



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2019 – 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

---

**L'élaboration et la mise en place d'un  
Schéma directeur immobilier :  
l'exemple du Centre hospitalier  
universitaire (CHU) de Nice**

---

**Vincent POGGI**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Kévin ROSSIGNOL, Directeur du Pôle des Ressources matérielles (PRM) au Centre Hospitalier Universitaire de Nice (CHUN), et mon maître de stage durant cette période, pour son accompagnement et sa grande patience tout au long de ce travail. Nos différents échanges ont permis d'améliorer ma compréhension et ma connaissance du Schéma directeur immobilier. Je lui dois beaucoup, et je l'en remercie.

J'adresse aussi mes remerciements au CHU de Nice, à son Directeur Général, M. Charles GUEPRATTE, qui m'a permis d'effectuer ce stage de direction, riche d'enseignements et d'expérience, ainsi qu'à M. Thierry ARRI, Directeur Général adjoint pour sa disponibilité et la qualité de ses remarques, toujours à propos et constructives lors de nos différents échanges.

Plus largement je souhaite remercier l'ensemble de la Direction du CHU pour son accueil, sa bienveillance et sa très grande sympathie tout au long de ces huit mois.

Un grand merci enfin à la Direction du patrimoine immobilier (DPI), et en particulier à l'équipe de Damien ALBERT, Directeur du patrimoine immobilier, et à Xavier GARRET, responsable du Schéma directeur immobilier, pour leur très grande pédagogie, et sans qui la réalisation de ce travail n'aurait jamais pu avoir lieu.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La mise en place d'un schéma directeur immobilier répond à une stratégie d'organisation et d'amélioration de la gestion du patrimoine de l'établissement.....	7
1.1 La politique patrimoniale et immobilière des CHU en France a fait l'objet d'un encadrement progressif afin de la comprendre, la maîtriser et la valoriser .....	7
1.1.1 Une prise de conscience au milieu des années 2000 et 2010 qui a permis de mettre en lumière l'importance du patrimoine des CHU en France .....	7
1.1.2 Deux outils de gestion et de contrôle sont venus encadrer et réguler les grands investissements immobiliers des établissements de santé.....	9
1.2 La rédaction d'un schéma directeur immobilier : un document technique et prospectif.....	10
1.2.1 La méthode d'élaboration des SDI : trois phases, diagnostics, scénarii, et schéma directeur préférentiel .....	11
1.2.2 Un positionnement dans la politique de l'établissement à part.....	16
2 Le nouveau SDI du CHU de Nice : démarré en 2015, il a connu des évolutions significatives au cours des années suivantes .....	19
2.1 Le SDI validé par le CHU de Nice repose sur des principes visant une plus grande performance hospitalière, intégrant des enjeux fonciers structurants. ....	19
2.1.1 Le diagnostic initial fait état d'une situation immobilière préoccupante. ....	20
2.1.2 Le détail des opérations du SDI indique des projets d'envergure qui densifient et transforment le CHU de Nice.....	22
2.2 Le calendrier du SDI et son financement sont resserrés en vue d'une présentation au COPERMO d'avril 2020 (qui n'a pas eu lieu) .....	29
2.2.1 Le calendrier de déploiement du SDI est sujet à de nombreux changements, au regard d'imprévus importants .....	29
2.2.2 Un niveau d'investissement très élevé pour le CHU .....	31
3 Deux exemples de projets du SDI en cours : la phase 2 de Pasteur 2, et le déménagement du pôle odontologie vers le site de Riquier.....	33
3.1 Le projet P2P2 : le symbole du nouveau SDI du CHU .....	33

3.1.1	La phase 1 de Pasteur 2 : un dérapage dans les délais de réception et dans ses couts .....	33
3.1.2	Pasteur 2 phase 2 : l'élaboration d'un projet encore en cours .....	35
3.2	Le projet Riquier : déménager un pôle vers un nouveau site : un exemple de projet-type dans le SDI .....	38
3.2.1	Les enjeux du projet : quitter Saint Roch dans les temps, et investir Riquier pour offrir au pôle le meilleur service .....	38
3.2.2	La phase de programmation et de conception du projet .....	40
4	Réflexion prospective sur l'avenir des Schémas directeurs immobiliers : vers un SDI de territoire ? .....	46
4.1	Un SDI de territoire est-il possible ? .....	46
4.2	Un exemple avec la future tour de laboratoire du CHU de Nice ? .....	48
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance  
AMO : Assistance à maîtrise d'ouvrage  
AP-HM : Assistance-publique des Hôpitaux de Marseille  
ARS : Agence régionale de santé  
BIH : blanchisserie inter-hospitalière  
CFA : Centre de formation des apprentis  
CH : Centre hospitalier  
CHR : Centre hospitalier régional  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CHUN : Centre hospitalier universitaire de Nice  
CIE : Conseil Immobilier de l'Etat  
CLAT : Centre de lutte antituberculeux  
CLCC : Centre de lutte contre le cancer  
COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers  
CREF : Contrat de retour à l'équilibre  
DG : Direction générale  
DPI : Direction du patrimoine immobilier  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
HT : Hors-taxes  
HC : Hospitalisation complète  
HDJ : Hospitalisation de jour  
HDS : hospitalisation de semaine  
MNCA : Métropole Nice Côte-d'Azur  
MOE : Maîtrise d'œuvre  
MPR : Médecine physique et de réadaptation  
OPHELIE : Outil Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs – Environnement  
PTD : Programme technique détaillé  
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale  
PLU : Plan local d'urbanisme  
PLUM : Plan local d'urbanisme métropolitain  
PRM : Pôle Ressources Matérielles

PU-PH : Professeur des universités – Praticien hospitalier

P2P2 : Pasteur 2 phase 2 (ou phase 2 de Pasteur 2)

QVT : Qualité de vie au travail

SDI : Schéma directeur immobilier

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

UCA : Université Côte-d'Azur

UCP : Unité centrale de production

TDC : Toutes dépenses confondues

ZPT : Zone de pré-traitement

## Introduction

*« La plupart prennent une ville pour une cité, et un bourgeois pour un citoyen. Ils ne savent pas que les maisons font la ville, mais que les citoyens font la cité ».*

Jean-Jacques ROUSSEAU, *Du Contrat Social* (1762)

*« Ce qui coûte le plus cher dans une construction, ce sont les erreurs »*

Ken FOLLET, *Les Piliers de la Terre* (1989)

Le patrimoine immobilier des établissements de santé et médico-sociaux a «*la même taille que le patrimoine de l'Etat* », indiquait Philippe Ritter, président du conseil d'administration de l'ANAP (l'Agence Nationale d'Appui à la Performance) lors du premier colloque organisé sur la "*Valorisation du Patrimoine Immobilier en santé*" le mardi 30 juin 2015 et visant à explorer la problématique de la reconversion du patrimoine.

Les établissements de santé (sanitaires ou médicosociaux), comptent en effet parmi les équipements les plus importants d'une ville. Ils participent directement ou indirectement à la structuration, à l'aménagement et au développement territorial par l'activité économique et démographique qu'ils génèrent.

Avec une surface de 60 millions de mètres carrés et une valeur nette comptable estimée à 60 milliards d'euros<sup>1</sup>, c'est donc un enjeu considérable, tant sur le plan économique et financier, que patrimonial et même historique (de nombreux hôpitaux sont inscrits aux monuments de France, à l'instar des Hospices de Beaune, des Hôtels Dieu de Lyon et de Dijon, ou encore d'une grande partie de la Salpêtrière à Paris).

En outre, il s'agit bien souvent du premier poste dans le bilan et deuxième poste de charges dans le compte d'exploitation : c'est pourquoi l'immobilier est un élément central de la gestion des établissements.

Parler du patrimoine et de l'immobilier d'un établissement aujourd'hui, c'est donc se confronter à de très nombreuses problématiques internes et externes : maîtriser les dépenses afférentes, respecter les réglementations en vigueur (sûreté-sécurité du bâtiment, accessibilité, critères environnementaux de plus en plus prégnants dans la construction, et dépenses imprévues), mais aussi avoir une vision esthétique des projets (respect du Plan local d'urbanisme et de l'architecture environnante, attention portée aux monuments classés et inscrits) tout en anticipant bien entendu sur les besoins futurs en

---

<sup>1</sup> <http://ressources.anap.fr/cooperation/publication/772-les-actes-de-la-journee-valorisation-du-patrimoine-immobilier-en-sante/1549-valorisation-du-patrimoine-immobilier-l-accompagnement-de-l-anap>

termes de soins (développement de l'ambulatorio, du vieillissement de la population, virage numérique pour la santé, et au-delà, de l'offre territoriale de soins).

C'est pour toutes ces raisons qu'une politique patrimoniale a été développée, doit sans doute l'être davantage, et nécessite une profonde réflexion sur le quotidien et l'avenir des bâtiments hospitaliers.

C'est aussi pourquoi j'ai souhaité rédiger mon mémoire professionnel de stage de direction sur le sujet du Schéma directeur immobilier du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (lieu de stage). Placé au sein du Pôle des Ressources Matérielles (PRM) du CHU, j'ai eu l'occasion à de très nombreuses reprises d'aborder lors de diverses réunions la mise en place et les difficultés de ce schéma directeur.

Le Pôle des Ressources Matérielles est l'acteur central du déploiement de cette stratégie immobilière : il regroupe plusieurs directions dont la direction du patrimoine immobilier (DPI) qui porte en grande partie ce sujet, ainsi qu'un « chargé de mission SDI » placé directement auprès du directeur du Pôle.

Par ailleurs, c'est aussi un choix personnel de travailler sur cette thématique car j'ai une appétence pour les enjeux immobiliers dans le domaine de la santé et la compréhension de la traduction du projet médical de l'établissement directement dans son volet immobilier. J'ai souhaité également aborder cette question, car j'ai eu de nombreuses missions durant mon stage en lien direct ou indirect avec le SDI ; que ce soit par la rédaction d'une note technique portant sur ce schéma directeur en vue d'une présentation au COPERMO (présentation repoussée *sine die* en raison du COVID-19), ou par mes fonctions de directeur référent du pôle odontologie par intérim, dont un des projets est le déménagement dudit pôle vers un nouveau bâtiment. Enfin, c'est aussi parce qu'il s'agit d'un sujet peu abordé par des élèves directeurs durant leurs stages et dans les enseignements, qu'il m'est apparu opportun et intéressant de mettre en lumière cette question.

Le Schéma directeur immobilier occupe une place tout à fait particulière dans la transformation du CHU de Nice. Il est à certains égards une partie intégrante, ou plutôt une déclinaison concrète du plan de transformation ELAN 2025.

Le plan de transformation, lancé en 2018 et intitulé « Elan 2025 », vise à traduire opérationnellement le projet d'établissement pour la période 2018-2022<sup>2</sup>. Il constitue en cela un puissant levier de modernisation et de performance dans un contexte financier extrêmement contraint, car l'établissement est entré en CREF (Contrat de retour à l'équilibre financier) à la suite de la construction et de l'ouverture du site de Pasteur 2 en 2015. C'est aussi dans ce contexte que le Schéma directeur immobilier s'inscrit.

---

<sup>2</sup> [https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/Presentation\\_PE\\_2018-2022.pdf](https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/Presentation_PE_2018-2022.pdf)

De plus, l'organisation multi-site du CHU dont les deux sites principaux sont relativement éloignés (le site de l'Archet se trouvant à l'ouest de la ville, tandis que Pasteur 1 et 2 se situent à l'est ; le site de Cimiez est lui sur les hauteurs nord, et Saint Roch en centre-ville) a nécessité une réflexion impliquant des problématiques de transport et de déplacement permanents, dont la première version du schéma directeur a permis une projection des ambitions immobilières et patrimoniales de l'établissement sur le territoire.

Ce document technique, qui n'a pas de valeur normative aujourd'hui, est à l'hôpital, pour le dire rapidement, ce que le plan d'urbanisme est à la ville. Son objectif est en effet la mise en place d'un ensemble cohérent, qui doit répondre aux fonctions réelles de l'établissement de soins. Le SDI est donc à la fois le résultat d'une étude aux critères multiples : urbanistique, architectural et financier, mais aussi organisationnel, logistique, et même humain.

Selon Philippe SUDREAU, ancien Directeur général du CHU de Nantes et président de la Commission Ingénierie et Architecture (réunissant les directeurs des travaux des CHU en France) un SDI est un « *outil consacré pour concevoir l'évolution d'un patrimoine ou d'ensembles immobiliers à court, moyen et long terme, dans une logique de mise en cohérence et de rationalisation de la stratégie d'investissement ainsi que de valorisation patrimoniale des établissements de santé, [le SDI] est un outil puissant de réorganisation et d'accompagnement des changements organisationnels*<sup>3</sup>. »

On comprend à travers cette première définition que le schéma directeur immobilier constitue également un outil de management et même une opportunité pour repenser l'organisation fonctionnelle des hôpitaux dans une vision à la fois prospective et complémentaire au projet médical.

C'est même tout l'enjeu du SDI selon nous : savoir comment concrétiser la traduction d'un projet d'établissement et d'un projet médical dans une organisation patrimoniale. Autrement dit, comment donner « corps » (au sens physique) au projet d'établissement et au projet médical. Les différents volets du projet d'établissement doivent permettre de concrétiser le projet médical et soignant et derrière lui « prendre corps et vie » dans un espace donné.

Au CHU de Nice, ce projet médical est décomposé en trois axes principaux qui visent à :

1. Développer la prise en charge des patients en ambulatoire : dans le respect des objectifs nationaux de développement de l'ambulatoire, le CHUN souhaite ainsi effectuer 50% des interventions chirurgicales en ambulatoire à l'horizon 2025.

---

<sup>3</sup> <https://www.architecture-hospitaliere.fr/wp-content/uploads/2017/12/p.13-21-Extrait-Schemas-Directeurs-Hospitaliers-CIA-AH-24.pdf>

2. Répondre au défi du vieillissement : dans le département des Alpes Maritimes, un peu plus de 28 % de la population est âgée de plus de 60 ans. Le CHUN constate en ce sens une augmentation progressive des patients séniors dans sa patientèle. Ces patients sont plus exposés à des polyopathologies et ont un risque de perte d'autonomie plus élevé dans les premières heures d'hospitalisation.

3. Devenir une référence en cancérologie : Avec 8000 nouveaux cancers diagnostiqués chaque année, le cancer fait partie des deux principales causes de décès prématuré dans le département 06.

C'est pourquoi l'architecture du CHUN doit se mettre au service de ce projet médical et soignant :

- Tout d'abord la vocation d'hôpital d'urgence de l'hôpital Pasteur est/sera renforcée :



L'hôpital Pasteur 2, ouvert en 2015, sera finalisé avec l'achèvement de la deuxième phase des travaux (dite « Pasteur 2 phase 2, ou P2P2).

Doté d'une capacité de 638 lits et places, ce site est aujourd'hui dédié principalement aux activités d'urgence, de chirurgie, et de réanimation. La

phase 2 (qui fera l'objet d'une sous-partie dans ce mémoire) accueillera notamment un plateau ambulatoire élargi, un plateau consacré à la recherche, et des espaces dédiés aux innovations en santé.

- Ensuite la dimension oncologique de l'hôpital de l'Archet va être confortée :



Le site de l'Archet est aujourd'hui doté d'une capacité de 468 lits et 79 places.

Les principales reconfigurations qui vont concerner le site viseront à fluidifier les parcours pour les patients atteints du cancer et à moderniser les plateaux techniques d'imagerie médicale et interventionnelle.

Le point délicat étant sur ce site l'imbrication de nombreuses « opérations tiroirs » qui rendent dépendants les projets les uns aux autres.

- L'hôpital de Cimiez va pour sa part renforcer sa vocation de pôle moderne au service des séniors :



Avec 322 lits et 4 places, Cimiez est essentiellement consacré à gériatrie.

Il est également le siège de la Direction du CHUN.

Après une réhabilitation complète, le site accueillera les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), de rééducation, et de long séjour ainsi qu'un plateau unique de réadaptation.

- Enfin, le site de Saint Roch, qui n'accueille plus que les services d'odontologie et le centre de lutte contre la tuberculose sera vendu :



La construction de Pasteur 2, et à terme l'achèvement de la phase 2 a vocation à libérer le site de St Roch qui ne sera plus affecté à une activité hospitalière. Le CHUN organise sur la période 2018-2022 la cession du terrain et de l'ensemble des bâtiments regroupés sur son emprise à la Ville de Nice (ce projet faisant aussi l'objet d'une sous partie dans ce mémoire).

Face à ces nombreux enjeux, il en apparaît un dernier qui attirera notre attention, celui s'inscrivant dans une vision territoriale : est-il possible d'imaginer un Schéma directeur immobilier de territoire, et si oui, comment pourrait-il s'organiser ? Un élément de réponse pour ce qui concerne le SDI du CHU de Nice et le GHT 06 des Alpes Maritimes pourrait plaider en sa faveur à travers la conception d'une « tour de laboratoire » qui a vocation à regrouper les laboratoires du CHU et favoriser le développement et l'innovation, ainsi que l'attractivité pour les autres établissements du GHT.

A travers ces premières interrogations et éléments de présentation, nous constatons donc à quel point définir un schéma directeur immobilier est complexe, mais surtout stratégique pour un établissement de santé tel que le CHU de Nice.

