indique avoir abandonné, par suite de l'accompagnement obtenu dans le cadre du COPERMO, l'emprunt relais à l'origine d'un remboursement anticipé sur cet exercice.

Ce montage financier fait peser des risques quant à la capacité de l'établissement à supporter le coût de son endettement, si tant est qu'il accède aux emprunts encore nécessaires dans un contexte bancaire relativement frileux. Selon l'ordonnateur, l'établissement a « *identifié et limité ce risque en recourant à une stratégie de limitation du recours à l'emprunt pour le PPI hors nouvel hôpital* », l'objectif étant identique en ce qui concerne le nouvel hôpital, bien que le financement concernant le plan d'équipement ne soit pas arrêté. Enfin, dans le but d'éviter la souscription programmée en 2018 d'une ligne de trésorerie, l'établissement a engagé un travail de fond sur les créances, dans le cadre de la certification des comptes, avec pour objectif l'optimisation du besoin en fonds de roulement.

Les données provisoires de 2015 montrent une situation conforme aux prévisions avec un encours de la dette de 16,8 M €, un taux d'endettement de 16,7 % et un taux d'indépendance financière de 18,9 %. Pour les exercices postérieurs, selon les indications figurant dans l'EPRD/PGFP transmis en 2016 par l'ordonnateur à l'ARS OI, le taux d'endettement sera de 71,9 % en 2017 et, au maximum, de 77 % en 2018.

2 - La situation financière

a - Les charges

Les documents prévisionnels de planification du futur hôpital montrent que l'établissement a tablé sur une réduction du rythme de progression des dépenses de personnel jusqu'en 2015, puis une augmentation annuelle de 1,6 % entre 2016 et 2017. L'accroissement devrait être plus marqué en 2018 compte tenu des recrutements nécessaires pour répondre à l'augmentation des capacités. Au-delà de 2018, la croissance prévisionnelle devrait rester limitée à 1,6 % par an.

Tableau n° 3 - Planification de l'évolution des charges de personnel entre 2012 et 2021 (en €)

Titre 1 - Charges de personnel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	58 662 611	60 468 172	61 735 663	62 418 634	63 417 332	64 432 009	68 351 844	69 445 473	70 556 601	71 685 506
<i>Evolution annuelle</i>	3,9%	3,1%	2,1%	1,1%	1,6%	1,6%	6,1%	1,6%	1,6%	1,6%

Source : CHGM.

En ce qui concerne les charges à caractère médical et charges à caractère hôtelier et général, l'évolution annuelle prévisionnelle est limitée à + 1 % sur les exercices 2014 et suivants, sauf en 2018 qui devrait voir un accroissement des charges de 20 %.

En parallèle, la croissance des recettes d'activités est fixée à 1,5 % sur la période 2013-2017 avec une montée en charge progressive, liée aux nouvelles capacités et lissée sur 5 ans à compter de 2018.

Les options retenues par l'établissement consistent donc en une progression quasi-linéaire des dépenses, qui apparaît optimiste au regard des difficultés de maîtrise de ces mêmes dépenses sur les cinq exercices antérieurs. Des dérapages ont été constatés en matière de dépenses du personnel entre 2008 et 2012, malgré les engagements pris par l'établissement dans le cadre du

contrat de retour à l'équilibre 2008-2010 signé avec l'ARH en décembre 2008¹³. Le maintien d'une progression à 1,6 % paraît, par conséquent, peu soutenable et ne pourrait se faire qu'au prix de la maîtrise des dépenses de fonctionnement.

Cette prévision se heurte à une réalité bien différente. En effet, sur l'exercice 2014, les charges relatives au personnel ont atteint 64,8 M€, soit une augmentation de 7,2 % au lieu des 2,1 % ciblés. En 2015, selon les données provisoires, les charges de personnels atteignent 67,3 M€ au lieu des 62,4 M€ prévus, soit une progression de près de 3,9 % par rapport à 2014 et un écart de 7,9 % par rapport au montant prévisionnel. Ces dérapages préjugent mal d'un maintien du cap initial – sauf à sérieusement diminuer le volume des remplacements. L'ancien directeur imputait l'augmentation observée en 2014, d'une part, à l'échec de la lutte contre l'absentéisme, d'autre part, à la remise à niveau des comptes épargne-temps notamment des personnels médicaux.

La chambre prend acte qu'aurait été mis en place fin 2015 un plan de maîtrise de la masse salariale incluant la réorganisation managériale (horaires, cycles, plannings) et celle des services, avec pour objectif de limiter cette charge à 70,7 M€ en 2020. Elle est toutefois réservée sur cette projection qui ne prend pas en compte les éventuelles mesures catégorielles, dont certaines sont applicables dès 2016 – tel le protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations dit PPCR.

La chambre recommande donc au CHGM de poursuivre ses efforts sur la maîtrise des charges de personnels, le cas échéant, en élargissant les missions du contrôleur de gestion pour englober la responsabilité d'aide au pilotage de la masse salariale.

b - Les ressources

L'établissement a envisagé les recettes dans des proportions pouvant être considérées comme raisonnables et tenant compte de la croissance globalement dynamique de l'activité hospitalière à La Réunion et des efforts d'amélioration du codage en cours. Dans son rapport de 2013, l'ARS estime que ces recettes « *paraissent recevables et permettent d'envisager chaque année des résultats excédentaires, avec un taux de marge brute supérieur à 6 %* ». L'établissement dispose, en outre, d'une certaine marge de manœuvre en termes de qualité de gestion et de recouvrement des créances par rapport aux exercices antérieurs à 2013.

Dans son étude de septembre 2014, le cabinet d'audit sollicité par le CHGM admet que les prévisions sont correctes pour les premières années. Il pondère toutefois les évolutions prévues en relevant que sur 2018 la baisse d'activité liée au déménagement a été ignorée, que l'effet induit par la baisse des tarifs doit être pris en compte en pondération de la croissance des produits hospitaliers sur les exercices postérieurs et que la tendance d'évolution des dotations MIGAC devrait être à la baisse comme constatée sur les derniers exercices. Dans ses projections, le cabinet retient la date d'ouverture du futur hôpital en septembre 2018 et table sur une montée en charge « rapide » avec un taux de remplissage de 50 % pour les nouvelles activités au cours de l'année précitée. L'établissement confirme ses perspectives en prévoyant une date d'ouverture en août 2018 ; elle livre une nouvelle projection sur les produits de l'assurance maladie, en fixant ces derniers à 83 M€ en 2017 contre 72 M€ dans les prévisions initiales, et prévoit une progression de 1,5 % entre 2017 et 2018.

Sans tenir compte de l'emprunt supplémentaire nécessaire, le cabinet d'audit entrevoit, dans son test de sensibilité, une situation très tendue dès l'exercice 2018 malgré une trésorerie positive, en prenant comme postulat un niveau de charges du personnel fixé à 61,7 M€ en 2014.

¹³ Ce contrat prévoyait des engagements s'étendant jusqu'à 2012, en ce qui concerne le résultat d'exploitation et le taux d'évolution des charges.

Sur la base d'une évolution constante à 2 % des charges de personnels le test de sensibilité indique des difficultés de trésorerie dès l'exercice 2018 qui devraient s'aggraver entre 2020 et 2022 et qui sont estimées jusqu'à - 10 M€. L'évolution effective de ces charges constatées en 2014 et 2015, très au-delà des prévisions, accroît sérieusement les risques. Le retard de livraison du futur hôpital amodie les simulations.

La chambre invite l'établissement à mettre à profit ce délai pour poursuivre les ajustements nécessaires en matière de dépenses et de ressources.

IV - LES RISQUES TECHNIQUES ET CEUX LIES A LA MUTUALISATION

Les principaux points de vigilance et risques techniques attachés à ce programme d'investissement ont été ciblés dès novembre 2009 par l'ARH dans ses réserves émises sur le projet du futur hôpital¹⁴ et repris par l'ARS dans son rapport d'analyse du projet d'avril 2013.

Tableau n° 4 - Points de vigilance et risques évoqués par l'ARH et l'ARS (hors financement)

Réserves émises par l'ARH en 2009	Risques évoqués par l'ARS en 2013
<u>Compléments à apporter au dossier :</u> - projet médical commun CHGM-EPSMR - projet de coopération CHGM-EPSMR (volets organisationnel et social) et incidences sur le programme des surfaces et sur les coûts de fonctionnement - études sur les hypothèses d'évolution d'activité (et de montée en charge) compatibles avec le projet médical et l'activité constatée ces dernières années afin de confirmer les capacités retenues dans le PTD <u>Observations sur le dossier :</u> - accessibilité au site : poursuivre les travaux engagés avec les gestionnaires de voirie et de transports en commun - opérateurs privés : engagements AURAR (dialyse) et ASDR à confirmer (location locaux) - réserves du programmiste quant à l'estimation (sismicité, nature terrain) à lever - se conformer aux capacités déjà actées par l'ARH (courrier du 29 juillet 2009) - se conformer aux ratios MAINH pour le dimensionnement des services suivants : hospitalisation obstétrique, urgences, bloc opératoire, bloc obstétrical, consultations, stérilisation, pharmacie, services techniques, locaux techniques - le passage de 265 à 294 lits et places devra se faire par doublage des chambres à un lit existantes - optimiser le dimensionnement du bloc opératoire, conformément aux conclusions Horizon Bloc et aux prévisions d'activités à étudier - le PGFP présenté prévoit une situation à l'équilibre mais le coût de l'opération doit être revu pour tenir compte des observations sur le planning et sur les surfaces.	Les principaux risques tiennent à la maîtrise du coût des investissements et au respect par l'établissement des hypothèses d'évolution budgétaire pluriannuelle. A l'analyse, l'ARS lève les principaux risques identifiés : - risque lié à la maîtrise du projet : la procédure de conception-réalisation impose de bien maîtriser les demandes d'évolution de programme ; l'établissement s'est entouré des assistances à maîtrise d'ouvrage - risque organisationnel et humain : forte mobilisation de la communauté hospitalière dans son ensemble, qui adhère aux choix organisationnels et aux impératifs de rationalisation des organisations ; adhésion des instances de l'établissement - risque technique : il s'agit d'une construction neuve sur un site inoccupé. De nombreuses études avant travaux limitent les risques techniques (loi sur l'eau, étude d'impact, sondages de sol).

Source : CRC à partir des lettres de l'ARH et de l'ARS.

Fin décembre 2015, alors qu'ont commencé les premiers travaux de terrassement sur la parcelle d'assiette du projet¹⁵, un certain nombre d'incertitudes administratives et techniques demeurent.

