

Rapport au Secrétaire général pour l'investissement

Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet du Centre Hospitalier du Salon de Provence



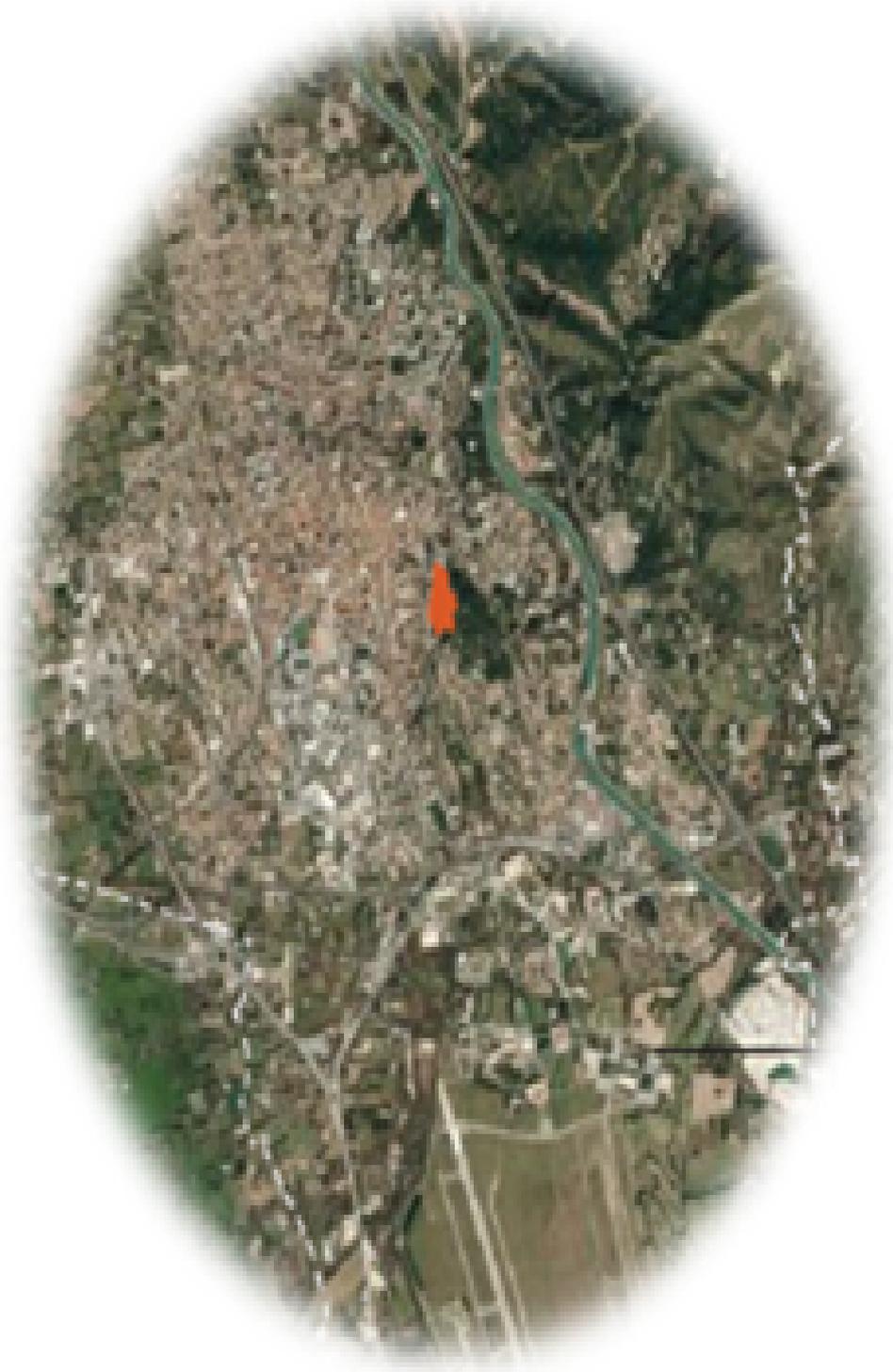
Table des matières

Introduction	3
1. Volet offre de soins.....	4
1.1 Présentation de l'établissement dans son environnement	4
1.2 Reconstruction de l'offre de soins MCO de HPS au sein du village	7
1.3 Les orientations stratégiques et médicales	7
2. Cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale de l'offre de soins et au SROS PRS.....	10
2.1 Evolution démographique à l'horizon 2030 sur le bassin salonais	10
2.2 HPS dans son territoire et au sein du GHT 13	10
2.3 La conformité au SROS et PRS 2018-2023	11
3. Analyse de l'activité.....	13
3.1 Evolution retenue	13
3.2 Evolution du dimensionnement capacitaire	20
2. Analyse du volet immobilier	25
1. Le site actuel	25
1.1 Situation générale.....	25
1.2 Le stationnement	26
1.3 Les flux	26
1.4 Diagnostic des bâtiments.....	26
1.4.1 Diagnostic technique.....	26
1.5 Etude de plusieurs scénarios.....	27
1.6 Diagnostic fonctionnel	27
1.7 Revente du site	28
2. Le projet du village santé	28
2.1 Le montage juridique de l'opération	29
2.2 Le montage financier	29
2.3 La localisation.....	30
2.4 Le programme.....	32
2.5 Le montage juridique de l'opération de travaux	33
2.6 Le planning	33
3. Soutenabilité financière	35
1.1. Résultats récents plus dégradés que prévus malgré une hausse d'activité marquée en 2023	35
1.2. Un niveau de marge brute incompatible avec le plan d'investissement envisagé	26
1.3. Une base d'entrée marquée par un endettement soutenu	37
2. La fiabilité financière du projet.....	37
2.1 Les hypothèses de recettes et des dépenses.....	39
3. Soutenabilité financière.....	42
3.1 Le redressment de la brute du Centre Hospitaliers.....	42
3.2 Des Ratios de trésorerie et d'endettement.....	47