Aussi, un SDI doit sans doute se concevoir comme un exercice au croisement de la stratégie médicale, organisationnelle, patrimoniale et financière.

Plus simplement comment se traduisent les projets médicaux de l'établissement dans ce document ? Quels sont les enjeux, les limites et les objectifs du schéma directeur immobilier

du CHU Nice ? Pourquoi élaborer un SDI aujourd'hui ? Enfin, la création de schémas directeurs immobiliers, à l'instar de celui du CHU de Nice, n'est-elle pas en train de faire évoluer notre regard sur le patrimoine des hôpitaux, et de faire émerger de nouvelles compétences, de nouveaux modes de pilotage des projets (territoriaux) et des investissements à plus grande échelle ?

Pour y répondre, nous nous proposons de rappeler dans un premier temps la raison de la mise en place des schémas directeurs immobiliers, ainsi que leur méthode d'élaboration, pour mieux en saisir le caractère à la fois stratégique et technique (première partie).

Par la suite, il s'agit de se focaliser sur le SDI du CHU de Nice, son nouveau projet et les grands défis auquel il fait face (deuxième partie) avec une présentation de deux projets-types (la phase 2 de Pasteur 2, et le projet de déménagement du site de Saint Roch) pour comprendre au niveau micro ce que cela implique pour les équipes (troisième partie). Enfin, dans une dernière partie plus prospective, nous tenterons de comprendre si un SDI au niveau du territoire est possible.

# **1 La mise en place d'un schéma directeur immobilier répond à une stratégie d'organisation et d'amélioration de la gestion du patrimoine de l'établissement.**

## **1.1 La politique patrimoniale et immobilière des CHU en France a fait l'objet d'un encadrement progressif afin de la comprendre, la maîtriser et la valoriser**

### **1.1.1 Une prise de conscience au milieu des années 2000 et 2010 qui a permis de mettre en lumière l'importance du patrimoine des CHU en France**

Le patrimoine des Centres hospitaliers universitaires (CHU) en France a fait l'objet de nombreux rapports et politiques publiques au milieu des années 2000-2010.

La crise des finances publiques, par leur détérioration accélérée à partir de 2008<sup>4</sup>, a en effet contraint l'Etat à opter pour une rationalisation de son parc immobilier, et par extension à un contrôle accru de la connaissance et de la gestion du patrimoine des établissements de santé.

Régulièrement mis en débat à l'occasion des examens des projets de lois de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) le Parlement a en effet essayé de maîtriser et mutualiser les ressources patrimoniales des hôpitaux publics. L'objectif étant de moderniser la gestion d'un patrimoine important et parfois peu mis en valeur, vieillissant voire non entretenu : la politique immobilière de l'Etat participant à sa modernisation, celui-ci se doit donc définir une stratégie.

Dès 2006, sous la direction de Bercy, responsable de la politique immobilière de l'Etat, quatre objectifs ont ainsi été définis par la Direction de l'immobilier de l'Etat (DIE) et le Conseil Immobilier de l'Etat (CIE), créé à cet effet<sup>5</sup> :

- Diminuer le coût de la fonction immobilière de l'Etat en allouant aux services des surfaces rationalisées et en cédant les surfaces excédentaires ;
- Mettre en valeur le patrimoine immobilier afin de céder les immeubles inadaptés ou devenus inutiles ;
- Proposer aux usagers et aux agents des locaux adaptés aux besoins du service public en prenant en compte l'ensemble des normes applicables ;
- Enfin, favoriser l'offre de logements grâce à la mobilisation du foncier public à l'occasion des cessions foncières induites par les évolutions des besoins des acteurs publics.

---

<sup>4</sup> <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/1-situation-finances-publiques.pdf>

<sup>5</sup> Décret n°2006-1267 du 16 octobre 2006 instituant un Conseil de l'immobilier de l'Etat.

Peu de temps après, en février 2007, une mission menée conjointement par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) portait sur la politique immobilière des établissements hospitaliers<sup>6</sup>. Cette mission avait pour but d'établir un diagnostic sur le patrimoine immobilier des établissements de santé (tant sur le plan juridique, financier et technique) ainsi que les moyens et les outils dédiés à sa gestion afin d'adopter une stratégie d'organisation commune et cohérente pour en moderniser le développement et avoir *in fine* une capacité opérationnelle et efficiente.

Au regard de la situation des finances publiques d'alors, le Conseil immobilier de l'Etat, en janvier 2013, avait estimé qu'avec 8 milliards d'euros de dépenses annuelles (hors personnel), les crédits consacrés à l'immobilier représentent un important gisement d'économies : ainsi une réduction de l'ordre de 10% représenterait 800 millions économisés chaque année par l'Etat.

C'est dans ce contexte que deux importants rapports, l'un de la Cour des comptes, intitulé « *La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins* » (de juin 2013), et le second, sous la forme d'un rapport d'information du Sénat d'octobre 2013 (réalisé par la Commission des finances) sont venus mettre en lumière la politique de gestion immobilière et patrimoniale des CHU en France.

Selon l'institution de la rue Cambon, depuis les années 2000, le patrimoine immobilier affecté aux soins des CHU, qui représente près du quart du patrimoine hospitalier total (13,3 millions de m<sup>2</sup> de surface construite, sur les 60 millions de m<sup>2</sup> pour l'ensemble des établissements publics de santé), a connu une forte modernisation, encouragée notamment par les deux plans Hôpitaux 2007 et 2012. Dans le même temps on a constaté une importante dynamique d'augmentation des dépenses d'investissement, qu'il s'agisse des investissements immobiliers eux-mêmes ou des équipements qui les accompagnent (près de 18 Md€ sur la période 2003 – 2011).

Néanmoins l'absence d'outils et de méthodes communes ne permettent pas selon la Cour, d'appréhender concrètement et de façon prévisionnelle l'ensemble des coûts d'un bien immobilier pendant toutes les phases de son cycle de vie.

Mais surtout « *les CHU n'ont qu'insuffisamment utilisé l'important effort d'investissement dont ils ont bénéficié pour adapter leur patrimoine aux évolutions de l'offre de soins. Les opérations de construction-reconstruction ont d'abord permis de conserver ou de renforcer*

---

<sup>6</sup> IGAS et IGF, Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, mars 2013.

*l'attractivité médicale et le confort hôtelier, certains bâtiments ne répondant plus aux standards actuels et offrant des conditions d'hébergement inadaptées<sup>7</sup> ».*

De même, et c'est là un point important de notre sujet, la politique patrimoniale et immobilière des CHU est énoncée de manière très variable dans le projet d'établissement et, plus rarement, selon la Cour des comptes formalisée dans un schéma (ou plan) directeur immobilier, ce dernier n'étant pas un document obligatoire.

### **1.1.2 Deux outils de gestion et de contrôle sont venus encadrer et réguler les grands investissements immobiliers des établissements de santé**

C'est à ce titre qu'une politique nationale (venue du ministère de la Santé) s'est développée principalement à travers deux outils de gestion et de contrôle de l'immobilier des hôpitaux publics :

- L'outil OPHELIE pour « Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé - Législation - Indicateurs – Environnement », qui est à la disposition des établissements et des agences régionales de santé (ARS) depuis mai 2014.
- Et le COPERMO<sup>8</sup> (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins) pour juger de la pertinence et de la performance d'un investissement majeur pour l'établissement, à l'instar des investissements immobiliers.

Concernant l'outil OPHELIE, il a été conçu dans l'objectif de permettre aux établissements d'améliorer la connaissance du nombre de m<sup>2</sup> et de l'état de leur patrimoine (fonctionnalité, accessibilité, ...) pour en identifier les potentiels fonciers immobiliers. Mais également un outil d'amélioration de la traçabilité des immobilisations, dans une logique de contrôle interne pour permettre la certification des comptes et ainsi identifier les situations potentiellement à risque, tels que des bâtiments non conformes, maîtriser les coûts. Son objectif étant de disposer d'une référence de gestion commune sur le patrimoine hospitalier pour réaliser des comparaisons pertinentes entre établissements de santé.

Quant au COPERMO, il est, selon la circulaire de juin 2013, « *chargé, d'une part de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la*

---

<sup>7</sup> <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-gestion-du-patrimoine-immobilier-des-chu-affecte-aux-soins>

<sup>8</sup> [Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013](#) relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

*performance des établissements de santé, d'autre part d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements ».* A ce titre donc, le COPERMO (qui est en composé des représentants du Ministère du Budget et du Ministère de la Santé) examine le projet d'investissement, qui doit être la déclinaison du projet médical de l'établissement, tout en s'inscrivant dans une stratégie immobilière, et territoriale et être identifié comme prioritaire par l'ARS dans son schéma régional d'investissement en santé (SRIS).

Le COPERMO demande ainsi à ce que l'établissement décrive sa stratégie patrimoniale et immobilière de manière claire pour les cinq à dix ans à venir ainsi que la pertinence du projet d'investissement avec cette stratégie et les axes qui seront développés dans le SRIS de la région.

A ce titre le CHU de Nice devait passer devant le COPERMO en avril 2020 et présenter sa stratégie immobilière en vue d'investissements importants en matière patrimoniale (construction de la phase 2 de Pasteur 2, création d'une « tour de laboratoire » pour le territoire de santé, réorganisation de son site de l'Archet, ou encore déménagement du pôle Odontologie du site de Saint Roch vers un nouveau bâtiment). Cette présentation ayant été repoussée en raison de l'épidémie de COVID-19.

C'est donc dans ce cadre national que s'inscrivent les schéma directeurs immobiliers des établissements de santé.

Pris dans une volonté de valoriser son patrimoine pour en améliorer sa gestion, sa performance et optimiser l'utilisation de ses surfaces pour les mettre au service des patients et d'une offre de soins de territoire, le CHU de Nice a donc rédigé son nouveau Schéma directeur immobilier (SDI) à partir de 2014-2015 pour les cinq années à venir.

Il s'agit à présent de comprendre ce qu'est un SDI, comment il se construit, avec quels documents et informations il s'élabore, et ce qu'il implique concrètement pour le premier établissement de santé des Alpes-Maritimes.

## **1.2 La rédaction d'un schéma directeur immobilier : un document technique et prospectif**

Ainsi que nous l'avons rapidement défini dans l'introduction, un schéma directeur immobilier est avant tout un outil qui permet d'élaborer la trajectoire à moyen et long terme (de l'ordre

de 5 à 15 ans maximum) de l'établissement et définir de ce fait l'évolution de son patrimoine pour les années à venir.

Il s'agit donc d'un document technique conçu pour transformer l'organisation immobilière de l'hôpital concerné, mais surtout mis au service du déploiement de la stratégie de l'établissement.

Derrière le terme de « *schéma directeur* » ou de « *SDI* », se cache cependant une grande disparité de situations (de la définition des principes d'aménagements d'un site dans le cadre d'un projet de reconstruction au simple ordonnancement de travaux) qui ne permettent pas de saisir la portée et la nature de la démarche. Aussi, plus qu'un exercice de style pour résumer la cohérence de certains projets immobiliers déjà engagés, le SDI offre une opportunité aux CHU d'arrêter une véritable stratégie de long terme et de projeter leur avenir dans un cadre général réfléchi en amont, cohérent et partagé avec les équipes.

C'est pourquoi, la Conférence des Directeurs généraux de CHU, à travers sa Commission Ingénierie & Architecture a élaboré en 2016-2017 un guide méthodologique particulièrement utile pour l'élaboration de ce document<sup>9</sup>.

### **1.2.1 La méthode d'élaboration des SDI : trois phases, diagnostics, scenarii, et schéma directeur préférentiel**

Outre le rappel du cadre général dans lequel s'inscrit un schéma directeur, ce guide présente et décline les différentes phases d'un schéma directeur immobilier à suivre.

Selon la Commission Ingénierie & Architecture, 3 phases (les prérequis mis à part) permettent une analyse détaillée des attentes et des besoins pour la réussite d'un SDI :

- Une phase de diagnostics
- Une phase d'élaboration des scenarii,
- Une phase de sélection du scénario préférentiel et de communication

Au préalable une phase de prérequis est nécessaire : elle vise en premier lieu à établir un constat, présentant de manière simple la traduction spatiale du projet (enjeux et principes d'aménagements, contenus programmatiques, etc.), ainsi qu'une stratégie plus globale de mise en œuvre de cet aménagement (avec un calendrier général, le plan de financement, ou encore les acteurs qui seront mobilisés, etc.). A ce niveau, aucun détail n'est donc

---

<sup>9</sup> *Schémas Directeurs immobiliers : un outil au service de la stratégie des centres hospitaliers universitaires* ; groupe de travail 2016-2017 ; Conférence des Directeurs généraux de CHU. Auteurs : Didier BOURDON (AP-HP), Lucie LESCOT (CHU Caen), François LE CLEZIO (AP-HM), Jean-François MEDELLI (CHU Rennes), Thierry VELEINE (CHU Montpellier)

souhaité, ni d'ailleurs souhaitable, car le SDI est un projet qui se déploiera sur 15 ans en moyenne. Ce qui invite à donner à ce document suffisamment de souplesse et de flexibilité pour permettre son adaptation dans le temps sur toute la durée de vie du plan, et même au-delà.

Néanmoins, un minimum de données reste nécessaire pour élaborer ensuite les différents scénarii, à savoir :

- Les principaux regroupements à opérer dans le cadre du projet, comme par exemple le degré de mutualisation des fonctions médicotéchniques (blocs opératoires, imageries, soins critiques) ; le degré de regroupement des fonctions ambulatoires (consultations externes, hôpitaux de jour – HDJ) ; ou encore les critères de mutualisation des unités d'hébergements.
- De même des questions doivent être posées à ce niveau : faut-il préférer une approche par type de prise en charge des patients ? Des nouveaux rapprochements inter-disciplines sont-ils envisagés ?
- Enfin, les principales données capacitaires et d'activités sont nécessaires pour anticiper et dresser un constat le plus précis possible, en vue d'établir une prospective plus pertinente des futurs besoins immobiliers : on pense notamment à la capacité par catégories d'hébergements (HC, HDJ, Soins critiques), le nombre de consultations et le nombre de passages aux urgences.

Après ce premier travail, vient alors la « phase 1 » du SDI : le diagnostic patrimonial et fonctionnel.

Sans entrer dans le détail de chaque phase, qui sont à la fois technique, et relativement volumineuse, l'enjeu dans cette première partie est d'objectiver les contraintes et opportunités d'évolution du site dans son environnement. Des éléments comme le PLU – plan local d'urbanisme (ou PLUM – métropolitain, pour ce qui concerne le territoire du CHU de Nice), les grandes orientations de la politique d'aménagement urbain à l'échelle de la ville, une cartographie des infrastructures et équipements publics, ou encore des éléments relatifs au foncier sont donc nécessaires.

S'ajoute à ce diagnostic urbain un diagnostic plus fonctionnel (à savoir les maquettes organisationnelles, les ratios de dimensionnements, les secteurs fonctionnels, une cartographie relativement détaillée des composants du plateau technique (comme les salles opératoire, salles techniques, salles d'imagerie, etc.).

La « phase 2 » d'élaboration des scénarii est sans doute la plus importante et celle qui demande le plus de travail pour s'assurer du meilleur choix final.

En effet, au regard du caractère global de la démarche, le SDI et son plan stratégique doit notamment comprendre :

- Les évolutions médicales et organisationnelles projetées dans le cadre du projet médical (sur un horizon de cinq ans), ainsi que les grandes tendances et orientations sur les 10 à 15 ans
- La stratégie de l'établissement vis-à-vis de la concurrence ainsi que la participation de l'établissement dans son territoire, et notamment les partenariats/projets communs identifiés dans le cadre du GHT ;
- Les objectifs d'efficacité économique et organisationnelle ;
- La valorisation (éventuellement sous forme de cession) et la mise à niveau du patrimoine conservé ;
- La trajectoire financière de l'établissement et notamment ses capacités d'investissement à horizon 10-15 ans ;
- Le développement de partenariats, que ce soit avec l'université (enseignement / recherche), les EPST (pour le volet recherche) et les Centre de Lutte Contre le Cancer au besoin (pour la partie cancérologie)
- Enfin les différents objectifs institutionnels que souhaite se fixer l'établissement, comme par exemple la réduction de l'empreinte environnementale (à Nice ces différents objectifs institutionnels sont regroupés dans le plan de transformation ELAN 2025).

Le scénario doit également permettre de s'inscrire, dans la mesure du possible, en cohérence avec la vision de la collectivité publique dans laquelle l'établissement s'insère (pour ce qui nous concerne la Métropole Nice Côte-d'Azur), et plus globalement dans une vision d'aménagement du territoire.