¹⁴ La totalité de ces réserves devait être levée dans le dossier de demande de subvention prévue dans la deuxième tranche du plan hôpital 2012.

¹⁵ Le PRO a été signé le 8 septembre 2015 pour un démarrage des travaux le 22 septembre 2015.

A - Le permis de construire et ses réserves

a - Un premier permis de construire accordé par une autorité incompétente

Le dossier de demande de permis de construire a été déposé en août 2014 auprès des services de la commune de Saint-Paul, après que le CHGM et le concepteur-réalisateur ont revu leur copie et présenté un deuxième avant-projet sommaire pour tenir compte de l'obligation de réduire la surface des locaux imposée par le COPERMO en juillet 2013.

L'édiction de ce permis a été l'objet d'un désordre administratif : le maire de Saint-Paul a accordé une première autorisation de construire en décembre 2014, alors qu'il n'était pas compétent.

L'État est en effet seul compétent pour délivrer les autorisations d'urbanisme des établissements publics de santé en application des dispositions combinées de l'article L. 422-2 du code de l'urbanisme et de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique.

Le préfet a pris fin mars 2015 un arrêté accordant au nom de l'État le permis sollicité. Son arrêté doit par suite être regardé comme abrogeant implicitement mais nécessairement le permis de construire accordé au nom de la commune de Saint-Paul.

Si la responsabilité de l'édiction à tort du permis initial incombe principalement au maire, le maître de l'ouvrage et son assistant technique ont également fait preuve d'un manque de vigilance. Le premier avait, en effet, une obligation de résultat, « *en particulier en terme d'obtention sans suspension des permis de construire et autres autorisations administratives nécessaires, purgées des recours administratifs et de ceux des tiers* »¹⁶, tandis que le second devait « *s'assurer du respect des procédures et des délais de dépôt et d'instruction des différentes autorisations* » et « *vérifier les dossiers de permis de construire... avant leur dépôt par le maître d'ouvrage* » ainsi que le « *bon déroulement de l'instruction des permis* »¹⁷.

b - Un permis de construire accordé sous réserves

Le permis de construire accordé par le représentant de l'État est assorti de diverses prescriptions à respecter.

Un certain nombre de celles-ci concernent des démarches à effectuer, postérieurement à la réalisation des travaux, auprès de différentes instances décisionnelles ou consultatives. Il en va ainsi de la plupart des prescriptions émanant du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) - relatives à la saisine obligatoire de la commission de sécurité un mois avant l'ouverture de l'établissement et à la mise en place d'un service sécurité incendie au sein de celui-ci¹⁸ -, de l'architecte des bâtiments de France - qui rappelle sa présence impérative lors du contrôle de la conformité des travaux - ou encore d'EDF - qui souligne la nécessaire extension de réseau avec un branchement de 1000 KVA.

Certaines autres prescriptions emportent des contraintes directes de construction ou d'agencement des équipements - telles les prescriptions de la commission d'accessibilité d'arrondissement Ouest relatives à l'ouverture automatique des portes coulissantes du futur bloc obstétrical ou celles de la DAC OI relatives aux modalités de restauration des anciens bâtiments du domaine de La Poncetière.

¹⁶ En vertu de l'article 2.4 du CCAP applicable au marché de conception-réalisation.

¹⁷ En vertu des articles 4.1 et 4.2.3 du CCTP de la mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage.

¹⁸ Qui rejoint la prescription de la Créole de prévoir un réseau incendie dédié.

L'ensemble de ces réserves peut être levé sans modifier le projet initial autorisé dans le permis de construire, en respectant les prescriptions énoncées. Le nombre de lits autorisé constitue un point de fragilité dans cette opération

En effet, le permis répond à une demande de « *réalisation d'un pôle sanitaire de 310 lits en lisière de l'agglomération* ». Or, le CHGM a indiqué en 2016 que le futur hôpital comprendra seulement 275 lits. Si cette précision permet de considérer le nombre de places de stationnement prévu comme suffisant¹⁹, elle requiert le dépôt d'un permis modificatif que le CHGM envisage de programmer « *au plus tard fin 2016/début 2017* ».

B - La desserte du futur hôpital

Concomitamment à son approbation de principe du projet de délocalisation du CHGM, en novembre 2009, l'ARH émettait une réserve quant à l'accessibilité au site et incitait à « *poursuivre les travaux engagés avec les gestionnaires de voirie et de transports en commun* ». Or, en mars 2015, le CHGM n'avait pas achevé son « plan de déplacement administrations » ; fin décembre 2015, ses échanges avec les collectivités compétentes en matière de voirie et de transports n'avaient pas encore donné lieu à des engagements fermes de dessertes à la fois proches et directes, malgré les réunions de concertation organisées depuis 2010.

1 - Les accès routiers

Dès 1997, le conseil d'administration du CHGM adoptait le principe d'une délocalisation « *à proximité d'un axe routier rapide* ». La localisation dans le secteur de Cambaie présentait l'avantage d'être « *accessible aisément de l'ensemble des points du territoire Ouest par sa situation en proximité de la 4 voies (axe routier principal Nord-Sud de l'île) et facilitant ainsi les transferts secondaires vers les plateaux techniques de recours régional géré par le CHU de La Réunion sur les territoires Nord-Est et Sud.* », comme le résume le rapport de présentation et analyse du projet présenté par l'ARS au COPERMO en juillet 2013.

a - L'absence de liaison directe actuelle de la RN1 au futur hôpital

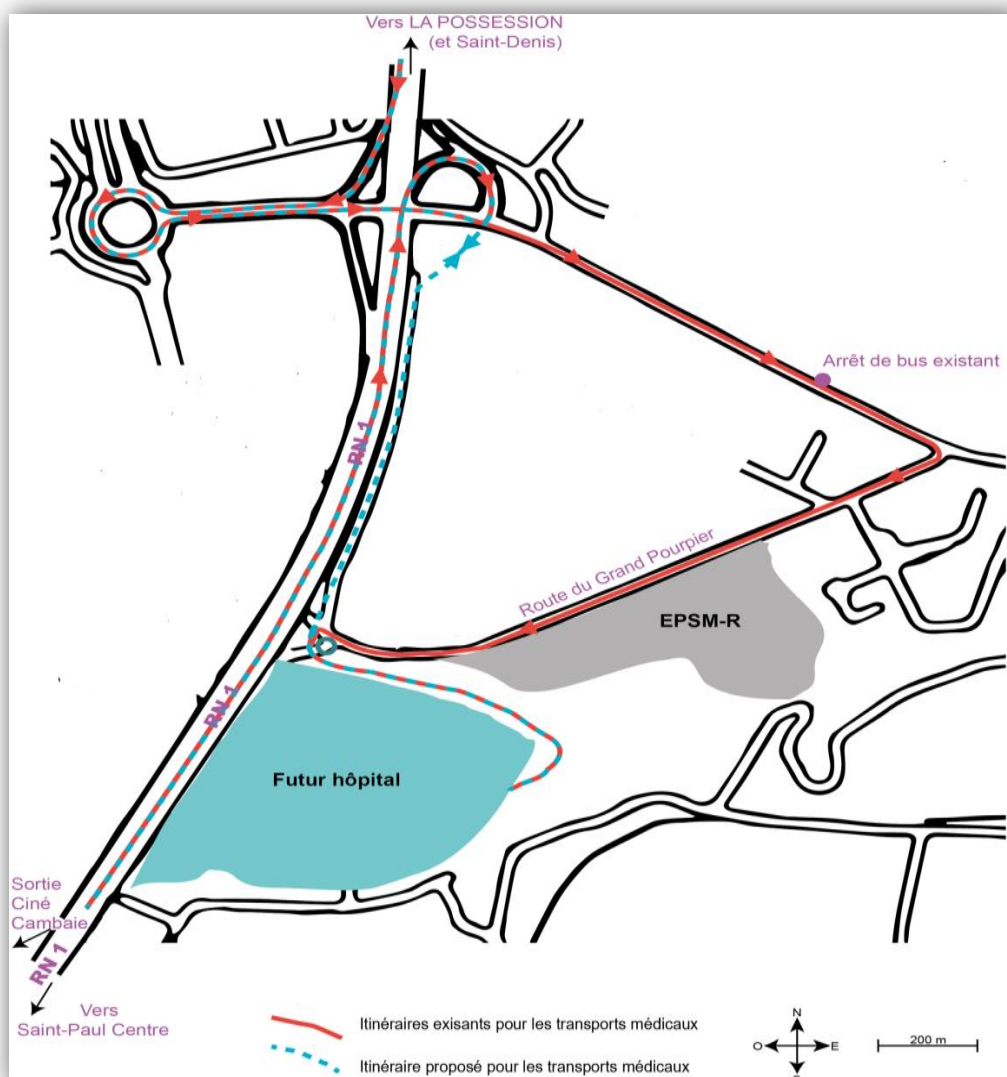
Actuellement, aucune liaison directe avec le futur hôpital n'existe pour les véhicules circulant en provenance de la route nationale 1 (RN 1), alors que l'emprise du terrain d'assiette des bâtiments jouxte cette dernière. Trois possibilités peuvent être envisagées pour en faciliter l'accès :

- 1^{ère} solution : la création d'une voie de dégagement depuis la RN1 dans le sens Saint-Paul => Saint-Denis, avec une sortie dédiée permettant un accès direct au futur hôpital ;

- 2^{ème} solution : pour les personnes arrivant de Saint-Denis, la réalisation d'un giratoire au droit de l'échangeur de Cambaie, de l'autre côté du pont surplombant la RN1, avec une voie d'accès direct au futur hôpital longeant la RN1, comme retracé dans la carte ci-après :

¹⁹ En vertu de l'article 12-2 du titre II du règlement du plan local d'urbanisme de la commune de Saint-Paul, il faut deux places de stationnement par lit d'hôpital. Le projet prévoit 564 places de stationnement, ce qui est suffisant pour 275 lits mais pas pour 310.

Carte n° 1 - Giratoire envisagé pour fluidifier les flux médicaux vers le futur hôpital depuis Saint-Denis



Source : chambre régionale des comptes.

D'après l'ancien directeur de l'hôpital, il était envisagé qu'une bretelle d'accès direct à l'établissement soit créée après le pont qui enjambe la RN1 et soit opérationnelle lors de l'ouverture au public.