INTRODUCTION

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements financés par l'Etat et ses établissements publics et une contre-expertise indépendante de cette évaluation lorsque le niveau de financement dépasse un seuil que le décret d'application de la loi a fixé à 100 M€.

C'est en respectant toutes les règles prévues dans le décret d'application (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre experts, délais) que le SGPI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante de l'évaluation de ce projet concernant le projet du Centre hospitalier Salon de Provence.



1. VOLET OFFRE DE SOINS :

1. Objet et enjeux organisationnels et fonctionnels du projet :

1.1. Présentation de l'établissement dans son environnement.

Actuellement installé sur un site unique de 45 000 m², il comporte :

- 116 lits et 22 places de médecine.
- 27 lits et 15 places de chirurgie.
- 24 lits d'obstétrique au sein d'une maternité 2a (1 100 naissances par an).
- 14 lits de pédiatrie et unité de néonatalogie de 6 lits.
- 8 lits de réanimation polyvalente et 4 lits de surveillance continue.
- 1 SAU général (41 000 passages, 9 places UHCD).
- 12 lits de soins palliatifs.
- 1 plateau technique composé de :
 - 1 service d'imagerie, 2 scanners, 2 IRM, 3 salles de radiologie conventionnelle, 1 salle d'échographie.
 - 1 bloc opératoire de 7 salles dont 1 bloc accouchement et 2 salles d'endoscopie digestive.
 - 1 laboratoire de biologie, 1 PUI, 1 stérilisation.

Sur le site actuel, la gériatrie (90 lits d'EHPAD et de USLD) et le SSR (23 lits dont UCC) ne sont pas concernés par le projet de reconstruction.

L'offre de soins de proximité est complétée via des filières de prise en charge établies avec les établissements du GHT Hôpitaux de Provence, notamment le CHIAP (Aix en Provence) et l'APHM (Marseille), établissements de recours.

État des lieux fonctionnels du site actuel

Un état des lieux technico fonctionnel a été transmis à l'ARS fin 2019. Il fait ressortir plusieurs éléments critiques :

- L'état des immeubles et des installations techniques nécessite à court terme des investissements lourds pour assurer la sécurité du site.
- Des difficultés fonctionnelles ne garantissant pas la fluidité du parcours patient.
- Manque d'adaptabilité des immeubles existants.
- Des surfaces supérieures aux ratios ANAP générant des coûts élevés et une mauvaise allocation des surfaces disponibles.
- Non-conformité au standard hôtelier.
- Problème d'accessibilité tout handicap.
- Non-conformité au GAP tertiaire.

Le bâtiment date des années 1970 (chambres doubles, une seule salle de bain par unité de soins). La vétusté du bâtiment nécessite une mise aux normes importante et coûteuse mais qui restera partielle.

Des scénarios de réhabilitation partielle ont été étudiés (cabinet MUPY). Ils génèrent des gains fonctionnels limités.

Suite à cet état des lieux, l'ARS a demandé à l'établissement de présenter courant 2020 un projet de reconstruction.

1.2 Reconstruction de l'offre de soins MCO de HPS au sein du village santé.

La reconstruction de la partie MCO répond à trois objectifs :

- Adéquation des locaux aux besoins de santé projetés à l'horizon 2030 : virage ambulatoire, flexibilité des capacités d'accueil.
- Hôtellerie conforme aux standards actuels.
- Amélioration significative des conditions de travail.

Concernant le site actuel, il est prévu de conserver le bâtiment le plus récent qui correspond au pôle gériatrique (57 lits EPHAD, 33 lits USLD, 12 places accueil de jour Alzheimer, CS mémoire). Ce centre de gériatrie sera ouvert sur la ville.

Un projet de reconversion du reste du foncier a été réalisé en 2021 selon la méthodologie ANAP.

Le centre de gériatrie étant situé au nord du terrain, cela ne fait pas obstacle à son autonomisation, le reste du terrain devant faire l'objet d'une cession à la ville.

Le village santé :

A) Le concept

C'est un projet multi partenarial d'urbanisation du site du futur hôpital afin d'une part de coordonner les parcours patients, d'autre part d'intégrer l'offre de soins dans une offre de prévention, d'éducation pour la santé et de soins primaires.