Cet essai de définition et de cadrage appelle néanmoins plusieurs remarques :

- Il inscrit le schéma directeur dans une démarche prospective (horizon 10-15 ans) qui se confronte dès le départ aux incertitudes et difficultés liées à la projection des évolutions médicales. La difficulté à se projeter à horizon 5 ans, spécialement pour la l'élaboration des projets médicaux, appelle à beaucoup de prudence et d'humilité dans la rédaction des différents scénarios. Face à cette incertitude, il importe d'offrir d'autres pistes d'évolution pour l'établissement. Cette évolutivité doit se traduire tant au niveau du foncier (réserves) que du bâti (élasticité, mutabilité). Cela doit aussi se traduire dans le phasage du schéma directeur, dont le déploiement doit laisser une marge de manœuvre suffisante pour réinterroger tous les 5 ans l'opportunité et la pertinence de l'étape suivante.
- De même il faut souligner qu'un schéma directeur, en s'inscrivant dans le temps doit anticiper les nombreuses incertitudes propres au portage de tels projets et qu'il doit, en conséquence, prévoir une capacité de « *stop & go* » en garantissant la

fonctionnalité du schéma à chaque phase du projet ; agir dans un monde incertain, tel est le crédo d'un schéma directeur immobilier : d'où le besoin de prévoir des moments d'arrêts, de pause, de redémarrage, ou d'accélération (plus rare) dans son déploiement

- De même le schéma directeur immobilier embrasse la totalité des fonctions de l'établissement et doit, à ce titre, pouvoir se décliner en différents volets dont l'objectif final et la cohérence des uns par rapport aux autres (volet soins, volet logistiques, médico-techniques, volet enseignement et recherche, etc.) ;
- Enfin, un scénario de schéma directeur ne se contente pas de présenter une évolution patrimoniale en réponse à des besoins fonctionnels. Il doit intégrer plus globalement les conséquences et impacts associés aux choix (impacts financiers, humains, environnementaux, etc.)

Le schéma directeur est ainsi, et même d'abord et avant tout, un outil à la disposition des établissements pour permettre un choix éclairé sur la trajectoire qu'il souhaite et peut emprunter. En d'autres mots, un schéma directeur immobilier doit être un moyen de se donner la liberté d'un choix, en connaissance de cause.

Enfin, la « phase 3 » doit amener à la consolidation du scénario préférentiel retenu.

La phase 3 du schéma directeur est la phase durant laquelle le projet, sur la base d'un scénario préférentiel retenu, va faire l'objet d'une communication plus large à l'échelle de l'établissement. Jusqu'à présent, les études du schéma directeur revêtaient un aspect plutôt confidentiel (équipe projet, ateliers, comité de pilotage, et d'éventuelles présentations portant sur la méthodologie de la démarche). C'est donc en phase de consolidation du scénario que doit se déployer la publicité et assurer l'adhésion autour du SDI.

Cette phase du schéma directeur est une phase stratégique de consolidation du scénario auprès de la tutelle, notamment pour la partie médicale et aussi financière, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau du territoire. C'est cette phase d'échange avec l'ARS qui doit notamment permettre que les objectifs du schéma directeur soient pleinement partagés, voire défendus au niveau national dans le cas d'une éventuelle instruction future en COPERMO.

Cette étape doit aussi conforter la soutenabilité du scénario auprès d'autres partenaires comme la ville, la faculté, ou les CLCC.

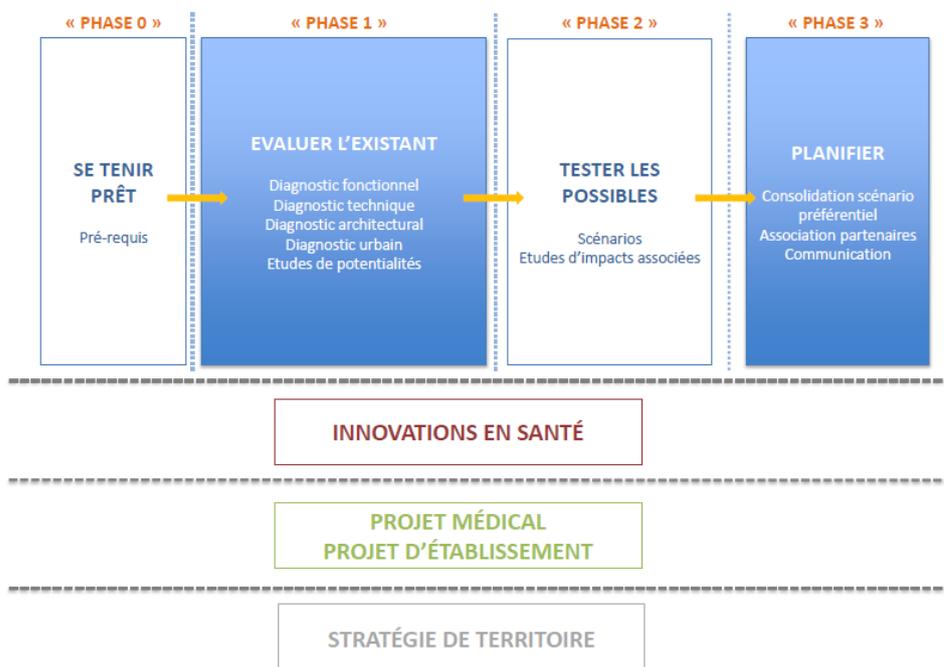
Si cette partie ne constitue pas en soi un niveau de détail beaucoup plus approfondi qu'en phase scénarios, elle permet cependant d'ancrer le projet dans la conscience collective et lui donner l'impulsion (y compris politique) nécessaire pour engager son déploiement.

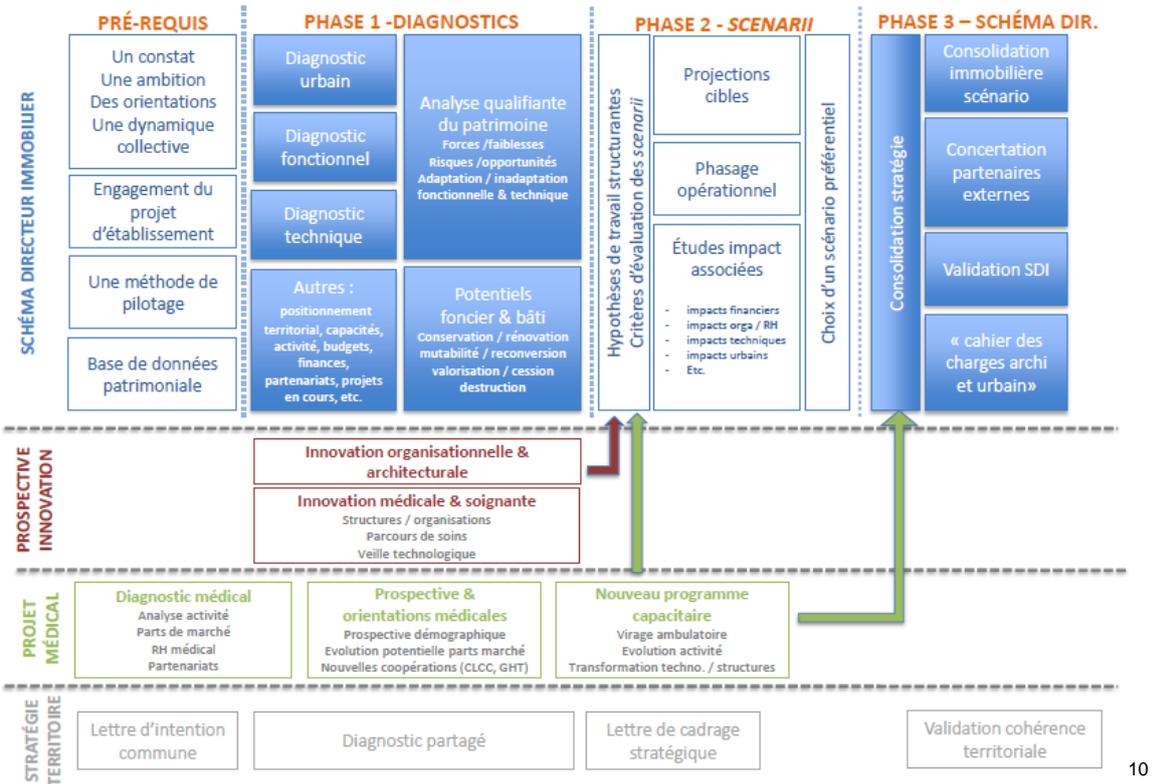
C'est sans doute la phase la plus politique, car elle nécessitera une communication plus importante, pour permettre l'adhésion du projet. En cela la présentation du scénario préférentiel aux instances de l'établissement est indispensable.

Cette présentation en instances, pour information, doit permettre d'inscrire le projet dans une dynamique plus large au sein de l'établissement. Il est donc important de montrer que le schéma directeur, en l'état, est davantage le démarrage d'un projet que la conclusion d'un travail faisant désormais office de loi.

Par ailleurs, cette phase doit permettre d'arrêter une stratégie commune avec l'ARS sur les données structurantes du projet, notamment d'un point de vue capacitaire, et de les consolider une approche territoriale garantissant la pertinence globale du projet au-delà du seul établissement.

En synthèse, et parce qu'une image vaut mieux qu'un long discours, l'élaboration d'un SDI peut se résumer par les deux schémas présentés ci-dessous que nous reprenons de la Commission Ingénierie & Architecture :





10

## 1.2.2 Un positionnement dans la politique de l'établissement à part

Les schémas directeurs permettent d'inscrire les projets immobiliers dans un cadre plus global qui permet de garantir la pertinence de l'investissement, la cohérence fonctionnelle des projets à l'échelle de l'établissement, et ainsi leur pérennité sur le long terme.

De manière générale, on estime que le « *coût de conception* » (« *design cost* ») que représente l'élaboration d'un schéma directeur immobilier correspond à environ 0,1 % du coût global du projet selon Philippe SUDREAU<sup>11</sup>. Cette estimation est confirmée par le retour d'expérience des CHU en la matière.

De plus, il semble être un outil particulièrement performant de dialogue avec l'ARS et le Ministère, car il démontre à la fois une véritable rigueur dans la stratégie de maîtrise du patrimoine hospitalier, et une volonté de se projeter sur le long terme, pouvant être mise en perspective avec les besoins du territoire. Enfin, dans le cadre des instructions de projets d'investissements via le COPERMO, l'existence d'un SDI peut s'avérer être un atout en termes d'argumentation pour convaincre de la pertinence de long terme du projet envisagé.

<sup>10</sup> Schémas provenant de la commission Ingénierie & Architecture, *Schémas Directeurs immobiliers : un outil au service de la stratégie des centres hospitaliers universitaires* ; groupe de travail 2016-2017 ; Conférence des Directeurs généraux de CHU.

<sup>11</sup> <https://www.architecture-hospitaliere.fr/wp-content/uploads/2017/12/p.13-21-Extrait-Schemas-Directeurs-Hospitaliers-CIA-AH-24.pdf>

C'est pourquoi, au regard des conséquences financières et des potentiels bouleversements des organisations existantes, voire de la dimension politique et stratégique de certains volets du projet (on peut penser à la cession du site de Saint Roch à la Ville de Nice par exemple) la conduite de schémas directeurs immobiliers induit nécessairement un investissement fort de la direction générale, et de la Direction du patrimoine.

A ce titre, le fait de parler de « *schéma directeur immobilier* » a eu trop souvent tendance à orienter les projets vers un pilotage porté quasi exclusivement par les directions en charge du patrimoine (direction des travaux, direction des services techniques). Or cette orientation ne paraît pas optimale au regard d'enjeux qui dépassent très largement le cadre immobilier car il interroge plus profondément la stratégie médicale, la trajectoire financière de l'établissement, voire l'offre de santé sur le territoire.

Certains CHU ont ainsi fait le choix de dédier provisoirement une ressource spécifique, à l'instar d'un chargé de mission de niveau directeur adjoint, dans l'objectif de piloter l'ensemble de la démarche, de la conception initiale du SDI (phasage de la mission, cadrage méthodologique, recensement des acteurs, définition des besoins internes et extérieurs, présentation aux instances de validation, etc.) jusqu'à l'aboutissement du schéma et son déploiement. Cette ressource dédiée, qui peut être limitée dans le temps, est habituellement issue de l'équipe de direction en place mais elle fait parfois l'objet d'un recrutement spécifique.

C'était le cas au CHU de Nice, puisqu'il s'agissait au départ de Cécile Tagliana, ancienne directrice adjointe et cheffe du projet, chargée de mission sur la préparation de l'ouverture du nouvel hôpital, Pasteur 2. Placée auprès du DG de l'époque, elle avait constitué une petite équipe à ses côtés. Il s'agissait en effet du projet central de tout l'établissement, concentrant l'essentiel des investissements, délaissant au passage les autres sites, leur coût d'exploitation et de maintenance, qui revenait à la Direction du Patrimoine Immobilier. En 2015-2016, après l'ouverture du site de Pasteur 2 et l'arrivée d'un nouveau DG, la mission SDI bascule au niveau du Pôle des ressources matérielles. Constituée plusieurs personnes, partagées avec la DPI, et dédiées aux différents sites du CHU cette équipe permet de brosser l'ensemble du schéma directeur. Il y a ainsi à sa tête un ingénieur, Xavier GARRET, qui est à la fois responsable de la mission globale et du volet portant sur le site de l'Archet, de Nicolas CONSTANTIN (pour le site de Pasteur 2, d'Anne MASQUIN (pour les aspects juridiques), et de Fabienne MORO (pour la partie administrative et juridique également.

A l'inverse, les CHU de Nantes et de Rennes ont dédié un Directeur d'hôpital, placé auprès du Directeur général ou du Secrétariat général pour assurer la réalisation de ce projet.

On constate aujourd'hui que de nombreux établissements, de grande taille généralement, se lancent dans un schéma directeur immobilier, pour les mêmes raisons que le CHU de Nice, à l'instar du CHR de Metz-Thionville, du CHU Nancy, du CH de Valenciennes, du CHU de Bordeaux, ou de l'Assistance-Publique des Hôpitaux de Marseille.

Il importe à présent de présenter le SDI du CHU de Nice, qui comporte des spécificités et une originalité, qui peuvent néanmoins permettre de comprendre concrètement l'importance et les défis d'un projet de ce type.

## **2 Le nouveau SDI du CHU de Nice : démarré en 2015, il a connu des évolutions significatives au cours des années suivantes**

Le nouveau SDI du CHU de Nice a fait l'objet de nombreuses évolutions entre 2015 et 2020. Par principe, ce document peut, et même doit être capable de s'adapter aux contraintes techniques ou financières qui peuvent apparaître au cours du temps.

Sans revenir sur les différents scénarii proposés et étudiés, nous nous focaliserons sur le scénario préférentiel et ses évolutions. Il s'agit donc de présenter dans cette partie, à la fois le SDI retenu, son contenu et ses grandes composantes, ainsi que sa dernière version stabilisée en 2020 avant la présentation au COPERMO (initialement prévue pour avril 2020 et reportée *sine die* suite à la crise de la COVID-19).

### **2.1 Le SDI validé par le CHU de Nice repose sur des principes visant une plus grande performance hospitalière, intégrant des enjeux fonciers structurants.**

Pour élaborer son nouveau SDI, le CHU s'est tout d'abord adjoint les services d'un prestataire expérimenté dans ces études. Au terme d'une procédure d'appel d'offres ouvert engagée en 2014, le CHU de Nice a désigné ICADE PROMOTION Pôle Expertise Santé pour étudier son SDI.

A la suite des trois phases (présentées ci-dessus) ayant structuré la démarche et les échanges entre le groupe ICADE et le CHU de Nice, le scénario 4 est présenté à la Direction Générale le 19 avril 2018 ; il est retenu comme Schéma Directeur Immobilier.

L'élaboration de ce SDI retenu s'appuie sur deux principes majeurs :

- La densification des sites occupés : il s'agit de rationaliser les espaces et d'aboutir à un schéma prévoyant une réduction de volume de m<sup>2</sup> par rapport au niveau d'alors ;
- La soutenabilité financière et la valorisation du patrimoine : afin de garantir la crédibilité financière des investissements, le SDI doit intégrer une stratégie de valorisation de son patrimoine.

### 2.1.1 Le diagnostic initial fait état d'une situation immobilière préoccupante.

Cette phase a permis de caractériser la situation foncière et immobilière de l'établissement, notamment d'apprécier la qualité fonctionnelle générale et par activités des bâtiments. Elle a également permis de mesurer la vétusté immobilière, de montrer les potentialités d'évolution futures et leurs limites, d'indiquer des orientations d'un point de vue de gestion à long terme des bâtiments. Elle s'est appuyée sur la visite détaillée des sites, sur des échanges ciblés avec plusieurs autres personnels de l'établissement afin de mieux comprendre leurs besoins, leurs contraintes et les limites liées à l'immobilier.

Le diagnostic immobilier a ainsi mis en relief des caractéristiques foncières et immobilières structurantes pour envisager ce nouveau schéma directeur immobilier :

Le point central du diagnostic est que le foncier global du CHU est concentré sur les sites de Pasteur et de l'Archet. Le foncier devient donc rare et doit être géré comme tel.

Ainsi, à terme, les sites de Pasteur et de l'Archet représenteront 79% du foncier total utilisable du CHU contre 51% actuellement. Les évolutions futures de ces 2 sites passeront par des démolitions et devraient maximiser les surfaces créées par la construction de bâtiments denses de plusieurs niveaux. Ainsi, parmi les constats proposés dans le diagnostic, deux semblent retenir l'attention :

- Le foncier du site Plaine du Var offre l'opportunité de regrouper les principales fonctions de logistiques hôtelières.
- La qualité globale des bâtiments demeure préoccupante dans la mesure où 2/3 des surfaces sont en état moyen, vétustes et à rénover. En effet, 36 % du bâti est neuf grâce aux opérations Pasteur 2 phase 1 et dans une moindre mesure de l'Archet 3.