La région a commandé en 2015 une étude en vue de l'aménagement du carrefour existant à côté de la RN1 en face de l'échangeur de Cambaie « afin de permettre une fluidification du trafic et de créer les accès au Pôle sanitaire Ouest ». Le projet incorpore la possibilité d'un futur accès direct vers le PSO depuis le giratoire. Cependant, la région estime ne pas être « directement concernée en premier lieu par le projet du PSO puisque celui-ci est implanté en bordure d'une voie communale et desservi par celle-ci ». Quant à « l'accès direct souhaité par la RN1 (bretelle de sortie, voire d'entrée), [il] devrait faire l'objet d'études complémentaires en fonction de l'implantation précise du PSO, des dessertes de transport en commun envisagées... : il est donc actuellement trop tôt pour se prononcer sur cet accès (par ailleurs non indispensable) ». Pour la région Réunion, les porteurs du projet du futur hôpital seraient déçus pour ne pas avoir mené d'étude de faisabilité technique, foncière et financière. Quant

au Territoire de la Côte Ouest (TCO), il souligne que les parcelles en bordure de RN1 sont en partie des propriétés privées qui *« nécessiteraient des acquisitions forcées, coûteuses et non réalisables dans le délai de mise en service du PSO »*. Il estime aussi que le choix de cette hypothèse remettrait en cause la troisième solution qu'il porte.

- 3ème solution : la création d'un franchissement - aérien ou souterrain - de la RN1 entre le futur hôpital et la future éco-cité²⁰. Une étude préliminaire partenariale devrait démarrer fin juillet 2016. Mais, comme l'indique le TCO, cette proposition permettrait de créer une desserte cohérente avec le développement de l'éco-cité seulement « à moyen terme » - ce qui laisse entière la problématique d'un accès direct concomitant au déroulement des travaux ou à la mise en service du futur hôpital.

La multiplicité des partenaires institutionnels impliqués dans la réalisation d'une voirie routière de desserte (TCO, région, département, commune de Saint-Paul et CHGM) est à souligner. La chambre invite le CHGM et ces collectivités à poursuivre les échanges qui ont été réactivés au cours du premier semestre 2016.

b - La nécessité d'une desserte facilitant l'accès de la RN 1 au futur hôpital

1) Lors de sa construction

Compte tenu du *statu quo* actuel, les entreprises qui effectuent les opérations lourdes de travaux de construction du futur hôpital doivent sortir de la RN1 à Cambaie et emprunter un itinéraire (RD2) qui longe des maisons d'habitation ainsi que l'EPSMR ; le directeur de cet établissement s'est déclaré inquiet des fréquents passages de camion pour la sécurité de ses patients qui peuvent quitter librement son établissement en journée. D'après l'étude de trafic effectuée par le cabinet Ingénierie Sécurité routière en mars 2010²¹, à la demande du CHGM, il était prévu, en phase travaux 80 camions par jour et 100 véhicules particuliers.

L'actuel directeur du CHGM a indiqué avoir financé un aménagement provisoire sur cette voie avec deux lieux de dégagement latéraux pour permettre à deux camions de se croiser.

2) Lors de son exploitation

La facilitation de l'accès depuis la RN1 est d'autant plus nécessaire que selon les prévisions de trafic effectuées en mars 2010 par le cabinet précité, 75 % des personnels de l'EPSMR et du futur hôpital et 75 % des visiteurs du futur hôpital viennent du littoral (contre 25 % des hauts).

Dans cette étude, le cabinet préconisait la réalisation d'un carrefour giratoire : *« cette solution permettra de créer une voie nouvelle le long de la RN1, pour desservir directement les urgences du PSO. »* Il souligne que le problème de la desserte routière sera encore plus prégnant lors de la mise en service du nouvel hôpital avec les hypothèses suivantes prises pour les calculs de projection de trafic : *« 350 lits pour le CHGM et 161 lits pour l'EPSMR ; le personnel du CHGM à l'ouverture est de 1070 personnes ; le personnel de l'EPSMR est de 780 personnes ; le nombre de passages annuels aux urgences est de 38 000 ; le nombre de visiteurs journaliers est*

²⁰ Les documents de planification de la commune de Saint-Paul prévoient un glissement du centre-ville qui va s'éloigner du cœur historique siège de l'hôpital actuel pour se fixer dans la zone de Cambaie, où un projet d'éco-cité est censé voir le jour de l'autre côté de la RN1 en regard de l'hôpital.

²¹ Qui est toujours d'actualité faute d'étude plus récente.

de 500 véhicules répartis sur 5 heures ; le plus gros trafic dû au personnel est prévu entre 7h et 9h le matin ; le plus gros trafic dû au personnel est prévu à 16h le soir ». En 2014, certaines de ces données ont été revues à la hausse : 1150 emplois sur le futur hôpital, sans compter le projet de clinique privée, 50 000 passages/an aux urgences, 80 000 consultations/an, 60 véhicules pour la logistique, 800 personnes/jour pour l'EPSMR.

Faire passer l'ensemble des véhicules de secours, des patients et des professionnels sur la même voie relativement étroite qui dessert deux établissements de soins pourrait comporter un risque pour la fluidité et la sécurité routières. L'absence d'un accès direct par une voie rapide paraît contraire à l'objectif même d'un établissement hospitalier qui est d'apporter des soins dans les meilleures conditions, notamment de rapidité.

c - La question du portage financier

La prise en charge financière des nouveaux accès n'est pas encore réglée. A l'issue d'une réunion d'avril 2014 entre la région et le CHGM, il est noté que *« la réalisation de ces accès resterait à la charge du PSO sous le contrôle des services de la région. »*. En septembre 2015, la région a confirmé qu'*« un accès direct et/ou un accès chantier pour le projet PSO... resteraient en théorie à la charge du projet PSO »*.

Le sujet n'a, depuis lors, pas avancé – l'actuel directeur ayant cependant écrit en novembre 2015 aux trois partenaires institutionnels que sont la région, le département et le TCO.

La prise en charge par l'hôpital d'un aménagement de voirie classique semble, selon la chambre, délicate sauf s'il s'avérait qu'une partie de l'assiette de celle-ci n'était pas la propriété d'une collectivité publique.

2 - La desserte par les transports en commun

Pour les personnes tributaires des transports en commun, qui sont encore nombreuses dans l'Ouest²², un seul arrêt de bus dessert actuellement le secteur : il se situe au Nord de l'EPSMR. Compte tenu de la distance d'environ 1 km existant entre cet arrêt et l'accès au futur hôpital, un autre arrêt est envisagé à l'entrée de la parcelle. Le centre hospitalier a indiqué avoir effectué une réserve foncière à cette fin.

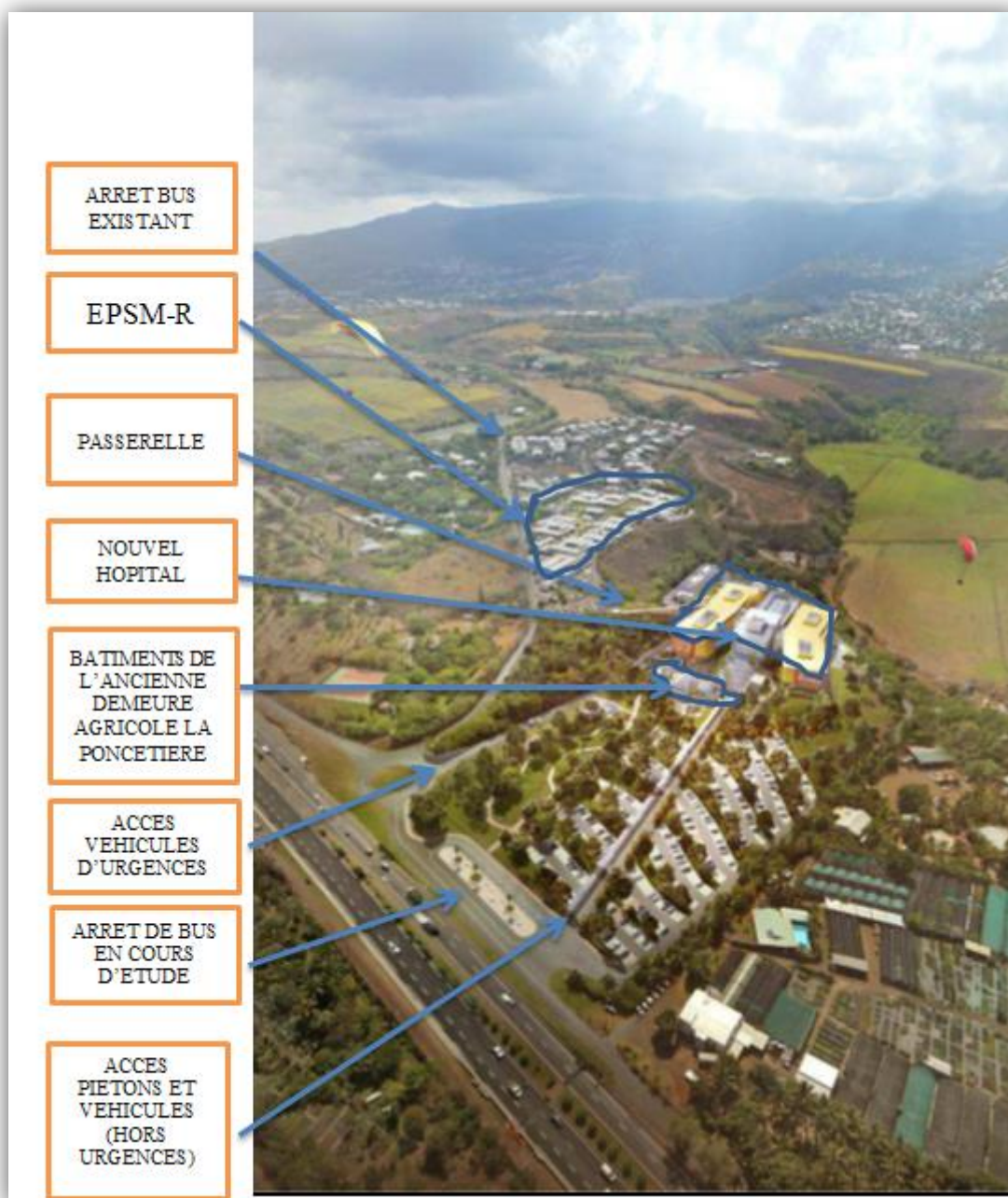
Les négociations n'ont cependant pas encore été concrétisées avec le TCO, responsable des lignes urbaines Kar'Ouest, même s'il déclare qu'une desserte du PSO est *« envisageable »* au moment de sa livraison. En mars 2015, le TCO a non seulement subordonné la création d'un arrêt de bus devant l'hôpital à la condition d'une réponse préalable en termes d'accès routier, mais a également émis des réserves quant au choix de l'emplacement de l'arrêt.