Les autres bâtiments sont essentiellement en état moyen (27%) ou vétustes et à rénover (34 %). Ces bâtiments sont souvent en obsolescence fonctionnelle avec des surfaces de chambres peu adaptées aux attentes actuelles telles que c'est le cas à l'Archet 1. Ils peuvent aussi présenter des caractéristiques qui ne répondent plus aux normes réglementaires (absence de résistance calculée au séisme pour les bâtiments de plus de 40 ans par exemple).

Par ailleurs, selon ICADE, la répartition des activités et des flux est déséquilibrée :

- Sur le site de l'Archet, il existe une dispersion de certaines activités telles que les soins critiques adultes, les activités externes et hôpitaux de jour, les laboratoires. ICADE observe en outre une sous-occupation de certains secteurs médico-techniques notamment suite à la mise en service de Pasteur 2 phase 1 (bloc opératoire et Imagerie de l'Archet 2).

- Sur le site de Pasteur, la construction de la 2<sup>ème</sup> phase de Pasteur 2 poursuivra l'intégration et le regroupement des activités de court séjour. L'usage des surfaces doit toutefois encore gagner en optimisation, et c'est d'ailleurs tout l'enjeu de la phase 2.
- Enfin, sur le site de Cimiez les bâtiments hospitaliers sont vétustes et obsolètes mais bénéficient d'une implantation assez centrale dans la ville. L'administration ainsi que la Direction générale sont installées dans un bâtiment ancien classé et rénové.

Toujours selon ICADE, le confort hôtelier et l'optimisation des hospitalisations complètes sont hétérogènes entre les sites :

- A l'Archet, la configuration des bâtiments rend difficile l'amélioration du taux de lits en chambres individuelles ;
- L'hôpital Pasteur 2 répond aux exigences de confort attendu par les patients. En revanche, les bâtiments de Pasteur 1 ne devraient plus être destinés aux patients. Pour l'essentiel, ils sont obsolètes et seront libérés par la mise en service de la phase 2. Ils représentent néanmoins des réserves foncières importantes.

Le diagnostic immobilier rappelle également que le confortement de la falaise qui surplombe la blanchisserie est une contrainte qui s'impose à l'établissement, sans certitudes toutefois sur la possibilité d'occuper de façon efficiente le foncier situé en contrebas<sup>12</sup>.

Enfin, l'étude de valorisation foncière du site de Cimiez a montré les difficultés et les limites liées à cette option :

- Compte tenu de la localisation dans la ville, un nouvel usage approprié serait de construire des logements, ce qui obérerait la valorisation potentielle (proposition d'ICADE qui ne sera finalement pas retenue) ;
- L'inscription urbaine en Secteur à vocation d'enseignement, sport, culture, santé, obligerait à revoir le PLU, ce qui nécessiterait des accords de la Ville et du temps pour les mettre en œuvre.

Le site de Cimiez a en effet fait l'objet d'une réflexion sur la possibilité de le vendre ou non. Mais dans le scénario retenu, cette possibilité sera finalement écartée.

---

<sup>12</sup> Pour information : en 2015, un morceau de la falaise s'est écroulé, causant des dégâts sur la blanchisserie, et rendant impossible toute utilisation ou extension de ce secteur.

Cette vision du schéma directeur a pour vocation de traduire le projet médical en tant qu'elle permet de renforcer les prises en charge en oncologie sur le site de l'Archet, d'identifier un plateau de prise en charge post urgence sur le site de Pasteur 2, et de rassembler des activités de SSR du CHU sur le site de Cimiez. C'est encore aujourd'hui les principaux objectifs du projet médical et du SDI. Elle présente également l'avantage de regrouper le pilotage des structures de recherche et de favoriser ainsi des gains d'efficience.

Au-delà des objectifs stratégiques, le cadre des scénarios intègre notamment le capacitaire cible pour les hospitalisations, les données d'activités pour celles concernées par les évolutions, les projets de pôles complémentaires, les contraintes opérationnelles pour des opérations immobilières, les caractéristiques et orientations résultant du diagnostic (réglementations, vétusté, etc.).

Au total, le SDI fixe 5 grands axes majeurs :

- Poursuivre la transformation de Pasteur (par l'ouverture de Pasteur 2 en 2015 puis de la phase 2) ;
- Moderniser le site de l'Archet 2 et libérer l'Archet 1 ;
- Maintenir et restructurer le site de Cimiez ;
- Vendre le site de Saint-Roch ;
- Regrouper et sécuriser les plateaux techniques et fonctions logistiques.

### **2.1.2 Le détail des opérations du SDI indique des projets d'envergure qui densifient et transforment le CHU de Nice**

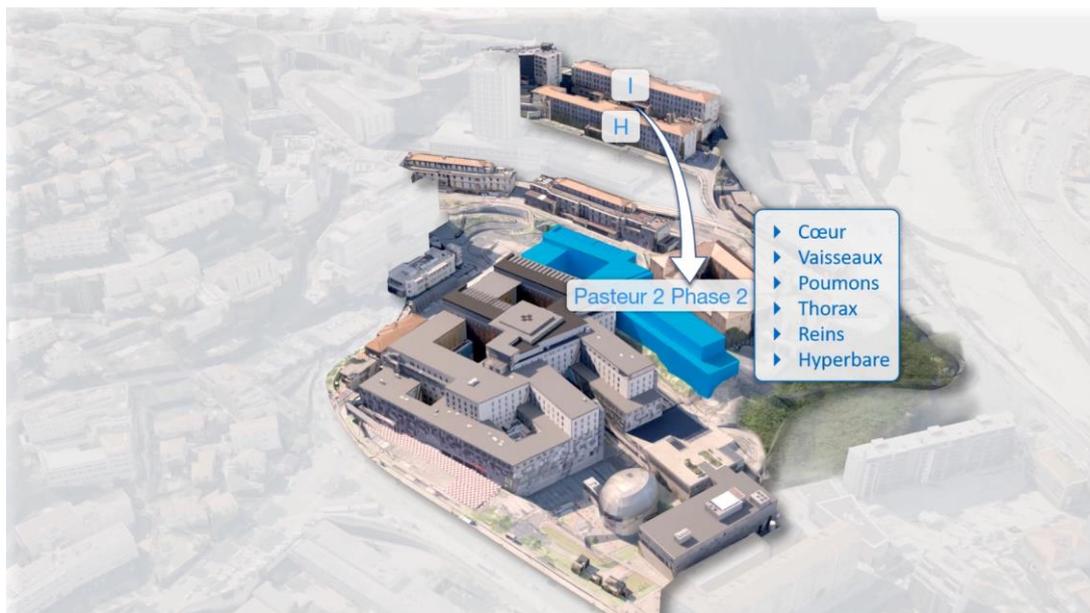
Si on rentre dans le détail des différentes opérations du SDI, on constate que chacune des opérations correspond à un axe du projet d'établissement, et traduit ainsi physiquement les ambitions médicales et d'offre de soins du CHU.

Tout d'abord, l'opération majeure et sans doute la plus visible du schéma directeur est celle impliquant le site de Pasteur (à la fois Pasteur 1 et Pasteur 2). L'objectif visé est de regrouper l'activité du site autour de l'opération Pasteur 2 en renforçant la vocation d'urgence de cet hôpital.

#### *➤ Pasteur 2 : une opération qui doit être menée à son terme*

Une et indivisible, l'opération Pasteur 2 doit être achevée en menant à bien la construction de la 2<sup>ème</sup> phase de l'opération. Cela passe notamment par la densification et la rationalisation des surfaces sur les phases 1 et 2 afin de vider des surfaces vétustes de l'Archet 1 et des bâtiments de Pasteur 1.

Ci-dessous, une illustration de la phase 2, et des services qui doivent s'installer à terme :



Ce mouvement d'optimisation des espaces a pour effet de renforcer la cohérence fonctionnelle des flux patients et des activités. A titre d'illustration, les consultations et l'hôpital de jour (HdJ) se situent dans les niveaux bas et les hospitalisations complètes dimensionnées pour 28 ou 14 lits sont localisés dans les étages supérieurs. En outre, le développement de l'Unité de chirurgie ambulatoire ((UCA) est en lien direct avec le bloc opératoire.

Enfin, le site de Pasteur 2 doit accueillir la création d'un plateau dédié à la recherche, dans le cadre notamment du partenariat conduit avec l'Université Côte d'Azur.

➤ *Pasteur 1 : quel avenir ?*

Le site de Pasteur 1 (organisé en pavillons) représente un potentiel significatif pour développer et dynamiser les activités du CHU. C'est la raison pour laquelle deux bâtiments neufs ont vocation à être construits : l'un pour y accueillir le projet de regroupement des laboratoires ; l'autre pour moderniser les services d'hémodialyse et de médecine légale.

Par ailleurs, la libération des pavillons du haut Pasteur ouvre la voie à des projets que le CHU peut nourrir avec d'autres partenaires. Ce sont ainsi près de 15 000 m<sup>2</sup> qui se voient libérés en transférant les activités sur la phase 2 de Pasteur 2 et mis à disposition pour de nouveaux projets de développement.

Si une partie demeure entre les mains du CHU pour concevoir des projets hospitaliers, une part importante peut être destinée à la réalisation architecturale de projet d'innovation, de recherche et d'enseignement dans le cadre de la stratégie menée avec l'UCA (Université Côte-d'Azur).

➤ *La Pavillon M de la psychiatrie doit être réhabilité et restructuré.*

Outre ses missions de psychiatrie générale pour les 60 000 habitants adultes du secteur n°7, le CHU s'est vu confier la prise en charge d'une partie urbaine supplémentaire. Le secteur n°7 élargi couvre ainsi une population adulte supplémentaire de 23 000 personnes (+ 38%) soit au total 83 000 adultes.

Cet élargissement du secteur de psychiatrie entraîne ainsi une réorganisation des structures de prise en charge et des modifications organisationnelles. Celles-ci doivent s'inscrire en phase avec des travaux de réhabilitation et de modernisation du bâtiment actuel, afin d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients hospitalisés.

➤ *Améliorer la cohérence fonctionnelle de l'Archet par sa vocation oncologique*

Concernant ensuite le site de l'Archet, celui-ci s'inscrit dans un projet ambitieux tourné vers l'oncologie, avec la création d'une plateforme dédiée à cette prise en charge lourde, renforçant ainsi la spécificité oncologique du site, grâce également aux activités de l'Archet 1 recentrées sur l'Archet 2.

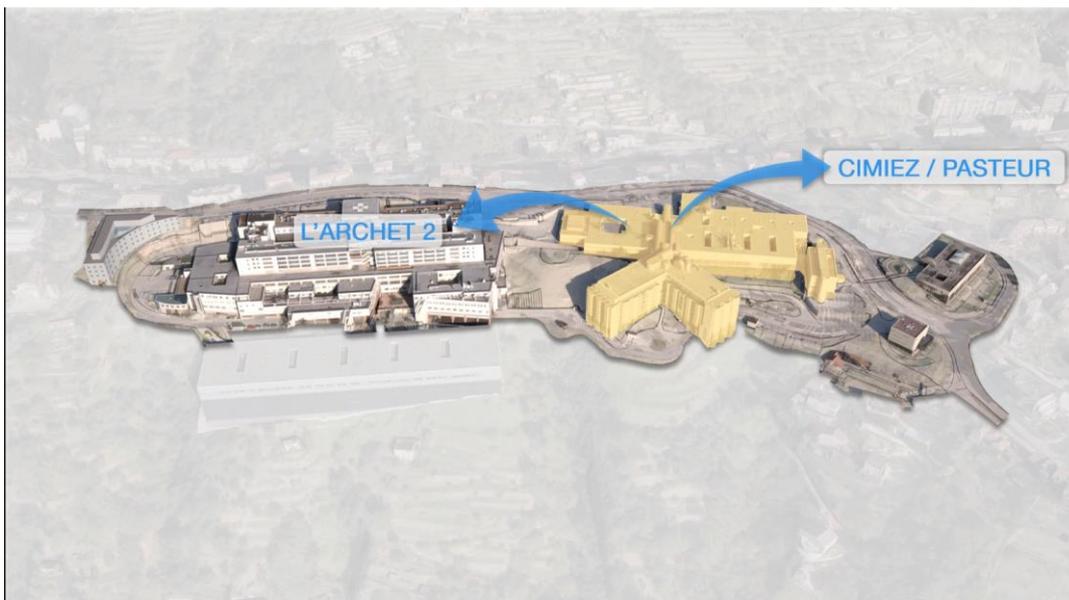
D'une part, cela passe par l'organisation d'un parcours pour les patients autour d'un plateau diagnostique plus performant et d'un hôpital de jour multidisciplinaire. Il s'agit notamment de redonner une articulation fonctionnelle aux flux patient avec à chaque étage des activités cohérentes tant en termes de prise en charge que de spécialités : activités ambulatoires au niveau de l'accueil, hospitalisations en étages dimensionnées pour 28 ou 14 lits, mise en proximité de l'Unité de chirurgie ambulatoire et du bloc.

D'autre part, cela signifie le rassemblement des activités de court séjour sur le site de l'Archet 2. A titre d'illustration, l'imagerie est regroupée sur un même plateau, réunifiant ainsi l'imagerie interventionnelle, conventionnelle et nucléaire. De même, il est prévu de regrouper les réanimations et soins critiques sur l'Archet 2.

Ces orientations ont pour conséquence de libérer l'Archet 1 qui constitue un potentiel important. Cette opération est un ressort capital dans le schéma directeur, en tant qu'il constitue un levier de performance en réduisant les coûts d'exploitation et de structure du bâtiment de près de 24 000m<sup>2</sup>. Ce point, central dans le SDI, entraîne donc la vente à terme de l'Archet 1, car il s'agit d'un levier financier important pour assurer en partie la pérennité des autres projets (élément qui est loin d'être négligeable en vue du passage en COPERMO).

Enfin, des opérations de modernisation sont également prévues telles que la pharmacotechnie située près de la zone de prétraitement de la stérilisation, ou encore les endoscopies digestives.

Ci-dessous une illustration des sites de l'Archet 1 et 2, ainsi qu'une partie des réorganisations envisagées :



Certaines activités actuellement présentes sur l'Archet 1 seront donc transférées vers les sites de Cimiez et Pasteur. Les autres seront progressivement rassemblées sur l'Archet 2 libérant ainsi totalement le site de l'Archet 1. Cette nouvelle organisation, qui s'organise entre 2018 et 2026, permettra de faciliter le parcours des patients, avec sur un même étage des activités de nature identique en termes de prise en charge et de spécialité :

- Soins critiques aux niveaux supérieurs,
- Hospitalisations complètes sur les premiers niveaux,
- Consultations et hôpital de jour au rez-de-chaussée,
- Blocs opératoires et imagerie aux niveaux inférieurs.

Ci-dessous une illustration de la réorganisation à terme du site de l'Archet 2 :



➤ *Le troisième projet structurant du SDI porte sur le site de Cimiez.*

Le schéma directeur immobilier confirme après réflexion durant la phase de diagnostic et de scénario le maintien des activités hospitalières sur le site de Cimiez. L'objectif visé est ainsi de permettre de rassembler les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), de rééducation et de long séjour sur un même lieu.

Pour ce faire, et compte tenu de la vétusté des locaux actuels, les bâtiments de MOSSA et de CHERET doivent être restructurés, notamment pour améliorer le confort et l'accueil hôtelier des patients.

En outre, il a été acté de transférer les lits d'EHPAD vers la ville de Nice, et de désaffecter le Pavillon Victoria pour permettre l'implantation d'un plateau technique unique de réadaptation, en particulier avec de la balnéothérapie.

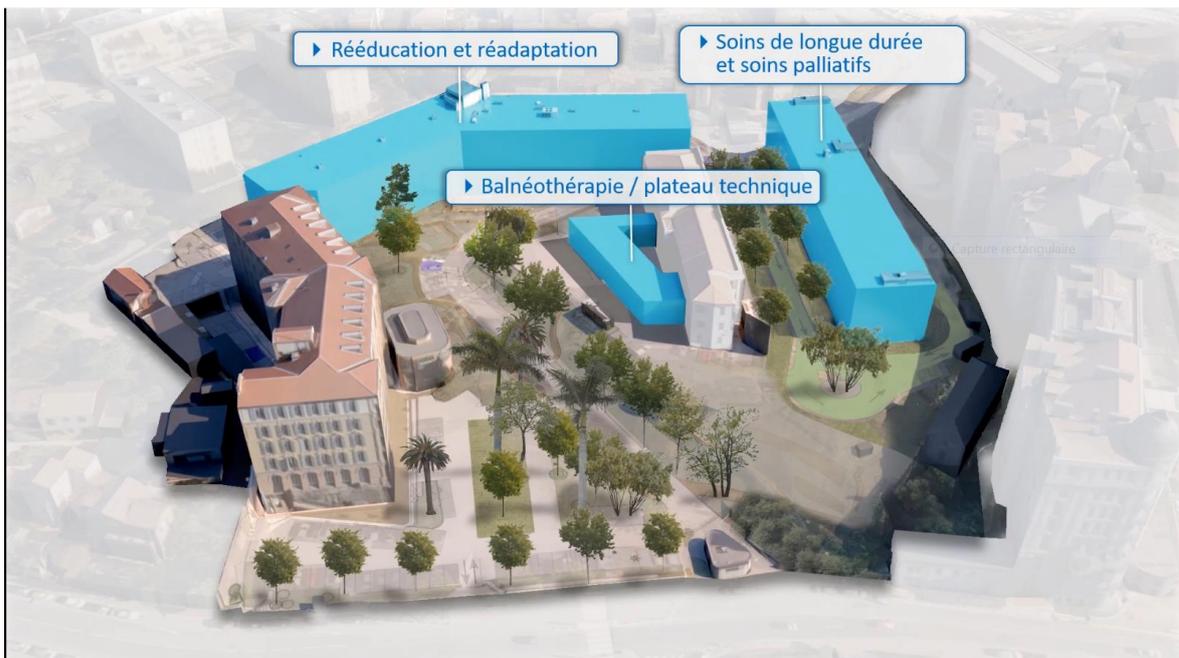
Cette opération doit se faire en trois étapes :

- Dans un 1<sup>er</sup> temps, fin de la mise en œuvre du projet de court séjour gériatrique après Pasteur 2 phase 2 permettant de libérer des surfaces, et transfert provisoire de l'USLD vers l'Archet 1.
- Dans un 2<sup>ème</sup> temps, rénovation lourde et extension partielle du pavillon Mossa pour y installer l'ensemble des activités SSR et MPR (médecine physique et de réadaptation) et ainsi libérer le pavillon Chéret.
- Dans un 3<sup>ème</sup> temps, la rénovation du pavillon Chéret et création d'une balnéothérapie, puis le transfert de l'USLD depuis l'Archet 1 et d'activités présentes dans le pavillon Victoria permettant d'envisager la déconstruction de ce pavillon.

Ci-dessous, deux éléments permettant de visualiser le site de Cimiez et les transformations attendues :



Réorganisation et développement des services sur Cimiez à la fin du SDI:



- *Enfin, deux autres projets, de moindre ampleur, mais tout aussi important sur le plan de l'organisation du patrimoine viennent compléter le SDI :*
  - La vente du site de Saint Roch, hébergeant les services d'odontologie (qui fait l'objet d'une sous partie).
  - La création d'une plateforme logistique unique dans la plaine du Var.

Le Pôle d'Odontologie du CHU de Nice est actuellement installé sur le site de l'hôpital Saint Roch situé au centre-ville de Nice. Il s'agit d'un des deux derniers services, avec le Centre

de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT), en exploitation sur ce site depuis 2015, date à laquelle les autres unités ont été transférées sur le nouvel hôpital Pasteur 2 (phase 1).

Dans le cadre de la vente de l'hôpital Saint Roch à la Ville de Nice, le CHU de Nice s'est engagé à libérer la totalité du site avant le 30 juin 2022 afin de permettre la réalisation du nouvel Hôtel de Police.

Dans cette perspective, le CHU a décidé d'installer durablement le nouveau Pôle d'Odontologie en centre-ville, proche de la patientèle, pour conserver un service et une file active de patient importants.

Le budget de l'opération de restructuration (déménagement/emménagement), équipement compris, est évaluée à 6,5 M€.

Le site de Saint Roch a été vendu le 28 novembre 2019 pour 40M € dont les modalités de versement ont été définies de la manière suivante : 15 M€ d'euros ont été reçus en 2019, 15M€ en 2020, et le solde de 10 M€ versé lors de la libération des locaux (prévu en juin 2022 dans la trajectoire). Ce projet de libération du site de Saint Roch vers le nouveau bâtiment (dit « Riquier », du nom du boulevard où le service d'odontologie sera installé) fait l'objet d'une sous partie de ce mémoire, pour illustrer la gestion d'un projet dans le cadre du schéma directeur immobilier.

Enfin, sur le plan logistique et hôtelier, le CHU de Nice doit relever un double défi : celui de la performance de ses organisations actuellement fragmentées en 5 lieux géographiques sur le territoire d'une part ; et celui de la territorialisation de son fonctionnement à l'heure de la montée en charge du GHT 06 d'autre part.

Aussi, l'éparpillement du nombre de site logistique plaide en faveur d'un rassemblement sur une plateforme unique des activités suivantes : magasin, Lingerie relais, reprographie, Garage mécanique.

Le site actuel où se trouve l'Unité centrale de production (UCP) dans la plaine du Var permettra d'accueillir cette plateforme. Cela signifie d'une part que le SDI va engager la reconstruction de l'UCP actuel dont le bâtiment date de la fin des années 1980 et souffre d'une obsolescence croissante ; et d'autre part, qu'il est nécessaire de construire un second bâtiment regroupant les activités mentionnées ci-dessus.

Au final, à l'issue du déploiement du schéma directeur, près de 90% des surfaces du CHU de Nice seront constituées de bâtiment neuf ou rénové.

En outre, comme nous l'avons souligné précédemment, une rationalisation des surfaces est opérée. Si les activités d'exploitation du CHU occupent actuellement 235 000m<sup>2</sup>, le schéma directeur prévoit une diminution du volume de m<sup>2</sup> de près de 10% pour aboutir sur

une surface totale exploitée de 211 000m<sup>2</sup>. Pour aboutir à ce résultat, la libération de l'Archet et le regroupement des laboratoires sont indispensables.

Pour cela le nombre de m<sup>2</sup> exploités, le nombre de nombre de lieux de réalisation d'hospitalisation de jour et de consultation, le taux de m<sup>2</sup> vétuste constituent des indicateurs de réussite du déploiement du SDI.

## 2.2 Le calendrier du SDI et son financement sont resserrés en vue d'une présentation au COPERMO d'avril 2020 (qui n'a pas eu lieu)

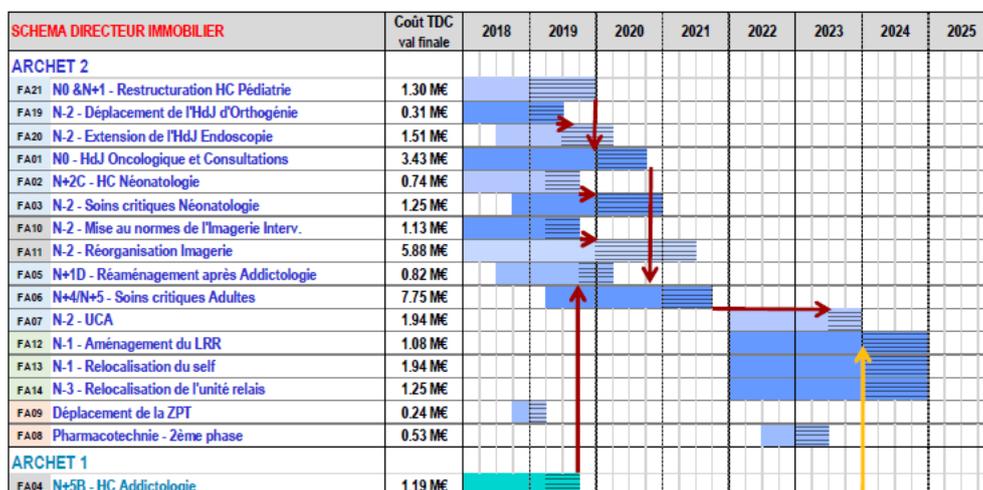
### 2.2.1 Le calendrier de déploiement du SDI est sujet à de nombreux changements, au regard d'imprévus importants

Chaque grand projet dispose dans le Schéma directeur immobilier, tel qu'il a été validé, d'un calendrier précis.

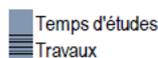
Ainsi, pour ce qui concerne le volet portant sur le site de l'Archet, celui-ci doit (en théorie) s'étaler jusqu'en 2025, mais des retards sur les différents projets font que le calendrier global de ce volet est décalé dans le temps.

Ci-dessous, le calendrier et les coûts initialement prévus pour le SDI dans sa partie portant sur l'Archet 1 et 2

#### COÛT ET PLANNING PREVISIONNELS



Légende :



Les retards peuvent néanmoins s'expliquer. En effet, il s'agit souvent « d'opérations tiroirs » c'est-à-dire de déplacer temporairement des services de soins dans d'autres services ou d'autres endroits durant des travaux de réhabilitation lourds avant qu'ils ne réintègrent leur service initial remis à neuf ; mais ce sont également des opérations qui s'imbriquent les

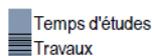
unes aux autres dans la mesure où le déplacement d'un service est conditionné au mouvement d'un autre. Aussi, le retard qui peut être pris sur un projet entraîne inévitablement l'allongement du déménagement de l'autre projet concerné, etc. Dans ce contexte, chaque projet retardé risque d'impliquer un retard dans les autres.

De même, le calendrier de déploiement pour Pasteur a lui aussi subi de nombreux retards. Ci-dessous, le calendrier et les coûts prévisionnels de Pasteur 2 :

#### COUT ET PLANNING PREVISIONNELS

SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER	Coût TDC val finale	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>PASTEUR ET BIH</b>									
/ Pasteur 2 phase 1	18.0 M€								
/ Pasteur 2 phase 2	80.1 M€								
FP13 BIH - Confortement Falaise	18.01 M€								
FP20 P1 bas Pav. V - EFS	- (*)								
FP01 P2 ph1 N+4 E-C - Extension capacité	0.06 M€								
FP02 P2 ph1 N+3 - Extension et densification UCA	0.07 M€								
FP03 P2 ph1 N+5 E-S - Adaptation pour Infectiologie	0.41 M€								
FP08 P1 bas - Regroupement des Laboratoires (neuf)	55.54 M€								
FP04 P2 ph2 N+3 - Aménagement HdJ Médecine	0.34 M€								
FP05 P2 ph1 N+3 - Aménagement HdJHS rhumato en CE	0.61 M€								
FP06 P2 ph2 N+3 - Augmentation capacitaire aile E-N	0.28 M€								
FP07 P2 ph2 N+3 - Extension de l'UCA	0.25 M€								
FP12 P2 ph2 N+1 - Adaptation du vide sanitaire	2.78 M€								
FP19 P1 - Reposeur mis aux normes	1.21 M€								
FP23a P1 - Recherche Tertiaire partiel (extension bât Paillon)	4.76 M€								
FP09 P1 bas - Reposeur et UMJ (neuf)	10.86 M€								
FP16 P1 bas - Hémodialyse (neuf)	11.71 M€								
FP24 P1 bas - UTS (neuf)	2.57 M€								

Légende :



A titre d'exemple, le Pavillon M, situé juste au-dessus de Pasteur 2, a bougé (alea géotechnique majeure) lors des travaux préalables à la phase 2 de Pasteur 2, ce qui a retardé les délais (Pasteur 2 phase 2 devait ainsi ouvrir en 2022, mais il est aujourd'hui décalé à 2024, voire au-delà de 2025).

Une autre explication des retards dans ce projet est le financement de cette phase des travaux qui n'est pas tout à fait consolidé à ce stade.

Ainsi, si au départ une planification des travaux était prévue sur une période allant de 8 à 10 ans, on pourrait estimer que l'achèvement global du SDI dépasserait sans doute les 10 à 15 ans.

Néanmoins, certaines opérations ont démarré dès 2018, et d'autres débuteront lors d'une seconde vague à compter de 2022 : c'est notamment le cas pour le site Cimiez ou de la plateforme logistique.

Enfin la crise de la COVID-19 a eu un impact fort sur l'ensemble des travaux et projets du SDI, même s'il est, à l'heure de la rédaction de ce mémoire, difficile de prévoir un nouveau planning.

## 2.2.2 Un niveau d'investissement très élevé pour le CHU

Pour parvenir à ces différents projets, un plan de financement important et sur plusieurs années a donc été établi. Il implique tout d'abord les coûts liés « directement » au schéma directeur immobilier, à l'instar de la construction de la phase 2 de Pasteur 2, de la création de la plateforme logistique. Dans le même ordre d'idée, la vente du site de l'Archet 1, permettra d'éviter des coûts d'exploitation et d'investissement non négligeables.

En effet, l'objectif de l'établissement de cesser l'exploitation de l'Archet 1 d'ici 2027 vise à éviter des coûts d'exploitation, de maintenance et d'investissement :

- En termes d'exploitation/maintenance, au regard de la surface qui sera libérée, l'économie annuelle est estimée à 1,5 M€ (énergies et fluides, achats techniques, prestations extérieures, travaux courants d'entretiens) ;
- Les opérations de désamiantage sont évaluées entre 4,3 et 8,6 M€ TDC ;
- Les travaux d'accessibilité selon l'Ad'AP (agenda d'accessibilité programmée) sont estimés pour un montant de 2,4 M€ TDC ;
- La réalisation d'opérations complémentaires de Gros Entretien et Renouvellement (GER) pourrait atteindre un montant évalué entre 3,50 et 5,25 M€ TDC.
- Enfin, la réduction des vulnérabilités sismiques de l'Archet 1 suite au plan de prévention du risque séisme de la commune de Nice validé le 28/01/2019 (cf. paragraphe 1.4.4) est estimée à près de 14 M€ TDC.

En synthèse, la réalisation du Schéma Directeur de l'Archet permet au CHU de s'affranchir des investissements complémentaires évalués à ce jour entre 24,2 et 30,3 M€ TDC sur la période 2020-2025, pour le seul maintien en exploitation de l'Archet 1, ainsi qu'une économie annuelle d'exploitation de 1,5 M€ à partir de 2027.

Cette vente apparaît ainsi comme un préalable à de très nombreux projets qui en découlent.

A l'inverse, il y a des dépenses qui n'étaient initialement pas prévues dans le SDI, et que l'avancement des travaux ont fait apparaître. C'est le cas pour le renforcement de la falaise, située en contrebas du site de Pasteur.

En effet, à la suite d'un éboulement de la falaise en janvier 2014 située sur le site de l'hôpital Pasteur, un arrêté d'interdiction d'évoluer a été édicté par la Ville de Nice condamnant ainsi la majeure partie des installations techniques de la blanchisserie inter-hospitalière (BIH) du CHU. Les activités de blanchisserie ont été transférées au Groupement de coopération sanitaire (GCS) « Hôpitaux de la Côte d'Azur » (comprenant les Centres hospitaliers de Cannes, Grasses, Antibes, Fréjus et Menton), que le CHU de Nice a rejoint en tant que

membre à partir de juin 2016. A ce jour, les activités maintenues sur le site sont la blanchisserie relais, la reprographie, et le stockage du 2<sup>ème</sup> poste sanitaire mobile du SAMU. Le CHU de Nice a lancé des études pour un programme global de confortement de la falaise pour un montant total de 20,8 M€. L'ARS a contribué à ce programme de confortement à hauteur de 3,2M€ et une demande de financement complémentaire a été sollicitée début 2020 pour un montant de 850 000 €.

Au final, le Schéma directeur immobilier du CHU de Nice représente près de 325 millions d'euros entre 2018 et 2026. Ce plan pluriannuel d'investissement de près de 325 M€ entre 2018 et 2026 intègre l'ensemble des opérations ci-dessous :

Financement à date début 2019 :

<b>Pasteur</b>	
▪ Phase 2	<b>106 M€</b>
▪ Hémodialyse / IML / UTLS	<b>25 M€</b>
▪ Laboratoires	<b>50 M€</b>
▪ Pavillon M	<b>10 M€</b>
<b>Archet</b>	<b>30 M€</b>
<b>Cimiez</b>	<b>50 M€</b>
<b>Tende</b>	<b>5 M€</b>
<b>Plateforme logistique</b>	<b>25 M€</b>
<b>Recherche</b>	<b>4 M€</b>
<b>Falaise</b>	<b>20 M€</b>

Ce travail d'évaluation financière est central dans la crédibilité du CHU face aux instances régionales (ARS) et nationales (COPERMO).

Une mauvaise estimation des coûts et des investissements peut donc décrédibiliser à la fois le projet, le SDI et l'image de l'établissement.

C'est ce qui a pu se passer par exemple avec la phase 1 de Pasteur 2, faisant l'objet d'un développement dans la partie suivante. La réalisation de la phase 2 de Pasteur 2 apparaît aujourd'hui comme un symbole fort du SDI de Nice.

### **3 Deux exemples de projets du SDI en cours : la phase 2 de Pasteur 2, et le déménagement du pôle odontologie vers le site de Riquier**

Il s'agit ici de se focaliser sur deux projets du SDI illustrant à deux échelles différentes les difficultés rencontrées dans la gestion d'un projet global immobilier.

Dans le premier cas, il s'agit de la construction d'un nouveau bâtiment, la phase 2 du site de Pasteur 2, et qui permettra de mesurer l'importance de l'évaluation des besoins et du temps que peut prendre sa réalisation (toujours en cours) ; dans le second cas, il s'agit d'un déménagement complet de site, en l'occurrence de Saint Roch vers un immeuble situé en centre-ville de Nice.

#### **3.1 Le projet P2P2 : le symbole du nouveau SDI du CHU**

Selon le plan directeur 2002-2006, véritable « *pilier de la réorganisation des activités du CHU et de la modernisation de son patrimoine* », le projet Pasteur 2, visait à bâtir un nouveau bâtiment en lieu et place des installations pavillonnaires, peu, voire plus adaptées à l'activité hospitalière en termes de qualité et d'efficience. L'opération a, pour des raisons financières et techniques, été décomposée en deux phases : d'abord en 2015, avec le premier bâtiment (Pasteur 2 phase 1) qui couvrait 70.000 m<sup>2</sup>, puis un second bâtiment (la phase 2, en cours,) venant rajouté 23.000 m<sup>2</sup>.