Le TCO ne semble pas avoir pris la mesure de l'ampleur du projet lorsqu'il écrit : *« Nous n'avons pas pour l'heure prévu que les bus, qui sont actuellement prévus sur la route RD2 fassent un détour pour rentrer dans le site au plus près de l'entrée principale... Il n'y a aucun accord ou conventionnement en ce sens ... Il faut comprendre que l'offre de transport en commun sera très élevée de l'autre côté de la RN1 (côté mer), alors qu'elle est (et restera) plus modeste côté montagne.... L'enjeu principal consiste donc à faire le lien entre le PSO et cette offre transports en commun côté mer au droit du PSO. Passerelle ? Navettes bus ? Cela reste à définir. »*

²² Le compte-rendu d'une réunion entre la région et le cabinet de conseil et ingénierie Ingérop datant de février 2014 insiste sur l'importance de la desserte en bus *« compte tenu du nombre de captifs sur le territoire »*. Dès 1999, le médecin en charge du service maternité insistait pour que les transports en commun utilisés par les consultantes soient réaménagés pour préserver un accès facile à l'hôpital (Diagnostic Hospiconseil p. 9).

L'absence d'étude lors de la conception du projet et de réflexion partagée entre le CHGM et le TCO en ce qui concerne la création d'un arrêt de bus de proximité illustre le manque de pilotage global de l'opération. Vu les choix opérés et l'avancement du projet, il apparaît délicat de revenir sur la localisation de l'arrêt de bus envisagé par le centre hospitalier devant l'entrée dédiée aux piétons et aux véhicules hors urgences. Le CHGM pourrait obtenir l'engagement du TCO que le futur arrêt soit situé à une distance de moins de 100 mètres de cette entrée.

Photographie n° 1 - Plan de situation du futur hôpital dans son environnement proche



Source : CRC d'après une photographie de la notice architecturale du projet.

La chambre invite le CHGM à engager une réflexion avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés sur la question de l'accès au futur hôpital.

C - L'intégration du futur hôpital dans une démarche de développement durable et de qualité environnementale

Le projet du futur hôpital est censé répondre à une double démarche écologique : une qui lui est propre devrait aboutir à ce que les futurs bâtiments intègrent une véritable qualité environnementale, l'autre exogène tient à leur localisation en regard d'une future éco-cité portée par la commune de Saint-Paul.

1 - Le projet global de développement urbain durable à long terme

Le projet d'aménagement et de développement durable de la commune de Saint-Paul cite comme action phare pour poursuivre le rattrapage en matière d'équipements « *la réalisation d'un pôle de santé Ouest au Grand Pourpier* ».

C'est pourquoi la commune a préempté en septembre 2013 une parcelle située à proximité immédiate du futur centre hospitalier en vue d'y réaliser un quartier mixte logements/équipements en lien avec la santé et d'assurer la liaison entre le futur centre hospitalier et la future éco-cité. Dans sa décision, elle envisage d'y accueillir des logements dont une partie pourra être destinée aux employés et visiteurs du site, un pôle médical en lien avec les prestations offertes par le PSO, des commerces et des services courants. Cette décision, contestée par les propriétaires de la parcelle, fait l'objet d'un contentieux administratif actuellement pendant.

2 - La très haute qualité environnementale à l'épreuve des difficultés de financement

a - La certification de la haute qualité environnementale des bâtiments

Le projet répond à des préoccupations écologiques : le marché de conception-réalisation intègre l'objectif d'atteindre une haute qualité environnementale, avec une certification HQE® à la clé.

La démarche de « haute qualité environnementale »

Elle suit un ensemble d'objectifs posés au moment de la conception, visant à approcher ou atteindre 14 cibles :

- cibles d'éco-construction : 1. Relation (harmonieuse) du bâtiment avec son environnement immédiat, 2. Choix intégré des produits, systèmes et procédés de construction ; 3. Chantier à faible impact environnemental ;
- cibles d'éco-gestion : 4. Gestion de l'énergie ; 5. Gestion de l'eau ; 6. Gestion des déchets d'activité ; 7. Gestion de l'entretien et de la maintenance (pérennité des performances environnementales) ;
- cibles de confort : 8. Confort hygrothermique ; 9. Confort acoustique ; 10. Confort visuel ; 11. Confort olfactif ;
- cibles de santé : 12. Qualité sanitaire des espaces ; 13. Qualité sanitaire de l'air ; 14. Qualité sanitaire de l'eau.

Pour respecter la « démarche HQE », le bâtiment doit atteindre au moins 7 cibles au niveau de base, 4 cibles au niveau performant et 3 cibles au niveau très performant.

L'établissement a obtenu la certification de l'organisme Certivea le 1^{er} avril 2016 au grade exceptionnel : 9 cibles sont jugées « très performantes », 3 atteignent le niveau « performant » et 2 le niveau de base.

b - Les difficultés de financement du volet supérieurement écologique des bâtiments

Pour atteindre un volet supérieurement écologique des bâtiments du futur hôpital, le CHGM a lancé trois initiatives :

- En sus du projet initial prévoyant l'installation de 330 m² de capteurs photovoltaïques pour couvrir une partie des consommations électriques, une avant-étude a été réalisée en novembre 2014 pour envisager la création d'une « ferme photovoltaïque ». Les hôpitaux font en effet partie à La Réunion des vingt plus grands sites consommateurs d'électricité. L'installation de panneaux voltaïques a été prévue sur une surface de près de 4 000 m² pour un coût d'investissement de 986 000 € : elle devrait permettre une production annuelle correspondant à la consommation de plus de 500 habitants et une économie sur 20 ans de 805 000 €.

Cependant, compte tenu de la baisse des tarifs de revente de l'électricité produite par le truchement des panneaux photovoltaïques et de l'allongement corrélatif du retour sur investissement, l'ancien directeur de l'hôpital subordonnait l'effectivité de ce choix à l'obtention préalable d'aides de la part tant de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) que du fonds européen de développement économique et régional (FEDER) afin de couvrir les trois-quarts des frais d'installation desdits panneaux. Le projet estimé « *pertinent à moyen terme* » par l'ADEME « *car il garantit une fourniture d'électricité verte à un coût qui sera plus bas que l'électricité du réseau* » n'a pas fait l'objet d'un dépôt de dossier.

- Le CHGM a demandé en décembre 2015 un soutien financier à l'investissement auprès de l'ADEME dans le cadre du programme de Recherche et d'Expérimentation sur l'Energie dans le Bâtiment (Prebat). L'objectif poursuivi est celui d'un bâtiment « basse consommation d'énergie » consommant entre 2,5 et 3 fois moins d'énergie que les bâtiments actuels. L'ADEME a indiqué qu'une convention était actuellement en cours de notification au CHGM pour un soutien de 615 000 €.

- Le CHGM a également sollicité de l'ADEME en mai 2016 l'obtention d'une aide dans le cadre de son « fonds chaleur » pour un projet moindre visant à mutualiser la production de chaud et de froid par des systèmes de pompes à chaleur couplées à une installation solaire. L'ADEME considère ce projet performant, innovant sur le territoire de La Réunion et pertinent pour le secteur hospitalier au regard des coûts d'exploitation constatés classiquement. Il pourrait aboutir à un financement de 200 000 à 400 000 € pour peu que le CHGM candidate au programme national Nouvelles technologies environnementales de l'ADEME²³.

L'équipement des futurs bâtiments en panneaux photovoltaïques, à l'instar de l'EPSMR dont les toitures en sont recouvertes, et en panneaux solaires n'est pas encore certain.

La chambre invite le CHGM à compléter les demandes d'aide déjà déposées et/ ou obtenues par celle relative à la ferme photovoltaïque.

²³ Ce projet ne pouvant pas être financé sur les lignes régionales.

D - La mutualisation des fonctions supports et administratives entre le CHGM et l'EPSMR

Les bâtiments du futur hôpital en construction ne comportent aucune surface administrative, technique et logistique, hormis en rez-de-jardin le poste central de sécurité, le standard, les archives, le service biomédical, celui de gestion des déchets et la cuisine relais et au rez-de-chaussée, le bureau des entrées et admissions.

La proximité de l'EPSMR a été un élément fort de motivation pour le choix du site d'implantation du futur hôpital, en vue de la mutualisation d'un certain nombre de services au sein d'un pôle sanitaire unique.

L'établissement public de santé mentale de La Réunion est spécialisé en psychiatrie - un domaine dans lequel le CHGM n'intervient pas ou seulement de manière marginale. Faire travailler ensemble ces deux établissements publics complémentaires et non concurrentiels présente des intérêts tant du point de vue médical que du point de vue administratif : cela permet non seulement de regrouper les fonctions support, afin d'optimiser les organisations et de réaliser des économies d'échelle, mais aussi de favoriser une réflexion commune sur les soins de manière à constituer un véritable pôle sanitaire de référence dans l'ouest.

En février 2010 a été signée entre le CHGM et l'EPSMR une convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire de l'ouest (GCS-GSO) ayant notamment pour objectifs « *la mise en place et le développement d'actions de coopération et de complémentarité dans les domaines de la gestion, de la logistique, de la technique, de l'information et des soins* » et « *la mise en commun de moyens – notamment de ressources humaines et de compétences* ».

En avril 2013, l'ARS relevait avec satisfaction l'engagement du CHGM « *depuis plusieurs années* » dans la mutualisation des fonctions supports et de direction avec l'EPSMR.

La concrétisation de ce rapprochement est cependant faible : l'unité de production alimentaire a été actée début 2013 entre les deux établissements, avec le centre hospitalier universitaire et au sein de celui-ci ; fin 2014 a été décidée l'intégration d'une cuisine-relais dans le futur hôpital au bénéfice du CHGM et de l'EPSMR ; les deux établissements externalisent la lingerie à un prestataire privé depuis 2010. Cette optimisation concertée de deux fonctions supports ne témoignent guère d'un travail des personnels en commun. Le CHGM a accepté d'accueillir au sein de ses futurs bâtiments la pharmacie (PUI) de l'EPSMR et de la regrouper avec la sienne propre ; il a tiré parti de la consigne de réduction de surface des locaux émise par le COPERMO pour, à l'invitation de l'ARS, supprimer l'espace de restauration initialement prévu en son sein à son usage exclusif afin de s'orienter vers un self-service partagé entre les deux établissements sur une zone tampon. Ces projets de regroupement ne verront le jour qu'à la livraison du futur hôpital. La chambre observe que le CHGM a engagé en mars 2016 une réflexion sur la localisation des fonctions « manquantes » ; elle pourrait donner lieu à un arbitrage à la fin de l'année 2016.