##### **3.1.1 La phase 1 de Pasteur 2 : un dérapage dans les délais de réception et dans ses couts**

Pour bien comprendre l'enjeu de la phase 2 de Pasteur 2 (P2P2), tant sur le plan capacitaire, organisationnel ou financier, il faut au préalable revenir sur les dérives de la phase 1, qui a pris du retard dans sa réalisation, mais surtout a entraîné des surcouts très importants, souligné dans le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de 2019<sup>13</sup>.

En effet, entre les études préalables au projet et son ouverture en 2015, soit quinze ans nécessaires à la construction du bâtiment, les techniques médicales et les modalités de

---

<sup>13</sup> <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/PAR2019-1398.pdf>

prise en charge ont profondément évolué, rendant le projet initial en partie inadapte aux besoins de l'établissement.

Selon la CRC, « *la phase 1 de Pasteur 2 qui devait s'achever en 2011 selon le plan directeur 2009 - 2013, a été finalisée en 2015. Des incidents de différentes natures ont ralenti la progression du chantier tels que des aléas hydrogéologiques et géologiques aux conséquences structurelles lourdes, mais aussi un incendie en juin 2012 et des malfaçons découvertes dans le parking mi-2014. L'opération Pasteur 2 a par ailleurs été marquée par l'arrêt des travaux par les entreprises pendant plusieurs mois, en raison d'un désaccord sur le montant des premiers avenants, et la défaillance en cours de travaux de l'entreprise chargée des travaux d'étanchéité nécessitant la relance d'un appel d'offres pour attribuer un nouveau marché* »<sup>14</sup>.

D'autre part, en 2014, soit quelques mois avant l'ouverture (qui avait déjà été décalée), le CHU de Nice a dû engager des travaux complémentaires pour près de 20 M€ supplémentaires en raison de nouvelles demandes et de nouveaux besoins portant sur l'organisation médicale (installation de nouveaux équipements, IRM aux urgences, etc.).

Ces travaux supplémentaires ont ainsi décalé la date de mise en fonctionnement du site de plusieurs mois et alourdi une opération dont les coûts avaient déjà significativement augmenté. Au final, en 2018 selon l'institution de contrôle financière, le coût des deux phases, initialement estimé à 195 M€ TTC hors révisions de prix, a été porté à plus de 240 M€ TTC après passation des marchés. En 2018, avant démarrage des travaux de la phase 2, la totalité de l'opération (phases 1 et 2) était donc estimée à près de 450 M€. Et en y ajoutant les 30 M€ de révisions de prix payées fin 2017, le coût de l'opération approche donc les 480 M€, illustrant ainsi un dérapage manifeste des coûts.

Le tableau ci-dessous, établi par la CRC sur la base des données fournies par le CHU de Nice, permet de mesurer l'important écart financier, tant sur le coût de la phase 1, que sur celle, pour l'instant estimée, de la phase 2.

---

<sup>14</sup> <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/PAR2019-1398.pdf> ; page 15.

Tableau n° 4 : Pasteur 2 : coût de la phase 1, estimation de la phase 2 (en €)

PRESTATIONS REALISEES	MONTANTS TTC
<i>Estimation en 2000 (phases 1 et 2)</i>	<i>195 000 000,00</i>
<b>TRAVAUX PREALABLES A LA CONSTRUCTION</b>	
Opérations tiroirs Pasteur, Saint Roch, travaux démolition	<b>22 517 566,00</b>
<b>TRAVAUX</b>	
Marché de base	243 679 312,80
Avenants	
Indemnités	56 822 604,74
Réfaction	
Marché de base + avenants + pénalités - réfaction (hors révisions de prix)	<b>300 501 917,54</b>
<i>Révisions de prix</i>	<i>25 903 610,69</i>
Protocole lot n°12 (génie climatique)	<b>2 623 530,00</b>
<b>PRESTATIONS INTELLECTUELLES</b>	
Marché de base	29 983 598,06
Avenants	12 242 975,20
Marché de base + avenants (hors révisions de prix)	<b>42 226 573,30</b>
<i>Révisions de prix</i>	<i>4 066 427,26</i>
<b>Autres prestations intellectuelles (hors marchés principaux)</b>	<b>5 818 853,00</b>
<b>TRAVAUX DE RACCORDEMENT (EAU - EAUX USEES -EDF)</b>	<b>3 309 552,24</b>
<b>AUTRES TRAVAUX NON PREVUS INITIALEMENT</b>	
Marchés + avenants (travaux avant mise en service)	<b>15 571 131,69</b>
Marchés + avenants (autres travaux complémentaires)	<b>3 216 837,52</b>
<b>PHASE 2 DES TRAVAUX PASTEUR 2*</b>	<b>90 828 965,00</b>
<b>TOTAL hors révisions de prix</b>	<b>449 715 758,77</b>
<b>TOTAL révisions de prix (à fin 2017) incluses</b>	<b>479 685 796,72</b>

A partir de ces chiffres, on comprend mieux l'importance de maîtriser la phase 2 du projet, qui viendra nécessairement peser dans le résultat final.

La question du renoncement de la phase 2 s'est d'ailleurs posée. Dans sa réponse à la CRC, le CHU de Nice précise que la poursuite de la phase 2 emporte avec elle une réponse à la vétusté de certains sites du CHU, en particulier de Pasteur 1 (en pavillon). D'autres part, renoncer à la seconde phase de ce projet (qui doit être vu comme un projet d'ensemble, phase 1 et 2), aurait un coût de plusieurs dizaines de millions d'euros. Enfin, sur un plan technique, la première partie du bâtiment a été construite dans une zone où un contrepoids est nécessaire pour assurer la stabilité géotechnique.

Le CHU de Nice met également en avant le coût du renoncement du projet, estimé à 58,1 millions d'euros. Aussi, au regard des différents éléments, l'établissement a préféré poursuivre l'opération.

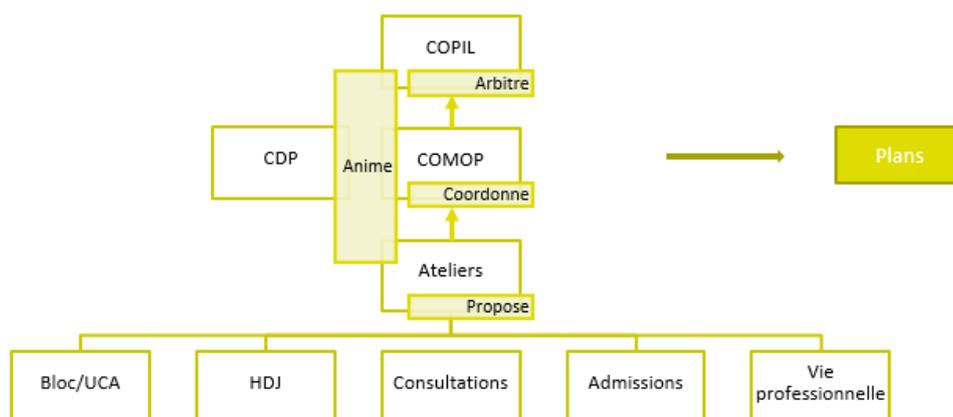
### 3.1.2 Pasteur 2 phase 2 : l'élaboration d'un projet encore en cours

La phase 2 de Pasteur 2 a ainsi débuté en août 2018. Entre la réception de la phase 1 en 2015 le démarrage de la phase 2, le CHU a souhaité repartir sur de nouvelles bases, en mettant à plat les dysfonctionnements de la période passée.

Deux autres raisons ont concouru à cette reprise tardive : la première financière, le CHU avait largement investi dans la première tranche de Pasteur 2, avec des couts et des dépassements conséquents (cf. le point 3.1.1) ; la seconde, raison était d'associer davantage la communauté médicale et hospitalière sur ce projet. Selon la Directrice adjointe aux opérations, en charge du projet de Pasteur 2 phase 2, le but était d'intégrer les médecins à cette méthode de travail et de modifier les plans de la phase 2 pour les actualiser, notamment parce que ceux-ci ne convenaient pas ou plus au besoin. En effet, les plans dataient et donc cette période a été l'occasion de repartir sur une véritable « gestion de projet », avec une modification des plans à la marge initialement, qui en réalité a été bien plus importante (la Directrice adjointe en charge de ce volet n'avait ainsi pas en tête autant de modification à apporter).

De ce travail en « mode projet », a donc été créé un Comité de Pilotage (COPIL), qui arbitre et acte des grandes décisions, s'appuyant pour cela sur le travail d'un Comité opérationnel (COMOP) et d'ateliers pour chaque entité ou services représentés dans la seconde tranche de Pasteur 2. Cette méthode, validée en juin 2019, a permis de donner un nouveau souffle au projet et de faire naître une véritable co-construction.

Ci-dessous, une représentation de l'organisation en « mode projet » de P2P2 :



L'été 2019 a donc été une période importante pour assurer la définition des grands ensembles (c'est-à-dire la macro implantation des services). Celle-ci s'est réalisée :

- En fonction des commentaires et des contraintes des services, afin de maximiser l'espace et de respecter les problématiques et besoins de chacun.
- En insistant sur le fait qu'au sein du Pôle CVTPR (cœur-vaisseaux-thorax-poumon-rein) le regroupement devait se réaliser en institut pour respecter le projet médical.

A titre d'exemple, le service d'urologie et de néphrologie ont décidé de se rapprocher pour permettre plus de cohérence dans leurs activités (chaque service se mettant à côté de celui avec qu'il travaille dans la mesure du possible).

Cette seconde phase du site de Pasteur 2 est ainsi la traduction architecturale et patrimoniale du projet médical du CHU visant à :

- Accompagner le projet médical du pôle CVTPR (extension du bloc opératoire, développement de l'ambulatoire) et notamment la révision capacitaire de radiologie ;
- Rationaliser l'activité post-urgences et gériatrique dans un plateau unique au 3<sup>ème</sup> étage ;
- Rapprocher des locaux de recherche clinique des unités de soins.

Le cout total de l'opération de la phase 2 de Pasteur 2 est aujourd'hui estimé à 103,4 M€<sup>15</sup> (pour 2020-2025).

La tranche 2 de Pasteur 2 est donc aussi l'occasion d'adapter le capacitaire des unités de soins et d'optimiser les surfaces utilisées. C'est pourquoi la modification du programme de la phase 2 emporte des avantages significatifs en comparaison avec le programme prévu initialement :

- Augmentation de 7 700 m<sup>2</sup> dans la phase 2, et de 400m<sup>2</sup> sur phase 1 ;
- Intégration de l'unité de traitement par oxygène hyperbare (UTOH) avec un nouveau caisson et une capacité de prise en charge doublée (au rez-de-chaussée de P2P2)
- Création d'un nouveau plateau d'imagerie adjacent au secteur de consultation, comprenant trois équipements lourds médicaux supplémentaires : une imagerie par résonance (IRM), un scanner, et équipement d'imagerie conventionnelle qui pourra être transformé en IRM ;
- Et l'ouverture de 10 salles de bloc dont 2 salles de coronarographie, 1 salle hybride, 1 salle d'électrophysiologie, 2 salles pour la chirurgie vasculaire et 2 salles pour la chirurgie thoracique. Au total, ce sont 30 salles de bloc opératoires sur Pasteur qui seront opérationnelles à terme.

Enfin, et en outre, les travaux de la phase 2 permettent la prise en compte des orientations de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 », avec un virage ambulatoire important, puisque la capacité de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) doit être triplée, portant ainsi à 42 le nombre de places disponibles.

On comprend donc ici l'importance d'associer la communauté médicale aux grands projets immobiliers et d'avoir ainsi une véritable coordination, pour ne pas dire une harmonie, entre la stratégie médicale et le schéma directeur immobilier du CHU.

---

<sup>15</sup> Données du PGFP 2019 du CHU de Nice

## **3.2 Le projet Riquier : déménager un pôle vers un nouveau site : un exemple de projet-type dans le SDI**

Au cours de mon stage de direction j'ai eu l'occasion d'assurer l'intérim de directeur référent du pôle Odontologie. A travers cette fonction j'ai donc travaillé activement sur l'avancement du projet de déménagement du pôle, situé actuellement sur le site de Saint Roch dans le centre-ville de Nice, vers le site de Riquier, situé à l'est de la ville (proche du centre-ville également).

Ce projet, inscrit dans le Schéma directeur immobilier du CHU, prévoit en effet la vente de l'hôpital Saint Roch à la Ville de Nice, qui souhaite reconverter ce site pour créer un nouvel hôtel de police.

La quasi-totalité des services de l'hôpital Saint Roch ont été transférés en 2015 vers Pasteur 2, excepté le Centre de Lutte Anti-tuberculose (CLAT) et le Pôle Odontologie, qui sont toujours en activité. La vente de l'hôpital Saint Roch à la Ville de Nice a fait l'objet d'une négociation à partir de la fin 2018, et signée à la fin de l'année 2019, qui prévoit notamment la libération totale du site au plus tard en juin 2022.

C'est donc dans ce contexte que le déménagement du pôle s'organise, et que j'ai eu à travailler sur toute la phase de programmation des différents travaux du futur site d'accueil, en lien étroit avec le chargé de mission SDI, le Pôle des Ressources Matérielles et l'équipe du pôle Odontologie.

### **3.2.1 Les enjeux du projet : quitter Saint Roch dans les temps, et investir Riquier pour offrir au pôle le meilleur service**

Tout d'abord le choix du site a été un prérequis au développement des activités du pôle d'odontologie. En effet, le projet s'inscrit dans un contexte local très concurrentiel par la réalisation de plusieurs centres de soins dentaires créés notamment par des mutuelles. Afin de bénéficier de la plus grande attractivité et visibilité, il a donc été privilégié une implantation en centre-ville, hors des sites hospitalo-universitaires habituels, au cœur de la patientèle et sur l'un des axes majeurs de circulation et de transport en commun de la Ville de Nice.

C'est pour répondre à ces priorités, définies avec le pôle, que l'immeuble situé au 28 boulevard Riquier à Nice a été préféré.

Par ailleurs, l'une des missions principales du pôle est d'accueillir les étudiants en chirurgie dentaire, dont le « *numérus clausus* » sera remplacé prochainement par un « *numérus apertus* », ce qui va conduire à une augmentation de l'ordre de 20% du nombre d'étudiant. Cette évolution a pour conséquence d'augmenter le besoin capacitaire du nombre de fauteuils dentaires dédiés à l'activité des étudiants.

Autre enjeu important pour le pôle, et qui a une conséquence non négligeable sur l'organisation du futur bâtiment, c'est le souhait de voir venir le Centre de Formation des Apprentis (CFA) prothésistes dentaires, géré par la Métropole Nice Côte d'Azur. L'idée est de développer un projet de regroupement de leurs activités respectives sur un plateau technique commun regroupant des fonctions mutualisées et/ou complémentaires.

Enfin, le pôle d'odontologie a décidé également de conserver l'activité de soins des enfants au sein de l'établissement (activité qui est développée en grande partie par la Fondation Lentral).

Dans cette perspective, des travaux de restructuration et d'aménagement sont nécessaires afin de mettre en œuvre le nouveau projet médical du pôle basé sur le cadrage fonctionnel suivant :

- Accueil des urgences et de soins spécialisés comprenant 4 fauteuils d'urgence, 1 fauteuil de soins spécialisés et 1 salle de panoramique dentaire ;
- Secteur Etudiants comprenant 30 fauteuils dédiés à la pratique et l'enseignement universitaire permettant de prendre en compte l'augmentation de 20% du nombre d'étudiants ;
- Soins des enfants comprenant 9 fauteuils de pédiatrie ;
- Secteur Praticiens constitué de 10 fauteuils, 1 fauteuil bilan, 1 salle 3D et 2 salles blanches ;
- Secteur Laboratoires de prothèses et locaux d'enseignement constitué des laboratoires du CHU mutualisés avec le Centre de Formation des Apprentis prothésistes dentaires ;
- Secteur Tertiaire, Logistique, Stérilisation relais.

Le budget de l'opération de restructuration, équipement compris, est évaluée à 6,5 M€ TDC. Le site de Saint Roch a pour sa part été vendu en novembre 2019 pour 40M € : 15 M€ d'euros ont été reçus en 2019, 15M€ en 2020, et le solde de 10 M€ sera versé lors de la libération des locaux (prévu en 2022 dans la trajectoire).

C'est donc à partir de ces grands éléments que nous avons travaillé pour déployer le projet d'emménagement et de travaux vers le site de Riquier pour juin 2022. La libération de l'hôpital Saint Roch au 30 juin 2022 est en effet un engagement fort du CHU, car des pénalités sont prévues en cas de dépassement.

### **3.2.2 La phase de programmation et de conception du projet**

Une opération de ce type repose sur 4 grandes phases, sur lesquelles de nombreux acteurs interviennent à chaque étape :

- Une phase de programmation (avec des études préalables, un programme, et la désignation des prestataires intellectuels) ;
- Une phase de conception, comprenant une esquisse et un diagnostic, un avant-projet puis un projet ;
- Une phase de réalisation impliquant la consultation des entreprises, les offres et marchés, la préparation du chantier, la réalisation des travaux et leur réception.
- Enfin, la dernière étape consiste en l'exploitation c'est-à-dire dans l'achèvement et le bon fonctionnement des équipements, leur mise en service et le transfert au maître d'ouvrage (en l'occurrence le CHU de Nice).