Il y a peu de traces tangibles et actuelles de rapprochement dans les personnels, les méthodes et les outils. Les directions communes constituées pour préfigurer l'intégration croissante des fonctions supports entre les deux établissements n'ont pas bien fonctionné ; le manque d'accompagnement et d'information sur le processus de rapprochement a engendré la réticence des personnels et leur crainte d'une fusion-absorption dissimulée²⁴ ; l'absence de dialogue au sein des deux établissements a entraîné un retard dans les rapprochements nécessaires de services administratifs ; la position de l'EPSMR sur la question de l'hébergement

²⁴ D'autant que le cabinet d'audit externe sollicité par le CHGM indiquait dans son rapport de juin 2011 : « *à terme, il est vraisemblable que l'intention de la tutelle soit de procéder à la fusion des deux établissements* ».

en son sein des fonctions administratives mutualisées va certainement nécessiter un amendement au projet et entraîner un coût supplémentaire. L'annonce de l'avènement d'une direction commune entre les deux établissements depuis le 1^{er} octobre 2015 apparaît bienvenue pour dynamiser le processus de rapprochement, mais laisse encore de nombreuses questions en suspens.

1 - Une amorce de rapprochement par la mise en place de directions communes

Dans un premier temps, il a été décidé de rapprocher à titre d'expérimentation certaines directions administratives existant dans chacun des deux établissements en vue de mutualiser les compétences et les moyens.

Les premières tentatives datent de 2011-2012. Elles ont concerné le service économique, le service travaux, le service qualité et la direction des ressources humaines pour le personnel non médical. Elles n'ont pas donné de résultats probants, ce qui a conduit à un retour en arrière. La mutualisation précipitée de la direction des ressources humaines s'est traduite par un manque de disponibilité et de présence du responsable commun aux deux établissements. Les services administratifs sont demeurés « dans leurs murs » et la mutualisation a seulement consisté dans le partage d'un directeur commun.

Fin décembre 2015, trois directions sont théoriquement mutualisées, mais selon des modalités, des degrés et des réussites divers : deux directions connaissent un rapprochement embryonnaire, tandis que l'une est beaucoup plus avancée dans la mise en commun des personnels et des méthodes.

Les directions à rapprochement embryonnaire sont :

- la direction des systèmes d'information : le directeur du service se partage entre les deux établissements qui conservent, chacun dans leurs murs, des équipes séparées et un système d'information distinct. S'agissant d'une direction technique, une plus forte intégration des personnels et des outils apparaît indispensable, en lien aussi avec la création d'un standard unique.

- la direction des soins : le directeur du service se partage également entre les deux établissements qui conservent chacun leur propre équipe. Compte tenu de la spécificité des activités de soins des deux établissements, il paraît difficile - et en tout cas pas prioritaire - d'aller plus avant dans le travail en commun dans ce domaine. Quant à l'existence d'un seul dirigeant pour « chapeauter » les soins des deux établissements, elle n'apparaît pas optimale dans la mesure où, à l'instar du directeur des ressources humaines, les personnels attendent un contact étroit et permanent avec lui. Il est à craindre que le problème rencontré avec la mutualisation de la direction des ressources humaines ne se réédite.

La direction des affaires financières est la direction la plus « intégrée », puisque le personnel issu des directions financières du CHGM et de l'EPSMR est regroupé sur un même site, distinct des deux établissements. Deux des trois départements qui composent la direction des affaires financières sont mutualisés : depuis avril 2015 pour le département en charge de l'élaboration du budget et de l'analyse financière, avec un expert recettes et un expert dépenses sur les deux établissements ; depuis octobre 2015 pour le département contrôle de gestion.

La chambre observe que l'ambition affichée de mettre en place des directions communes est demeurée inaboutie, en l'absence d'une véritable volonté partagée par les deux chefs d'établissement.

2 - La création du groupement de coopération sanitaire de l'Ouest (GCS-GSO)

La création du GCS-GSO en 2010 a été conçue pour favoriser le rapprochement des organisations et des moyens des deux établissements²⁵. L'article 3 de la convention constitutive dudit groupement précise qu'il « *a pour objet de favoriser l'utilisation mutualisée des moyens administratifs, techniques et logistiques des deux établissements de santé en vue d'une optimisation des diverses organisations, administratives, de soins, structurelles nécessaires au fonctionnement, ou encore des effectifs. [...] A cet effet, il organise et gère les processus clés suivants : la mise en place de directions fonctionnelles communes, un rapprochement des systèmes d'information, une cuisine centrale, les magasins alimentation et général, la pharmacie centrale, la sécurité des biens et des personnes, l'accueil, le standard, le service courrier, les services techniques, le service transport et le garage, les déchets, la reprographie, la morgue.* ».

Entre 2010 et 2014, les chantiers de mutualisation portés par le GCS-GSO ont peu évolué.

En février 2015, la convention constitutive du groupement a été modifiée, afin d'accélérer la mise en commun des moyens et des projets et de fluidifier le fonctionnement du groupement. Des quatre instances consultatives initialement créées – commission médicale, commission sociale, commission investissement, commission de soins infirmiers – seule est restée la commission sociale. L'objet du groupement a été étendu : il lui appartient de « *piloter les projets immobiliers, dont en premier lieu l'opération du PSO dans toutes ses dimensions, dans le cadre d'une structure de projet partagé* » et de « *définir un schéma managérial commun aux deux établissements dans l'optique d'une direction commune* ».

Une nouvelle fonction a été instituée, celle de directeur du GCS, choisi en accord par les directeurs des deux établissements. Ce directeur s'est notamment vu confier le pilotage du projet du PSO, avec pour mission de coordonner plusieurs « équipes projet » composées par des chefs de projet désignés conjointement avec les directeurs des deux établissements. Il lui revient d'élaborer un portefeuille de projets recouvrant l'ensemble des dimensions nécessaires à la préparation et à l'ouverture du nouvel établissement, de piloter l'opération de construction en assurant notamment le management opérationnel de l'équipe projet, en étant l'interlocuteur privilégié du groupement titulaire du marché de conception-réalisation et de l'ATMO et en mettant en œuvre un plan de communication destiné aux professionnels des deux établissements. Le directeur du GCS-GSO a distingué un portefeuille de 12 projets, outre le pilotage : immobilier et maintenance, équipement, achat, organisations des soins et biomédical, organisation logistique, schéma managérial commun, ressources humaines, système d'information, projet médical, communication, économie générale du projet et, pour finir, plan et conduite du transfert.

La désignation des directeurs de projet n'a pas été aisée, certaines mettant plusieurs mois à intervenir, tandis que des directeurs pressentis ont dû être remplacés

Les tableaux de bord d'avancement du projet PSO élaborés entre décembre 2014 et fin mai 2015 par le directeur du GCS-GSO témoignent de la situation de blocage du pilotage dudit projet. Il n'y a eu d'avancées significatives que pour trois projets :

- le schéma managérial commun, même si le directeur du GCS-GSO relève que les messages divergents en interne sur la localisation des fonctions administratives appellent à la vigilance et que la coopération avec l'EPSMR n'est pas promue explicitement par la direction du CHGM ;

²⁵ C'est un modèle désormais courant de coopération entre établissements de santé : selon le rapport d'activité 2012 de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), il y avait à cette date 491 GCS associant des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres et des pôles de santé, des professionnels de santé libéraux.

- la communication, à travers l'élaboration d'un plan de communication du PSO et la diffusion de la lettre d'information mensuelle « Passerelle » destinée à fournir des informations sur l'avancement de l'opération du PSO et des coopérations entre l'EPSMR et le CHGM ;

- et l'économie générale du projet, grâce à l'actualisation et à la fiabilisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP), même si la direction transversale apparaît insuffisamment soutenue dans l'élaboration de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Les autres projets ont, en revanche, connu des retards ou difficultés susceptibles de compromettre sérieusement l'avancement de l'opération. Ainsi :

- en ce qui concerne l'immobilier et la maintenance, le directeur du GCS souligne l'absence de visibilité sur le projet, stigmatise un « *projet conduit en vase clos de gré à gré* », l'absence de réunions et la mise à l'écart du référent soignant. Il pointe l'absence d'exhaustivité de la programmation pluriannuelle des investissements des deux sites, qui ne chiffre pas le coût de l'internat, du self-service et de l'hébergement des fonctions administratives et de l'absence de vision transversale sur les flux (sauf déchets).

- le projet achat en est resté au stade initial, faute d'investissement du chef de projet désigné et d'information sur les travaux et actions menés.

- le projet plan et conduite du transfert n'a pas progressé.

Le GCS-GSO a souffert de l'alignement managérial défaillant des deux établissements et n'a pas été mis en mesure de jouer son rôle de coordination des différents projets : sa marginalisation et l'inertie de certains chefs de projets ont été un obstacle à une mutualisation accrue. Son bilan s'avère décevant.

La volonté de l'ARS d'inciter à une direction commune des deux structures de soins pourrait aider à clarifier les objectifs et les actions correspondantes à mener.

3 - La création d'une direction commune au CHGM et à l'EPSMR

En vertu de l'article 4 du décret n° 2005-920 et de l'article 29 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005, plusieurs établissements hospitaliers peuvent être gérés par une direction commune, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, « *sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance* ». La nomination du directeur commun est décidée par le directeur général du centre national de gestion sur proposition du directeur général de l'agence de santé.

Si les conseils de surveillance du CHGM et de l'EPSMR ont voté en faveur d'une direction commune respectivement en août et septembre 2015, cette décision a suscité des réserves en raison de sa tardiveté par rapport à l'avancement du projet de PSO et de sa prématurité avant toute concertation et consultation des personnels et instances²⁶.

Cette décision a pris effet à compter du 1^{er} octobre 2015 pour une durée de 4 ans – qui coïncide avec la durée prévue des travaux. Elle apparaît de nature à restaurer le dialogue entre les deux établissements, à clarifier la ligne du chantier de la mutualisation et à faciliter les accords.

Outre d'acter la création d'une direction commune et de définir sa durée, la convention se borne à circonscrire son périmètre à sept domaines : 1. Finances, contrôle de gestion et clientèle ; 2. Systèmes d'information ; 3. Ressources humaines et affaires médicales ; 4. Coordination des

²⁶ Un projet de convention signé par les chefs des deux établissements a été diffusé avant sa soumission aux instances consultatives.

soins ; 5. Qualité et gestion des risques ; 6. Investissements et services techniques ; 7. Services logistiques et achats. La convention laisse toute initiative au directeur pour déterminer les contours de la future direction commune.

Le modèle de direction commune a une visée plus intégrative que le groupement de coopération sanitaire : ce n'est plus une structure tierce qui s'efforce de rapprocher les personnels et les moyens de deux établissements ; ceux-ci sont dirigés par une seule et même personne qui, en ayant une vision d'ensemble des deux structures, est à même d'impulser et de contraindre les deux établissements à travailler ensemble.

Comme le résume dans son préambule la convention de direction commune signée entre les deux établissements, « *une direction commune est la forme juridique permettant d'instaurer un management convergent reposant sur un seul et même responsable légal des deux établissements, tout en préservant l'autonomie juridique (notamment le maintien d'instances spécifiques) et financière (un budget et des résultats propres) de chacun des deux établissements* ».

Le modèle de direction commune a fait ses preuves comme un mode souple de coopération entre établissements sanitaires pérenne et efficient²⁷, qui n'est pas nécessairement une étape vers la fusion. Elle aide en effet à une restructuration et une rationalisation de l'offre hospitalière ; elle paraît bien pensée dans le cadre du PSO compte tenu de la complémentarité des cœurs de métiers de l'EPSMR et du CHGM.

Elle est justifiée également par les difficultés de recrutement ou les pénuries de certaines professions médicales et paramédicales ; elle favorise la mutualisation des moyens et des économies d'échelle en matière d'achat. La direction commune permet en outre de conférer à l'établissement un véritable poids face aux autorités sanitaires. Au surplus, « *la mise en commun des temps de travail a pour effet de créer des temps structurés c'est-à-dire des mi-temps ou temps-plein. Ainsi, par exemple, les recrutements d'un ingénieur, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un ergothérapeute seront facilités* »²⁸.

Les contraintes de la direction commune sont de deux ordres :

- la lourdeur des instances consultatives et décisionnelles : dans la mesure où les établissements concernés conservent leur autonomie pleine et entière, les instances que sont le conseil d'administration, le conseil de surveillance, le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement subsistent dans chaque structure ; le sentiment d'appartenance à un groupe unique n'est pas évident, d'où les possibles freins à la mobilité du personnel ;

- l'éloignement géographique entre les établissements peut induire une présence non permanente des directeurs sur site. Il faut veiller à ce que les cadres et agents puissent disposer d'un interlocuteur ou référent permanent et identifié. La proximité géographique future des deux établissements devrait supprimer l'inconvénient de la distance, si tant est que les services administratifs puissent y être localisés.

La chambre recommande au CHGM d'engager une réflexion sur les attributions des futures directions communes. Elle pourrait commencer par l'évaluation du mode de fonctionnement des directions transversales déjà existantes, avant d'intégrer davantage celles dont le regroupement n'en est qu'à ses balbutiements, en commençant par la direction des systèmes d'information.

²⁷ Pour reprendre les termes de Mme Céline Episse, auteur d'un mémoire intitulé « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient – l'exemple des établissements des vals d'Aunis et de Saintonge », Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2007.

²⁸ *Ibidem*.

Deux autres directions administratives pourraient ensuite être transversalisées : l'une sur les achats et la logistique, l'autre sur la qualité et la gestion des risques. En revanche, pour tenir compte des différences culturelles plus marquées au sein de la direction des ressources humaines, de la direction des soins et de la direction des affaires médicales, leur mutualisation pourrait être différée. Les directeurs adjoints, une fois désignés, devraient être incités à travailler sur des organigrammes cibles afin de tracer l'évolution du rapprochement des équipes à moyen terme (anticipation des départs à la retraite, prévision de la réorganisation des services), définir les besoins en locaux et entamer une convergence progressive du management et du fonctionnement.

La chambre prend acte que la mise en œuvre d'une direction commune s'est matérialisée par des avancées en 2016, notamment par la transversalisation de toutes les directions fonctionnelles, à l'exception de la DRH - chaque directeur étant chargé de définir, avec le concours des équipes, les modalités organisationnelles les plus efficaces. Elle a facilité la désignation des chefs de projet et favorise le portage d'ensemble du projet du nouvel hôpital²⁹.

4 - Le devenir du GCS-GSO

Le choix d'une direction commune pose la question de son articulation avec le GCS-GSO et avec ses douze projets et chefs de projet, même si le directeur du groupement précise que « *la convention de direction commune se contente de lister les domaines fonctionnels susceptibles d'intégrer la direction commune* » et qu'« *il ne faut pas comparer cette liste avec les 12 projets qui composent l'opération* ».

Le directeur commun au CHGM et à l'EPSMR partage le constat de la chambre selon lequel l'instauration d'une direction monocéphale rend obsolètes certains projets (pilotage) et facilite le développement d'autres projets (schéma managérial commun, communication) qui étaient initialement menés par le GCS GSO.

Certains domaines identifiés dans le périmètre d'action de la future direction commune sont identiques à ceux portés par le groupement (systèmes d'information) ; certains domaines fusionnent deux projets (services logistiques et achats ; d'autres apparaissent nouveaux (finances, contrôle de gestion et clientèle) ou voient leur champ soit redessiné (investissements et services techniques), soit étendu (ressources humaines et affaires médicales).

La question de la permanence du GCS-GSO se pose, selon la chambre, à l'aune de cette direction commune qui fragilise sa raison d'être. Rétrospectivement, le groupement apparaît comme une structure provisoire chargée d'aider au rapprochement des mentalités ; s'il demeure opérationnel, concurremment avec la direction commune nouvellement institué, il risque de faire doublon sur un certain nombre de sujets et de favoriser une organisation de structures qui suivent le PSO, peu lisible et peu compréhensible. La chambre prend acte de la décision d'affecter le directeur du GCS-GSO au CHGM en qualité de directeur du projet du nouvel hôpital.

5 - Les locaux administratifs du futur hôpital

D'après l'ancien directeur du CHGM, il était initialement prévu que l'EPSMR regroupe les services administratifs des deux établissements et héberge également l'internat, en contrepartie de quoi le futur hôpital devait rassembler les deux pharmacies à usage intérieur (PUI).

²⁹ Un cadre de santé est à nouveau associé au pilotage du projet « immobilier et maintenance » ; le démarrage du projet « plan et conduite du transfert » devrait être programmé courant 2017.

En 2015, la concrétisation de ce regroupement de services apparaît fragilisée, voire remise en cause : d'une part, par l'évolution du projet médical de l'EPSMR qui a abandonné l'idée de créer des unités de soins sur un autre site et ne serait corrélativement plus à même de libérer les locaux destinés à accueillir les services administratifs du futur PSO³⁰, d'autre part et surtout, par le sous-dimensionnement initial et l'absence de véritable réflexion sur les besoins en locaux pour regrouper tous les services administratifs. En 2009, l'EPSMR a été chargé d'héberger l'ensemble des services administratifs du PSO. Outre l'absence d'engagement formel contraignant, aucune étude n'a été faite à cette époque ni après pour recenser les personnels existants dans les services de chaque établissement, les effectifs cibles, la superficie des locaux existants à l'EPSMR et s'assurer de leur adéquation.

Les trois bâtiments neufs envisagés pour le futur hôpital sont dédiés exclusivement aux soins hormis quelques services généraux hébergés en rez-de-chaussée et de-jardin³¹ ; ils ne pourraient intégrer des services administratifs qu'au prix d'une révision complète du projet, ce qui l'exposerait non seulement à un important retard de livraison mais également à un surcoût conséquent. Deux options resteraient envisageables : soit construire, le long de la voie d'accès aux ambulances, un bâtiment administratif au risque de réduire le projet de parcours santé prévu pour les patients ; soit construire un nouveau bâtiment à l'Ouest des trois bâtiments prévus, en abandonnant le projet de développer l'activité libérale et un centre de dialyse. L'actuel directeur du CHGM a fait état d'une première estimation pour la construction de bureaux destinés à accueillir 120 agents : il en coûterait 1,2 M€.

La perspective d'un investissement complémentaire mobilisant des surfaces du parcours de santé et la réserve foncière prévue pour des activités de soins n'était pas envisagée selon l'établissement. Il entrevoit trois options pour localiser les fonctions logistiques, techniques et administratives qui ne disposent pas encore de surfaces dans le projet considéré :

- densification des surfaces tertiaires de l'EPSMR pour créer des ensembles fonctionnels mutualisés : directions administratives, ateliers et maintenance ;
- construction d'un bâtiment complémentaire au pied de la passerelle reliant le futur hôpital à l'EPSMR ;
- maintien en centre-ville de certaines activités de consultation et notamment de l'équipe de liaison et soins en addictologie (ELSA) et du centre gratuit de dépistage, d'information et de diagnostic (CEGID).

La chambre relève le manque de réflexion partagée entre les deux établissements lors de la phase d'expression des besoins pour cette opération, s'agissant des services administratifs ; ces derniers représentaient en mars dernier, selon l'établissement 152 équivalents temps plein travaillés (ETPR) soit 17 % des personnels non médicaux.

En novembre 2015, le nouveau directeur des deux établissements a lancé une consultation pour une « mission d'appui à la définition de scénarii pour la localisation des fonctions techniques, logistiques et administratives du PSO ». La chambre estime que le recours à un prestataire externe, prive les deux établissements de l'occasion de faire coopérer directement leurs services au sein d'un nouveau projet partagé. Le plan de financement du projet pourrait en être impacté alors qu'il est censé permettre la livraison d'un hôpital opérationnel, non réductible aux seuls soins.

³⁰ L'actuel directeur du CHGM, par ailleurs directeur de l'EPSMR, s'est étonné qu'il ait été question de transformer deux unités d'hospitalisation en services administratifs, alors qu'il y a trois fois moins de lits en santé mentale à La Réunion par rapport à la moyenne nationale. Il indique que cette transformation n'est pas une piste envisagée.

³¹ Trois des six demeures historiques devraient accueillir une cafétéria, un lieu de cultes et la maison des usagers.

La chambre invite le CHGM à veiller à ce que les bâtiments administratifs et logistiques soient achevés au moins concomitamment à la livraison des bâtiments des soins ; elle rappelle qu'il est toutefois possible, en dehors de l'accueil, que les services administratifs soient répartis par directions mutualisées dans les locaux de l'EPSMR et dans les anciens bâtiments du CHGM. Elle lui recommande de trouver une solution en faveur d'une mutualisation accrue des services administratifs.