Durant la période de stage de direction, j'ai donc travaillé sur la phase de programmation et une partie de la phase de conception (débutée à l'été 2020), ce qui permet de mesurer l'importance du suivi des opérations et de replacer plus largement ce projet dans le schéma directeur immobilier du CHU.

La phase de programmation débute tout d'abord par des études préalables, et notamment une préféabilité du projet, ainsi qu'une enveloppe financière allouée (estimative). Ce travail, effectué par les services du Pôle des Ressources Matérielles, est accompagné et consolidé par un économiste. Le MOA (maître de l'ouvrage, c'est-à-dire le CHU de Nice) décide du lancement de l'opération, de sa définition, de son contenu, de sa localisation, son opportunité, et son mode de réalisation. Pour le projet Riquier, nous avons donc été assisté d'un AMO (Assistant à maîtrise d'ouvrage) pour concevoir la partie audit, études d'impact, et recherche de foncier.

Le maître d'ouvrage peut selon la réglementation en vigueur passer des marchés publics d'assistance à maîtrise d'ouvrage « *portant sur un ou plusieurs objets spécialisés, notamment en ce qui concerne tout ou partie de l'élaboration du programme, la fixation de*

*l'enveloppe financière prévisionnelle de l'opération ou le conseil spécialisé dans un domaine technique, financier, juridique ou administratif »<sup>16</sup>.*

Les premières réunions de travail, posant le diagnostic, établissant un préprogramme théorique et une approche de faisabilité ont débuté en novembre-décembre 2019, avec un retour de faisabilité à la fin janvier 2020. Durant cette période, le directeur qui pilotait ce projet (M. Stéphane SWEERTVAEGHER, Directeur des Opérations), accompagné du chargé de mission SDI ont visité d'autres centres de soins dentaires pour établir une comparaison et s'inspirer des bonnes idées, à l'instar des enjeux numériques, du tracking des patients, etc., développés notamment au CHU de Reims.

Est alors apparu un point important qui va être central dans la suite du programme de travail et de la conception du projet c'est la verticalité du bâtiment Riquier.

En effet, le bâtiment de type R+7, a été conçu dans les années 1970-1972 avec une surface totale de plus de 3.600m<sup>2</sup>.

Par une étude médico-économique et des échanges avec le Pôle pour obtenir le ratio nécessaire de fauteuils/étudiants, nous avons constaté que le site de Saint Roch était dans une moyenne basse, et que le nouveau site, incluant le « *numerus apertus* » devait donc prendre en compte la hausse significative d'étudiants dans les années à venir.

Si bien que nous sommes arrivés, après études et projection capacitaire au résultat suivant pour le futur site de Riquier.

Activités	Capacitaire actuel 35 étudiants	Capacitaire projeté 65 étudiants
<b>Etudiants</b>	15,6	30
<b>Internes / DU / praticiens</b>	6,2	10
<b>Urgences</b>	4	4
<b>1<sup>ère</sup> consultation</b>	0,2	1
<b>Soins Spécifiques</b>	1	1
<b>Salles blanches (ISO 7)</b>	2	2
<b>Pédiatrie</b>	5	9
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>57</b>

Par ailleurs, la tentative de modéliser un étage-type pour les étudiants dans l'étude de faisabilité, sur la base d'une configuration validée des cabinets dentaires a permis de constater que :

- Positionner 19 fauteuils par niveau n'est pas possible ;
- Positionner 19 fauteuils par étage suppose une largeur des box de 2,42 m
  - o Ce qui est trop faible, car le passage est insuffisant entre les cloisons et les fauteuils (40 cm)

<sup>16</sup>Source : [Article L. 2422-2](#) du code de la commande publique

- Et que la paillasse (qui sert de plan de travail aux praticiens) est réduite à 1,4 ml contre 2 ml.

Ce qui a donc conduit une configuration des étages à 15 fauteuils au regard de la situation du bâtiment.

Il s'agit d'un travail important, car de la conception de notre capacitaire et des besoins futurs dépendent la suite de la programmation, et des installations futures.

Dans cette période de faisabilité, nous avons aussi échangé avec la Ville de Nice pour des questions d'urbanisme et de permis de construire. Le projet est en effet soumis aux dispositions du Plan Local d'Urbanisme Métropolitain). En outre l'immeuble est situé dans le périmètre de protection des monuments historiques, ce qui nous oblige à respecter de nombreuses normes de construction (par exemple une extension au rez-de-chaussée et au 1<sup>er</sup> étage jusqu'à l'alignement de la façade peut être envisagée afin d'agrandir l'entrée principale de l'immeuble, mais en respectant la façade extérieure, contrainte nécessaire imposée par les bâtiments de France).

A l'issue de cette phase d'études des différents scénarii de faisabilité, notamment techniques (relevé de géomètre, diagnostic structure, préparation du permis de construire et dépôt avec la Direction du patrimoine immobilier) nous avons donc pu passer à l'élaboration du programme technique détaillé (PTD).

#### **Qu'est-ce qu'un Programme Technique Détaillé ?**

Le Programme Technique Détaillé (PTD) décrit les objectifs de l'opération, les besoins à satisfaire ainsi que les contraintes et les exigences de qualité à respecter. Il constitue le cahier des charges des missions de la maîtrise d'œuvre de l'opération.

L'objectif majeur du Maître d'Ouvrage est de réaliser un ensemble immobilier pérenne, évolutif et performant, qui répond aux besoins des usagers et qui garantit une exploitation efficace des locaux.

Le programme technique détaillé précise en cela les objectifs fonctionnels et techniques de chaque élément constitutif du projet.

Le programme technique détaillé se compose des tomes suivants :

Tome I : PROGRAMME FONCTIONNEL :

- Données générales : il s'agit de la présentation du contexte de l'opération et des enjeux du projet au niveau de l'organisation fonctionnelle, des exigences générales ainsi que des caractéristiques du site et du bâtiment à restructurer.
- Définition des besoins : après une présentation des besoins généraux définis par les utilisateurs, ce chapitre présente le détail de chaque secteur fonctionnel : activités, localisation, organisation interne et liste des locaux avec les surfaces

correspondantes. Un schéma fonctionnel illustre l'organisation retenue pour chacun des principaux secteurs.

- Etude de faisabilité : ce chapitre présente une étude de faisabilité qui illustre et démontre la compatibilité du programme de l'opération avec les capacités et les limites du bâtiment à restructurer.

Tome II : PROGRAMME TECHNIQUE :

Ce tome recense les principales installations, les contraintes techniques et réglementaires ainsi que les exigences générales liées à l'opération. Exigences particulières : ce chapitre présente les exigences particulières et spécifiques à respecter par thème et par lot.

Tome III : FICHES DES SPECIFICATIONS TECHNIQUES PAR LOCAL :

- Fiches par local : Il s'agit de préciser les exigences particulières sous forme de fiches techniques pour chaque local.

Enfin le Tome IV : DOCUMENTS ANNEXES

- Documents annexes : plans des existants, DTA, Diagnostics, ...

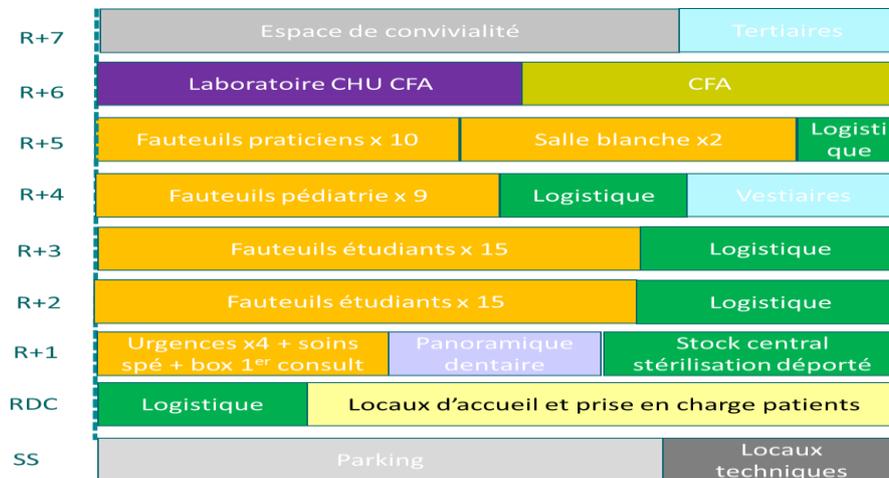
Dans cette partie de la phase de programmation, il s'agit donc de définir les grands besoins du pôle sur le plan technique, comme la répartition par étage des services, l'implantation des locaux tertiaires et techniques, ou la circulation générale des secteurs et des flux.

En effet, sur une surface totale de près de 3.600 m<sup>2</sup> sur 7 étages la question de l'implantation des services, des flux et plus globalement de la lisibilité du projet est essentielle. A ce titre, le programmiste assisté de l'AMO retenu sont au centre de cette étape, car ils proposent des implantations qui doivent satisfaire le Pôle (représenté dans ce projet par la cheffe de pôle, la cheffe de pôle adjointe, le responsable soignant de pôle, la cadre administrative de pôle et la cadre de santé) et la direction (directeur référent du pôle, direction du patrimoine immobilier, pôle des ressources matérielles, et même Direction générale à certains égards).

Ainsi, sans entrer dans le détail du PTD, nous pouvons constater que sur les R+7 du bâtiment, la répartition des surfaces et les affectations retenues ont été les suivantes :

Niveaux	Affectation Actuelle	Surface Utile Brute*	Commentaire
N8	toiture terrasse technique	nc	Accès par échelle à crinoline
N7	tertiaire, salle de conférence / terrasse	249,37 / 112,80	
N6	tertiaire	411,13	
N5	tertiaire	409,71	
N4	tertiaire	409,73	
N3	tertiaire	410,22	
N2	tertiaire	410,19	
N1	tertiaire, un logement T3	367,22	
RDC	Hall, parking	410,22	13 aires de stationnement
Sous-sol	Locaux techniques, parking	549,30	16 aires de stationnement
<b>TOTAL</b>		<b>3627,09 / 112,80</b>	

Si on prend une coupe transversale simplifiée (qui permet de se projeter davantage sur la morphologie du futur site), on parvient à l'organisation ci-dessous :



Pour alimenter le PTD, il a également fallu constituer des équipes de travail sur des domaines spécifiques au futur projet. Ces groupes avaient pour objectifs de préciser les besoins du projet, de décrire les organisations fonctionnelles et les attendus nécessaires (matériels, mais aussi organisationnels, informatiques ou humains).

Neuf thématiques ont ainsi été définies et ont fait l'objet de groupes spécifiques. Composés de personnels médicaux et non médicaux en fonction des groupes et de cadres des directions concernées pour organiser le travail afin apporter une vision technique des enjeux, leur travail a consisté à définir les besoins, leur faisabilité et les moyens à mettre en œuvre pour les inscrire dans le projet global.

#### Les groupes de travail thématiques :

**Projet numérique** : Ce projet concerne principalement les thèmes suivants : projet « zéro papier » ; accueil médico administratif des patients ; gestion des rendez-vous, optimisation des taux d'occupation, suivi de l'activité en temps réel ; application métier, dossier patient informatisé, télémédecine ou encore l'intégration dans le Système d'Information du CHU.

Ce projet fait l'objet d'une AMO spécifique lancée à l'été 2020.

**Laboratoire de prothèse en lien avec le CFA** : le projet porte sur le rapprochement entre le pôle d'odontologie du CHU de Nice et le CFA prothésistes dentaires géré par la Métropole Nice Côte d'Azur. Il s'agit d'un projet qui a pour objet de conjuguer les missions et les compétences respectives des deux établissements afin de créer une synergie et développer l'attractivité des métiers liés aux prothèses dentaires.

**Fonctionnalité des box de soins** : Il s'agit de préciser l'ergonomie de chaque catégorie de box de soins, au niveau des caractéristiques des locaux et des équipements à prévoir.

**Qualité de vie au travail** : le thème « qualité de vie au travail » est un élément essentiel du projet. Il porte principalement sur l'organisation des locaux du personnel (vestiaires, sanitaires, douches, ...), l'ergonomie des postes de travail et des équipements, (hauteurs variables des postes de travail), l'atténuation des bruits extérieurs et intérieurs et surtout les espaces de détente et de convivialité, qui font l'objet d'un enjeu social majeur dans le projet (notamment en raison de l'absence d'un self sur le futur site).

La stérilisation : la fonction stérilisation du nouveau pôle d'odontologie sera réalisée par la stérilisation centrale du CHU de Nice située à l'hôpital Pasteur 2. Dans ce cadre, le projet comprendra une zone d'arrivée, une zone de prétraitement (ZPT) et une zone de départ, que le groupe de travail a précisé.

L'imagerie : l'imagerie est une fonction transversale qui concerne tous les secteurs de soins. Dans ce contexte, il a été préconisé d'équiper tous les box de soins d'un appareil de radiologie fixe et de créer une salle dédiée au panoramique dentaire, une salle réservée aux acquisitions numériques 3D et un fauteuil pour les bilans.

La sûreté : l'exigence de sûreté se traduit par la mise place de moyens et d'équipement spécifiques tels que la vidéo protection (hall d'entrée, guichet d'accueil, salles d'attentes, ascenseurs, circulation des secteurs de soins) ; la localisation des patients (enjeu important, notamment sur un R+7) ou encore la présence d'un agent de sûreté aux horaires d'ouverture.

La communication extérieure et la signalétique intérieure : le CHU de Nice souhaite que le nouveau pôle d'odontologie soit une vitrine de l'institution hospitalo-universitaire en exprimant l'excellence de son offre de soins et de formation. Cette ambition doit donc s'exprimer tant à l'extérieur par les façades de l'immeuble, qu'à l'intérieur, par la signalétique d'orientation et d'information du projet que le groupe de travail a précisé.

Ainsi, comme on peut le comprendre, à chaque étape de la programmation (puis ensuite de la conception) il s'agit d'être de plus en plus précis sur les besoins, sur les locaux, les organisations, en partant au départ d'une vision macro (schéma global d'implantation, surface générale disponible) jusqu'au micro (positionnement du fauteuil dans le box, de la paillasse, des ordinateurs et des prises électriques par exemple).

Puis au stade de la conception, débuté en juillet 2020, l'objectif a été d'établir une esquisse, c'est-à-dire de proposer une réponse architecturale et technique de l'ensemble du projet. Pour cela, un cabinet d'architecte et un bureau d'étude ont été sélectionnés pour établir ce travail.

Au moment de la rédaction de ce mémoire (été 2020) le projet était donc en phase de conception, et au moment de mon départ du CHU de Nice, la phase d'esquisse et d'avant-projet était sur le point d'être achevés.

La phase de réalisation (c'est à dire de consultation des entreprises, des marchés, et in fine de réalisation des travaux) devrait débuter en janvier 2021 (en annexe, le calendrier global du projet).

## 4 Réflexion prospective sur l'avenir des Schémas directeurs immobiliers : vers un SDI de territoire ?

### 4.1 Un SDI de territoire est-il possible ?

Aujourd'hui, les tentatives de créer un schéma directeur à l'échelle d'un territoire restent exceptionnelles, inédites, et parfois non achevées. La démarche menée par l'ARS Île-de-France en 2014, après un audit sur le territoire et auprès des établissements, n'a pas permis de déboucher sur des scénarii de reconfiguration de l'offre de soins à l'échelle de la région.

Pourtant avec la mise en place des GHT l'idée fait son chemin, et amène les établissements membres à s'accorder sur une stratégie médicale commune, ou encore un Système d'information convergent, dont certaines orientations in fine sont susceptibles de s'incarner dans le cadre de projets immobiliers.

On pourrait donc légitimement s'interroger sur l'opportunité ou non d'un schéma directeur immobilier à l'échelle d'un GHT (« *schéma directeur immobilier de territoire* ») ; cette proposition posant toutefois une série de questions :

- Quelles sont les conditions préalables à l'engagement de cette démarche ?
- Le cas échéant, quelles pourraient être les modalités de pilotage et d'animation de la démarche ? Les CHU, comme celui de Nice, ont-ils vocation à piloter la démarche et en être les moteurs ? Quelle est la place des ARS dans la rationalisation des patrimoines hospitaliers voire d'évolution de l'offre de soins (à l'initiative, en animation, etc.) ?
- Enfin, quel est le périmètre le plus opportun qui permettrait de partager une vision et des orientations communes sans contraindre les autres établissements et limiter leur autonomie de fonctionnement ?

On perçoit donc rapidement les limites de l'exercice en l'absence de stratégie territoriale préalablement définie en partenariat avec les autres établissements de santé du territoire. En effet, si le schéma directeur participe à la recomposition de l'offre de santé sur le territoire, il n'appartient pas à l'établissement porteur du schéma directeur d'arrêter des orientations structurantes dont les impacts dépassent son seul périmètre et dont les conséquences seraient portées par d'autres établissements.

A ce stade de notre réflexion, les principaux leviers d'évolution patrimoniale à l'échelle d'un territoire peuvent à priori concerner :

- La restructuration des plateaux techniques (bloc opératoire, bloc obstétrical) et des plateaux médico-techniques (imagerie, laboratoires, stérilisation) ; sans doute celles qui sont appelées à se développer dans les prochaines années.
- La restructuration des fonctions logistiques (blanchisserie, restauration, magasins); c'est sur ces fonctions que les pistes les plus pertinentes existent, même si les fonctions logistiques sont souvent mises en commun par le biais de GCS.
- Le redimensionnement du capacitaire des sites et les éventuels transferts d'activité ; là encore des projets existent, mais il s'agit généralement de relations bilatérales entre deux établissements (par exemple : la création des pôles inter-établissements)

Se pose dans ce cadre la question de l'articulation entre un projet initié par un établissement, fonction de ses besoins propres et des priorités (projet médical, vétusté du bâti, etc.), et la stratégie commune et globale à l'échelle du territoire au sein du GHT.