V - LES RISQUES ECONOMIQUES ET PATRIMONIAUX

Le CHGM dispose d'une parcelle d'une superficie confortable pour développer son futur hôpital ; il envisage cependant d'héberger un opérateur de santé privé afin que celui-ci y exerce une activité de dialyse. Quant au site qu'il occupe actuellement en centre-ville de Saint-Paul, il n'est pas certain d'en être propriétaire, ce qui hypothèque sa reconversion.

A - L'hébergement d'un opérateur de santé privé sur le site du futur hôpital

Le CHGM a réservé une partie de l'assiette du futur hôpital, d'une superficie de 7 000 m², en vue du développement d'une activité de dialyse par une clinique privée. Ce projet est encore en phase de réflexion quant aux modalités d'hébergement de cette activité : le nouveau directeur a indiqué fin décembre 2015 être dans l'attente de savoir quel opérateur serait effectivement le détenteur de l'autorisation d'exercer l'activité de dialyse. En l'état actuel des choses, la société de dialyse Sainte-Clotilde - appartenant au groupe de santé Clinifutur - a obtenu de l'ARS une autorisation pour exercer une activité de « traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon la modalité de l'hémodialyse en centre » sur le site du futur hôpital.

Le dossier a connu un rebondissement :

La commission spécialisée d'organisation des soins, qui examinait les deux projets concurrents portés par l'association pour l'utilisation du rein artificiel à La Réunion (AURAR) et par la société de dialyse Sainte-Clotilde, avait émis un avis favorable au premier projet et défavorable au second, au motif de l'absence d'engagement précis et réel du CHGM en faveur de la mise à disposition du foncier sur le site du futur hôpital et sur les coopérations nécessaires à l'autorisation sollicitée.

Or, au cours de la séance d'examen des deux projets, la société a remis une convention cadre portant projet médical partagé entre le CHGM et le groupe Clinifutur. Cette convention signée deux jours plus tôt, comportait plusieurs engagements dont la mise à disposition d'une parcelle du site du futur hôpital pour l'implantation des activités d'hémodialyse. La commission a donc rendu un avis favorable au projet porté par la société de dialyse de Sainte-Clotilde et estimé que le projet porté par l'AURAR présentait des insuffisances en ne garantissant notamment pas une implantation au sein d'un établissement de santé. L'autorisation a été accordée à la société de dialyse Sainte-Clotilde fin mars 2014.

L'ancien et le nouveau directeur du CHGM conviennent toutefois du caractère uniquement programmatique de la convention-cadre ainsi dessinée. Elle ne confère aucune

obligation juridiquement contraignante au CHGM et va au-delà des engagements que les deux parties peuvent se consentir valablement³².

Cette autorisation, contestée par l'AURAR, fait l'objet d'un contentieux administratif actuellement pendant.

La chambre observe que le CHGM n'a pas fait le choix de candidater en propre ou à travers un partenariat pour exercer une activité source de recettes³³.

Elle l'invite à engager une réflexion sur cette alternative en cas d'annulation de l'autorisation par le juge administratif. Si l'autorisation était validée, la chambre lui recommande, en tout état de cause, de privilégier, pour le cas où le CHGM hébergerait cette activité sur son nouveau site, la location d'une partie de son assiette foncière plutôt que la vente. Il pourrait aussi négocier l'hébergement d'une activité de dialyse sur son site en contrepartie d'une offre médicale étoffée : l'hôpital pourrait obtenir le développement de la chirurgie cardiaque en son sein en récupérant la table de coronographie dont la société Clinifutur dispose à la clinique Sainte-Clotilde, à quelques encablures de celle qu'utilise le CHU Nord, alors que les territoires de l'Ouest et du Sud en sont dépourvus. Ce partenariat pourrait apparaître plus avantageux.

B - Le devenir du site de l'actuel CHGM

Le déménagement du CHGM sur le site du Grand-Pourpier est supposé entraîner le transfert de l'ensemble des services qui s'y trouvent. Outre le problème de l'anticipation du plan et de la conduite dudit transfert, ce déménagement pose la question du devenir des bâtiments actuellement siège de l'hôpital. Ceux-ci ne manquent pas d'atouts : ils sont situés dans le centre historique de Saint-Paul et sont relativement bien entretenus. Dès 1999, le bureau d'études Hospiconseil invitait « à court terme à s'interroger sur la requalification du site représent[ant] un enjeu de 2 hectares en centre-ville ».

1 - Le projet de pôle paramédical

Interrogé sur le devenir des anciens bâtiments, l'ancien directeur a indiqué qu'il serait pertinent selon lui de créer un pôle « paramédical », regroupant des services disséminés déjà existants tels que l'EHPAD, le centre de lutte contre l'addictologie, la maison des adolescents, des salles de formation..., et accueillant, en outre, une résidence-service. Le nouveau directeur interrogé partage la vision d'une reconversion du site vers une orientation de santé publique, de « village intergénérationnel ».

Ce projet de reconversion pourrait apparaître comme une solution d'avenir à un triple point de vue :

- au regard de l'offre de soins existante dans l'Ouest de La Réunion, qui ne recèle aucun lit long séjour ;

- au regard du faible intérêt économique que représenterait la vente desdits bâtiments. Ceux-ci ont été évalués à 3,9 M€ par le service des domaines, hors frais de remise en état³⁴.

³² Il est notamment question dans cette convention de l'exploitation d'un service de réanimation – inexistante dans l'ouest - par le groupe Clinifutur au sein du futur hôpital, alors que seule l'ARS est compétente pour délivrer l'autorisation d'exercer cette activité et que ni le CHGM ni le groupe privé n'en dispose.

³³ D'après l'actuel directeur, la dialyse à La Réunion représente un chiffre d'affaires de 80 M€.

³⁴ Le centre hospitalier estime à 2 M € le coût de la déconstruction et de la dépollution.

- et au regard des contraintes de protection du patrimoine qui pourraient peser sur ces bâtiments historiques³⁵.

2 - Les obstacles au projet

Ce projet semble se heurter à trois obstacles :

- Il n'est pas certain que les bâtiments de l'ancien hôpital soient la propriété du CHGM, lequel est, d'après les dires de l'actuel directeur, en train d'œuvrer pour en être reconnu le propriétaire. Ces bâtiments feraient partie des anciens biens de l'État cédés au département qui en aurait donné l'usufruit à la commune de Saint-Paul aux fins d'y exploiter ce qui s'appelait à l'époque l'hospice civil communal.

La question de la propriété des biens des « anciennes colonies » transformées en départements d'outre-mer par la loi du 19 mars 1946 demeure complexe.

La complexité de la propriété des bâtiments hospitaliers

Le tribunal administratif de Saint-Denis a notamment eu à connaître en 2006 d'une demande du département de La Réunion d'enjoindre au centre hospitalier départemental (CHD) Félix Guyon d'évacuer les immeubles du « camp Ozoux » situés à Saint-Denis, sièges d'activités du CHD. Dans un jugement définitif du 27 décembre 2006, le tribunal a rejeté sa demande et jugé :

- en premier lieu, que les nouveaux départements d'outre-mer créés en 1946 ont hérité la propriété du domaine public et privé des anciennes colonies, de sorte que le département de La Réunion, et non l'État, est propriétaire des immeubles du Camp Ozoux – sans que le décret de mai 1956 qui a créé le CHD n'ait procédé au transfert de propriété au profit de l'établissement de ces immeubles ;

- en second lieu, il appartient à l'État, en vertu des principes généraux qui régissent le domaine public, de décider, pour un motif d'intérêt général, de procéder à un changement d'affectation d'une dépendance du domaine public d'une collectivité territoriale, même sans l'accord de celle-ci ; en l'espèce, par le décret portant création d'un CHD à La Réunion, l'État a donné en dotation à cet établissement les immeubles du Camp Ozoux, de sorte que, d'une part, le CHD Félix Guyon justifie bien d'un titre à occuper lesdits immeubles, d'autre part, l'État est seul compétent pour modifier le changement d'affectation qu'il a décidé – à l'exclusion du département.

Selon l'arrêté du 30 juin 1948 portant répartition des biens de l'ancien domaine colonial dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de La Réunion, l'« asile des aliénés » et « divers bâtiments en maçonnerie et bois » situés à Saint-Paul sont, comme les bâtiments en maçonnerie du camp Ozoux, attribués au département et continuent à être affectés à l'asile des aliénés.

Si tant est que cette expression ne doive pas être restreinte à l'activité de santé mentale mais englober l'ensemble de l'activité hospitalière, les bâtiments du CHGM seraient la propriété du département de La Réunion. La chambre ignore toutefois si l'État ou le département ont pris ultérieurement des décisions de dotation, d'affectation ou de mise à disposition desdits bâtiments au profit du CHGM.

³⁵ La chambre n'a obtenu aucune information à ce sujet du CHGM qui paraît ignorer le statut de ses bâtiments au regard de cette législation. Il est toutefois raisonnable d'imaginer que certains d'entre eux pourraient recevoir une protection à ce titre.

- Par une délibération de son conseil d'administration de décembre 2015, le CHGM s'est engagé à céder à la commune de Saint-Paul « *le terrain compris entre la rue Royale et la rue de la Caverne* » – ce qui correspond à l'emprise foncière de l'actuel hôpital – en contrepartie de l'acquisition par la commune à son profit du terrain d'assiette du futur hôpital. Si cette délibération accrédite la propriété originelle du CHGM, elle formalise également le renoncement de ce dernier à conserver ses droits de propriété sur son siège actuel.

- La programmation pluriannuelle d'investissement du PSO* prévoyait la vente pure et simple des anciens bâtiments ; cette vente n'était pas intégrée au plan de financement. Le nouveau directeur a indiqué qu'une réactualisation de l'ensemble de la PPI est prévue pour remettre à jour l'économie générale du projet.

La chambre prend acte qu'une expertise a été engagée en mai 2016 sur la fiabilisation des immobilisations en accord avec les services fiscaux et de la commune de Saint-Paul. Elle invite le CHGM à poursuivre, en concertation avec l'État, le département de La Réunion et la commune de Saint-Paul, la clarification de la propriété et le devenir des bâtiments actuellement sièges de l'hôpital, notamment pour optimiser leur réemploi.