En effet, comment éviter, dans la mesure du possible, la désynchronisation entre ces deux réalités ?

Avec les GHT ces perspectives de réorganisation à l'échelle du territoire doivent donc faire l'objet d'un accord entre établissements préalablement aux études de scénarios, résultat d'une phase de concertation pilotée par l'établissement support en lien avec l'ARS. Ceci permettrait de partager un objectif commun dont le schéma directeur aurait vocation à évaluer la faisabilité. Cette « feuille de route » garantirait le principe d'adhésion des établissements concernés à la démarche. Ce qui invite à préciser le périmètre pertinent de cette démarche. En effet, il ne s'agit pas de « déposséder » chaque établissement au nom d'un projet territorial de sa « capacité à bâtir ».

Il convient sans doute d'être plus pragmatique et de positionner la réflexion territoriale au bon niveau de compétence de chacun, qu'il s'agisse de l'ARS comme des établissements de santé.

L'objectif premier de cette approche territoriale étant d'assurer une cohérence des projets immobiliers au regard des besoins du territoire : il s'agira principalement d'identifier les opportunités de mutualisation/reconfiguration à l'échelle du territoire ou, en d'autres termes, d'arrêter un certain nombre d'hypothèses structurantes permettant de nourrir les faisabilités en phase scénario.

En 2016, le Conseil Immobilier de l'Etat (CIE) recommandait ainsi dans son Avis de suite sur la gestion immobilière des CHRU « *que la convention constitutive de chaque GHT intègre une annexe portant schéma directeur immobilier*<sup>17</sup> ». Il suggère pour cela, de

---

<sup>17</sup> [https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/cie/publications/avis/cie\\_2016-07\\_suivi\\_hopitaux.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cie/publications/avis/cie_2016-07_suivi_hopitaux.pdf)

s'inspirer du modèle des schémas pluriannuels de stratégie immobilière (SPSI) des opérateurs de l'État et d'y présenter un diagnostic de la situation immobilière, une analyse comparative des différents scénarios d'évolutions envisageables et le schéma retenu pour la période à venir.

En ce sens, nous nous situons donc, pour reprendre l'enchaînement logique du processus de schéma directeur, dans cette étape de transition entre la phase diagnostic et l'élaboration des scénarii. Une phase de diagnostic commune à l'échelle du territoire, permettrait de faire un état de la situation patrimoniale des établissements potentiellement concernés dans le GHT, qui servirait de base à la rédaction d'un projet plus stratégique que chaque établissement pourrait décliner au besoin dans son propre schéma directeur.

En d'autres mots, il serait possible d'imaginer un schéma directeur à deux niveaux permettant de concilier cohérence territoriale et autonomie des établissements :

- Un niveau territorial en amont, durant la phase diagnostic ;
- Un niveau local, par établissement, pour les phases scénarios et consolidation du scénario préférentiel.

On comprend, au vu de ces éléments, les impacts sur le portage global de schéma directeur que constituerait l'intégration pleine et entière d'une dimension territoriale. En effet, cela pourrait in fine interroger le niveau de pilotage du projet à ses différentes phases. Elle suppose en outre une communion d'intérêt entre les établissements.

## **4.2 Un exemple avec la future tour de laboratoire du CHU de Nice ?**

Le CHU de Nice porte en effet un projet de regrouper ses activités de biologie-pathologie, à l'image de ce qui a été réalisé dans d'autres CHU, et de permettre au niveau du GHT de participer à cette future activité.

Les enjeux de ce regroupement sont ainsi les suivants :

- Répondre d'abord à l'organisation multi-sites du CHU, en graduant l'offre en fonction des besoins des différents sites ;
- Améliorer la performance de la biologie-pathologie de l'établissement en gérant de façon commune la phase pré-analytique, en améliorant les flux de prélèvement et d'information (pré et post-analytiques), en améliorant les délais de rendus des résultats, en harmonisant les procédures et en accroissant la visibilité de l'offre de biologie du CHU ;
- Rationaliser l'offre en développant des plateformes communes au niveau du territoire (méthodes physiques, biologie moléculaire, ressources biologiques) et le

regroupement (microbiologie, anatomo-cytopathologie, pharmacologie et toxicologie) ;

- Enfin, favoriser le développement et l'innovation, ainsi que l'attractivité pour les autres établissements (GHT, concurrence privée).

Ces derniers point pourraient nous laisser penser qu'un projet de ce type peut être un premier élément d'un futur SDI de territoire au niveau du GHT des Alpes-Maritimes.

Comme évoqué plus haut, certaines fonctions sont plus propices que d'autres à la mutualisation, même si, à l'instar des fonctions logistiques (blanchisserie ou restauration), elles font déjà l'objet d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

L'idée de basculer aujourd'hui sur des d'activités de biologie voire hospitalière laisse légitimement penser qu'un SDI élaboré avec les autres membres du territoire est envisageable. La création de pôles inter-établissements est de plus en plus développée, et implique souvent des travaux et des enjeux d'implantations et de stratégie immobilière non négligeable dans certains cas.

La « tour de Laboratoire » du CHU de Nice est aujourd'hui en phase de programmation, et devrait voir le jour au courant de l'année 2024, pour un projet global évalué à près de 45 millions d'euros. Il s'agit d'un enjeu majeur et structurant pour le territoire, en y associant des postes partagés de praticiens, de laborantins, de techniciens et de personnels non médicaux. Car au-delà de la structure physique qui sera bâtie, l'idée est aussi de pouvoir mutualiser et partager des techniques, des savoir-faire, et d'améliorer le rendu pour les établissements qui seront partie prenante du projet.



## Conclusion

En 2018, le CHU de Nice a adopté un projet médical ambitieux, reprenant à la fois les grandes orientations de « Ma Santé 2022 » en matière d'organisation et de qualité des soins, et les singularités du bassin niçois sur le plan épidémiologique et démographique.

La feuille de route médicale du CHU de Nice met en avant des axes forts pour répondre aux défis sanitaires de demain : accélération du virage ambulatoire, prise en charge du vieillissement de la population, accentuation et modernisation de la prise en charge en cancérologie, développement de la recherche clinique.

C'est à l'appui de cette vision médicale alignée sur les enjeux de notre système de santé que le CHU s'est doté d'un projet immobilier visant à restructurer et à améliorer son offre de soins.

Fort d'une réflexion de plusieurs années, son schéma directeur immobilier prend ainsi en compte les évolutions techniques médicales, les prises en charges innovantes, la dimension territoriale des activités médicotechniques, et les nouvelles exigences sociétales en matière d'accueil hôtelier.

C'est ce qui donne selon nous tout son sens au SDI : il constitue la déclinaison des différents axes stratégiques à travers des projets architecturaux, ainsi qu'une nouvelle configuration spatiale des sites du CHU (Archet, Pasteur, Cimiez, Saint Roch, Tende). Les évolutions définies dans ce schéma s'inscrivent dans une logique d'optimisation et d'efficience qui préserve la sécurité et la qualité des soins. Grâce à ce travail, chaque site tend à incarner une dimension fonctionnelle du projet médical.

Plus largement, et à travers l'exemple du CHU de Nice, plusieurs principes peuvent être rappelés : un SDI est avant tout une réflexion prospective, qui doit être animée de manière sérieuse et collégiale : ce n'est pas une simple compilation d'études de faisabilité des projets immobiliers de l'établissement. L'horizon d'un SDI (entre 10 et 15 ans) traduit parfaitement ce besoin d'une vision de long terme, cette capacité à se projeter sur « l'hôpital de demain », anticipant à certains égards les évolutions médicales, techniques, démographiques, mais aussi les besoins humains, architecturaux et urbanistiques.

Un SDI finalement, est une réflexion sur l'hôpital que l'on souhaiterait idéalement bâtir pour les années à venir.

Pour toutes ces raisons, la conduite d'un SDI exige la mobilisation de moyens conséquents, ainsi que le soutien plein et entier de la Direction générale et de la communauté hospitalière.

.



---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- CAPEILLE J.F, DAVIES S., GIRARD C., LE DANTEC T., Bien vivre la ville : vers un urbanisme favorable à la santé, Fondation AIA, Archibook, 2018
- LANGEVIN F., VINCENT G. (préface), Architecture et ingénierie à l'hôpital : Le défi de l'avenir, Presses de l'EHESP, 2018
- LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé, Presses de l'EHESP, 2018

### Articles de périodiques, revues :

- BARTOLUCCI P., EL HADI B., CAMBON E., MARCHAL F., MEDELLI J.F., L'évaluation des coûts d'exploitation maintenance en CHU. Un outil au service de la stratégie patrimoniale des établissements, Techniques hospitalières, numéro 755, janvier-février 2016.
- BLIN P. Architectures hospitalières : quelles solutions architecturales ?, Gestions Hospitalières, numéro 545, avril 2015
- BOURDON D., CAILLAUX C., LESCOT L., LE CLEZIO F., MEDELLI J.F., VELEINE T., Schémas Directeurs Immobiliers : le renouveau d'un outil au service de la stratégie des Centres Hospitaliers Universitaires, Architecture hospitalière, numéro 24, Automne/Hiver, 2017
- BOURDON D., CAILLAUX C., LESCOT L., LE CLEZIO F., MEDELLI J.F., VELEINE T., La déclinaison du « process schéma directeur » : une méthode de travail reproductive, Architecture hospitalière, numéro 25, printemps 2018
- BUBIEN Y., Concevoir et construire un hôpital, Gestions Hospitalières, numéro 542, janvier 2015
- BUBIEN Y., JAGLIN GRIMONPREZ C., L'hôpital demain : quelles solutions architecturales, Gestions hospitalières, numéro 545, avril 2015

- BUDET J.M, Valorisation et mobilisation du patrimoine des établissements de santé, Gestions Hospitalières, numéro 531, décembre 2013
- EL SAIR P., L'hôpital peut-il renouveler son urbanisme ?, Gestions Hospitalières, numéro 519, octobre 2012
- MANGOT V., La formidable mutation des lieux de soins, Gestions Hospitalières, numéro 500, novembre 2010

### **Etudes et rapports :**

- CAFFET J.P., Vers une gestion plus efficiente du patrimoine immobilier hospitalier, Rapport d'information du Sénat, octobre 2013
- CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES, rapport d'observations définitives sur le Centre Hospitalier Universitaire de Nice, novembre 2019
- CONFERENCE DES DIRECTEURS GENERAUX DE CHU, Commission Ingénierie & Architecture, Schémas directeurs immobiliers : un outil au service de la stratégie des centres hospitaliers universitaires, groupe de travail, 2017
- CONSEIL DE L'IMMOBILIER DE L'ETAT, Moderniser la politique immobilière de l'État, Cinquante propositions du Conseil de l'immobilier de l'État, janvier 2013
- COUR DES COMPTES, La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins, juin 2013
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES et INSPECTION GENERALE DES FINANCES, Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, mai 2013

### **Supports et textes juridiques :**

#### ***Lois et ordonnances :***

- Projet de loi de finances (PLF) pour 2020, Note de présentation « GESTION DU PATRIMOINE IMMOBILIER DE L'ÉTAT », Compte d'affectation spéciale

- Article L. 2422-2 du code de la commande publique

**Décrets :**

- Décret n°2006-1267 du 16 octobre 2006 instituant un Conseil de l'immobilier de l'Etat.

**Circulaires et instructions :**

- Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFiP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

**Avis :**

- Avis de suite du Conseil de l'Immobilier de l'Etat sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), numéro 2016-07, séance du 11 mai 2016.

**Sites internet et ressources en ligne :**

- ANAP, Valorisation du patrimoine immobilier en santé, Actes du colloque, 30 juin 2015 : [http://www.martaa.fr/files/00/02/37/00023707-554069d6f0c6708310b624b028cb0286/actes\\_journee\\_valorisation\\_patrimoine\\_immobilier.pdf](http://www.martaa.fr/files/00/02/37/00023707-554069d6f0c6708310b624b028cb0286/actes_journee_valorisation_patrimoine_immobilier.pdf)
- ANAP, Mieux soigner, moins héberger, optimisation du parcours patient, septembre 2019 : [http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2019/11/Mieux\\_soigner\\_moins\\_heberger\\_GUIDE.pdf](http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2019/11/Mieux_soigner_moins_heberger_GUIDE.pdf)
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Fiches 3.1 : Opportunité et pertinence du positionnement stratégique du projet d'investissement au regard de son environnement : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-1\\_positionnement\\_strategique\\_projet\\_investissement.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-1_positionnement_strategique_projet_investissement.pdf)



---

## Liste des annexes

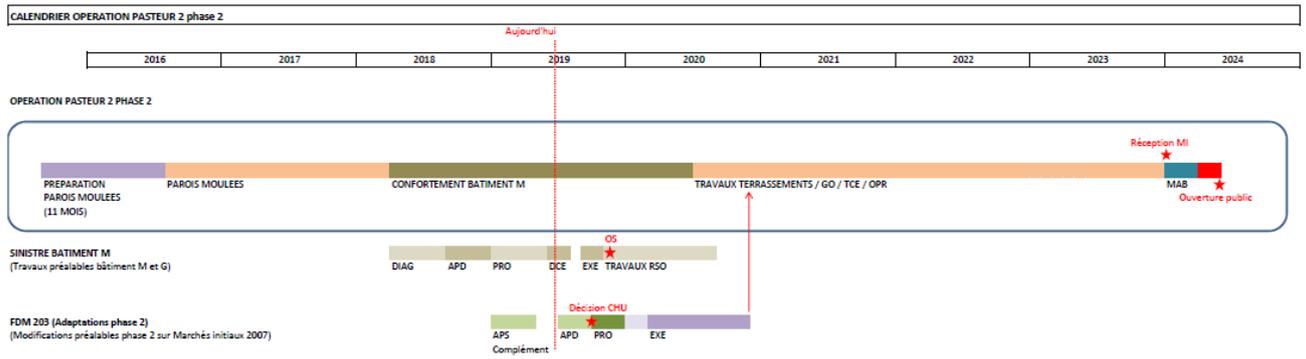
---

**Annexe 1** : Calendrier global de Pasteur 2 phase 2

**Annexe 2** : Projection dans Pasteur 2 Tranche 2 (à date)

**Annexe 3** : Calendrier global du projet Riquier

## Annexe 1 : calendrier de l'opération Pasteur 2 phase 2 :



**Annexe 2** : Projection dans Pasteur 2 Tranche 2 (à date) :

PASTEUR 2 TRANCHE 2			
N6 : HC	HC - RAV	HC - RAV	PC médicaux
N5 : HC	HC - RAV	HC - CHIR VASC	HC - CARDIO
N4 : HC	HC - SOMMEIL	HC - CHIR THO	HC - PNEUMO
N3 : HP	UCA	HDJ (18 + 25 places + Muco)	
N2 : Bloc/SC	Blocs / cardio. Interventionnelle / endoscopies		Soins critiques (22 lits)
N1 : CE	Imagerie	Consultations / Explorations fonctionnelles	



POGGI

Vincent

Octobre 2020

## Filière Directeur d'hôpital

Promotion 2019-2020 Nicole Girard Mangin

# L'élaboration et la mise en place d'un Schéma directeur immobilier : l'exemple du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

### **Résumé :**

< De nombreux établissements élaborent un schéma directeur immobilier (SDI) afin de rendre cohérent le projet médical de l'établissement et leur stratégie patrimoniale. Le CHU de Nice a ainsi élaboré son SDI afin d'optimiser la surface de ses sites mais aussi pour se donner un cadre et une stratégie immobilière pertinente et ambitieuse pour les prochaines années.

Les enjeux médicaux, financiers, humains, logistiques, ou urbanistiques sont à ce titre centraux dans la réflexion et l'élaboration d'un tel document.

Comment s'élabore, se conçoit et se met en place un schéma directeur immobilier aujourd'hui dans un CHU ? Quelles sont les enjeux, les attentes ou encore les organisations à mettre en place ? Et surtout, comment est traduit et décliné le projet médical dans le SDI ? La prise en compte des équipes médicales et des agents qui vivront au quotidien dans les sites concernés sont en effet un élément important pour parvenir à sa réussite.

A travers deux projets, l'un portant sur la phase 2 des travaux du site de Pasteur 2, l'autre sur le déménagement du pôle odontologie vers un nouveau bâtiment, il s'agit aussi d'appréhender le SDI dans son volet « gestion de projet » et transformation des organisations.

Enfin, à plus grande échelle, la prise en compte des enjeux territoriaux, avec les GHT implique de se questionner sur la création ou non d'un schéma directeur immobilier de territoire : est-ce pertinent ? Plus qu'une synthèse des projets immobiliers, le SDI est un véritable document de réflexion et de prospective sur la stratégie du CHU de Nice pour les années à venir.

### **Mots clés :**

Schéma directeur immobilier ; SDI ; patrimoine ; projet médical ; gestion de projet ; stratégie ; travaux ; ingénierie ; architecture ; investissements ; exploitation ; maintenance ; valorisation patrimoniale ; territoire ; GHT ;

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*