ANNEXE

Chronologie des différents contrats conclus en vue de la réalisation du futur hôpital

Date	Objet et coût des contrats
Mission de campagne de reconnaissance de sol	
5/11/2009	Remise du rapport préliminaire par la sté Geiser : 6 000 €
Mission de mise en comptabilité du POS valant PLU sur les terrains du futur hôpital	
07/03/2012	Signature par le CHGM du devis du bureau d'études Eric Sibaud ayant pour objet la mise en comptabilité du POS sur tes terrains du futur hôpital : 6 500 € HT (7 052 € TTC)
Marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage (ATMO)	
07à11/12/2009	Envoi et parution de l'avis d'appel public à la concurrence au Journal officiel de l'Union européenne, au bulletin officiel des annonces de marchés publics et au JIR
01/04/2010	Acte d'engagement - Notification du marché à la société Icade Promotion : 3 281 025 € HT (3 559 912 € TTC)
09/01/2013	Avenant n° 1 actant la substitution de la société Icade Promotion logement à la sté initiale
30/08/2013	Avenant n° 2 ajoutant de nouvelles prestations (révision, mise à jour programme) : 90 500 € HT (98 192 € TTC)
19/01/2015	Avenant n° 3 ajoutant de nouvelles prestations (dimensionnement besoins et spécifications attendues de la cuisine relais : 5 000 € HT (5 425 € TTC)
Marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage haute qualité environnementale (HQE)	
03/05/2010	Signature du marché avec la sté Sicle AB : 198 800 € HT (214 830 € TTC)
22/04/2013	Notification de l'avenant n° 1 majorant la phase « choix des groupements et assistance aux contrats de travaux de concepteur-réalisateur », le nombre de projets à analyser passant de 3 à 5 : 18 900 € HT (20 507 € TTC)
16/01/2014	Notification de l'avenant n° 2 ayant pour objet une analyse du nouvel APS suite à la mise au point du marché de conception-réalisation et à mise à jour du programme fonctionnel : 12 600 € HT (13 671 € TTC)
Marché d'études préalables (4 lots)	
25et28/06/2010	Envoi et parution de l'avis d'appel public à la concurrence
16/08/2010	Signature des lots n° 1, n° 3 et n° 4 : 17 688 + 950 + 4200 = 22 838 € HT (25 103 € TTC)
27/08/2010	Signature du lot n° 2 : 4 500 € HT (4 557 € TTC)
Marché de conception-réalisation	
18et23/06/2010	Envoi et parution de l'avis d'appel public à la concurrence

Date	Objet et coût des contrats
26/11/2010	Notification du rejet de la candidature de la société Les constructeurs de Bourbon
26/04/2011	Requête en indemnisation au TA de la sté Les constructeurs de Bourbon (req n° 1100391)
20/04/2012	Notification au groupement Demathieu et Bard de ce que son offre a été retenue
04/05/2012	Notification du rejet de l'offre de la société Vinci
12/05/2012	Référé pré-contractuel de la sté SBTPC (Vinci) au TA (req n° 1200431)
01/06/2012	Ordonnance de rejet du juge des référés
23/08/2013	Notification du marché public de travaux au groupement Demathieu et Bard (tranche ferme + 4 tranches conditionnelles) : 97 791 484 € HT (106 103 760 € TTC)
06/03/2014	Jugement de rejet de la requête de la société Les constructeurs de Bourbon
21/04/2015	Notification de l'avenant n° 1 imposant de tenir compte des modifications du programme et de produire une révision du dossier APS : 560 000 € HT (607 600 € TTC)
15/06/2015	Notification de l'avenant n° 2 actant le départ d'un co-traitant et transférant à Demathieu et Bard les prestations correspondantes
30/09/2015	Notification de l'avenant n° 3 ayant notamment pour objet d'exécuter les phases APD et PRO en tenant compte de la validation par le CHGM, la commande d'étude de faisabilité technico-économique concernant la distribution en fibre optique, la cuisine relais et la ferme photovoltaïque : 322 027 € HT (349 399 € TTC)
Marché de contrôle technique	
19/8/2011	Signature de l'acte d'engagement avec la sté Bureau Véritas et Socotec Réunion : 300 000 € HT (325 500 € TTC)
02/07/2014	Avenant n° 1 confiant au contrôleur technique l'analyse de l'APS n° 2 : 8 559 € HT (9 286 € TTC)
Marché de coordonnateur sécurité santé	
22/09/2011	avis d'appel public à la concurrence
09/05/2012	Notification de l'acte d'engagement à la sté Bureau Véritas : 35 475 € HT (38 490 € TTC)
Avant-étude de faisabilité pour l'installation d'une centrale photovoltaïque sur le futur hôpital	
11/2014	Remise de l'avant-étude par la société Solartrade
20/03/2015	Devis n° 51 : honoraires du gpt pour les études de la ferme photovoltaïque ³⁶ : 9 200 € HT (9 982 € TTC)
Missions d'expertise en vue de soumettre le futur hôpital au projet Prebat de l'ADEME (3 contrats)	
10/03/2015	Signature de l'acte d'engagement pour la mission d'expertise santé/construction (analyse santé et qualité de l'air) confiée à la SARL Medieco Conseil et formation : 6500 € HT*
10/03/2015	Signature de l'acte d'engagement pour la mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage sur les objectifs énergétiques liés au cahier des charges

³⁶ D'après le CHGM, l'étude Solartrade a été commandée par le groupement puis refacturée à l'établissement et consiste bien en une dépense additionnelle.

Date	Objet et coût des contrats
	Prebat (analyse thermique) confiée à la sté SOLENER : 11 620 € HT*
03/03/2015	Proposition par la sté Ceteff d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage sur les objectifs GTB (gestion technique du bâtiment) liés au cahier des charges Prebat : 15 390 € HT*
* Les contrats indiquent que les prestations seront rémunérées par application aux quantités réellement exécutées des prix du bordereau de prix unitaires joint et que le montant fixé est le montant maximum du marché.	
Marché d'interface entre le BET Sicle AB, les experts et acteurs du projet afin de soumettre le projet du futur hôpital au programme Prebat	
20/02/2015	Devis de la sté Sicle AB pour servir d'interface en phase PRO entre 3 expertises missionnées afin de soumettre le futur hôpital au programme Prebat de l'Ademe
10/03/2015	Signature du marché : 4 500 € HT (4 882 € TTC)
Marchés d'assurances construction	
?	Appel d'offres en vue de la passation d'un marché d'assurance pour 2 lots (lot 1 : dommage ouvrage avec contrat collectif de responsabilité décennale et lot 2 : responsabilité du maître d'ouvrage)
30/09/2015	Acceptation du CHGM de l'offre de la sté Gras et Savoye pour le lot 2 : responsabilité du maître d'ouvrage du fait des travaux : 19 126 € HT (20 831 € TTC)
30/09/2015 et 07/10/2015	Acceptation du CHGM et notification par la sté Gras et Savoye au CHGM de l'acceptation de son offre pour le lot 1 : assurance dommages ouvrage et contrat collectif de responsabilité décennale : 747 031, 72 € HT (815 387,79 € TTC)
Marché d'appui à la définition de scénarii pour la localisation des fonctions techniques, logistiques et administratives du PSO	
03/11/2015	Envoi de l'avis d'appel public à la concurrence (estimation : 30 000 €)
10/12/2015	Date limite de réception des offres

Source : CRC, d'après les informations communiquées par le CHGM.



Réponse de M. Laurent Bien
Directeur général du centre hospitalier Gabriel Martin

(ci-jointe)

Article L. 243-5, alinéa 4 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs. ».



Centre Hospitalier Gabriel Martin
38, rue Labourdonnais - CS 11045
97866 SAINT-PAUL Cedex
Tél : 02.62.45.30.30
Fax : 02.62.45.30.00
Courriel : directeur@ch-gmartin.fr

ENREGISTRÉ AU GREFFE
04 AOÛT 2016
C.R.C. REUNION

16 - 245

Saint Paul, le 4 août 2016

Direction générale

Directeur
Laurent BIEN
l.bien@epsmr.org

Secrétaire générale
Marina PONGERARD-SINGAINY
Responsable des affaires générales-juridiques
Tél : 02.62.45.31.86
Fax : 02.62.45.30.00
Pongerard-singainy.m@ch-gmartin.fr

Secrétariat de Direction
Assistante de Direction
Marie France LOUIS
Tél : 02.62.45.31.00
Fax : 02.62.45.30.00
louis.m@ch-gmartin.fr

Assistante Affaires Générales/Instances
Pauline LAURET-CADET
Tél : 02.62.45.30.46
Fax : 02.62.45.30.00
lauret-cadet.p@ch-gmartin.fr

Assistante Gestion Documentaire
Christelle SUMAC
Tél : 02.62.45.30.35
Fax : 02.62.45.30.00
sumac.c@ch-gmartin.fr

Chargé de Communication
Jérôme BERNARD
j.bernard@gcs-gso.org

A l'attention du Président de la CRC de la Réunion

Objet : Réponses au rapport d'observations définitives à
l'examen de la gestion du Centre Hospitalier Gabriel Martin

Monsieur le Président de la Chambre Régionale des Comptes
de la Réunion,

Je reviens vers vous dans le cadre de la procédure
contradictoire concernant l'examen de la gestion du CHGM.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir pris en
compte de manière générale les remarques formulées par
l'établissement en date du 17 juin 2016 concernant le
rapport provisoire.

Concernant ensuite votre courrier du 8 juillet 2016 notifiant
le rapport d'observations définitives relatif à l'examen de la
gestion du CHGM, je souhaite préciser un point à la lecture
de la page 32 (le 5 du D.) « La Chambre estime que le recours
à un prestataire externe prive les deux établissements de
l'occasion de faire coopérer directement leurs services au sein
d'un nouveau projet ».

En effet, c'est important de préciser que l'accompagnement
externe ne se limite qu'à programmer et formaliser le travail
réalisé par les équipes des deux sites (CHGM et EPSMR). En
effet, c'est bien la Direction chargée de la coordination du
projet du nouvel hôpital qui mène la réflexion relative aux
surfaces et à leurs attributions.

Je tiens par ailleurs à vous préciser que la recommandation
N°4 (maîtrise de la masse salariale) est intégrée à nos
objectifs et la N° 8 (préservation d'une assiette foncière pour
accueillir une offre de soins complémentaire) est d'ores et
déjà anticipée.

Nous mettrons bien entendu tout en œuvre pour répondre
dans les meilleurs délais aux observations de votre rapport.

Merci de votre attention et vous prie de croire, Monsieur le
Président de la Chambre Régionale des Comptes de la
Réunion, en mes salutations distinguées.

Laurent BIEN
Directeur Général