Le projet d'inscrit dans une optique de cohérence et d'accessibilité matérielle et financière à un panel de services en un lieu unique.

Le site d'implantation est mis à disposition du centre hospitalier gratuitement, par la collectivité territoriale.

Les enjeux de ce projet sont :

- Améliorer l'offre de prise en charge de proximité afin de réduire le taux de fuite des patients du bassin de population du pays salonnais.
- S'appuyer sur les filières du GHT pour les activités de recours.
- Dans une logique d'efficacité, le plateau médicotechnique, le plateau technique de médecine ambulatoire et d'explorations fonctionnelles ainsi que les services supports seront partagés avec les différents partenaires.

Observation :

Une dérogation à ce principe de partage concerne les blocs opératoires du CH et de la clinique Vignoli qui demeureront distincts.

L'aménagement du site, en lien avec les collectivités territoriales, permettra de positionner les bâtiments de façon à conjuguer autonomie de fonctionnement des partenaires et circulation fluide des patients pour un accès à l'ensemble des services, en fonction des interactions médicales identifiées entre les offres de soins.

Recommandation :

Le schéma directeur complet du site reste à établir (ou à finaliser) notamment avec la clinique Vignoli.

Il semble opportun de valider définitivement avec les partenaires ce schéma avant tout engagement de HPS dans la construction de son site.

B) Les engagements des partenaires du village santé.

Ils font l'objet d'une lettre d'intention précisant l'objet du partenariat, leurs engagements et leurs besoins fonctionnels.

La clinique Vignoli, Nephrocare et le groupement salonnais de radiologie seront constructeurs en propre sur des parcelles identifiées.

HPS sera constructeur pour les locaux des partenaires dont l'activité est intégrée à l'activité hospitalière : CPTS, maison médicale de garde, HAD, Provence Santé Coordination.

La rédaction des conventions d'occupation des locaux et de partenariat est indiquée comme devant être réalisée en mars 2023 (Cf. annexes 1 et 7).

A ce stade du dossier, de nouveaux investissements partagés sont envisagés : résidence hôtelière, mutualisation des parkings, pôle énergie mutualisé.

Observations :

A ce stade les lettres d'intention sont des engagements de principe.

L'établissement de conventions plus détaillées, annoncé pour mars 2023, n'est pas réalisé à ce jour.

Une convention cadre de partenariat a été signée en octobre 2022 avec la clinique Vignoli

Elle a pour objet de définir le périmètre du partenariat et les conditions de mise en œuvre des actions de coopération.

Observations :

HPS porte la totalité de l'acquisition des parcelles de terrain non aménagées avec remboursement ultérieur par la clinique. Les partenariats et mutualisations envisagées à ce stade semblent favorables à la clinique Vignoli. Ceci conforte le sentiment que l'hôpital souhaite fortement favoriser ce rapprochement qui semble une condition d'acceptabilité par la tutelle du projet de reconstruction de HPS.

C) La gouvernance du village santé, les indicateurs de suivi et l'évaluation.

Selon HPS, les premiers jalons d'une future gouvernance de site ont été posés à travers le processus de contractualisation engagé.

Les conventions de partenariat ont pour objet de définir son périmètre et les engagements financiers des différents partenaires.

Un comité de coordination est mis en place pour la gouvernance et le suivi du partenariat.

Des indicateurs de suivi relatifs à la coordination du parcours patient entre les acteurs sont précisés dans la convention cadre HPS/clinique Vignoli :

- Nombre de transports médicalisés
- Nombre de transferts entre établissements du village santé.
- Nombre d'hospitalisations directes sans passage aux urgences.
- Nombre de patients pris en charge en HAD.

De même le SIH fera l'objet d'un suivi dédié avec l'objectif de développer des outils communs avec la clinique Vignoli puis avec le CPTS.

Plus largement, le projet village santé fera l'objet d'un suivi par le COPIL piloté par le sous-préfet.

Le COPIL du 20 juillet 2023 a défini 10 indicateurs de suivi pour le nouvel hôpital positionné au sein du village santé :

- Réponse aux besoins de la population.
Exemple : taux de fuite MCO.
- Réponse de l'offre de santé aux enjeux.
Exemple : taux de chirurgie ambulatoire.
- Accueil des patients dans des locaux adaptés.
Exemple : indice de satisfaction.
- Attractivité pour les professionnels de santé.
Exemple : Baromètre social QVT, taux de postes vacants.
- Efficience des organisations projetées.
Exemple : gains d'efficience Cf. RESE annexe 13.
- Respect du planning prévisionnel.
Exemple : nombre de mois de décalage par rapport au calendrier prévisionnel.

Pour l'établissement, le projet sera réussi s'il répond positivement aux indicateurs ci-dessus.

L'ouverture est projetée en 2028 et l'évaluation sera pertinente à l'horizon 2030, soit trois ans après l'ouverture.

Recommandations :

Beaucoup d'incertitudes demeurent sur les engagements précis et chiffrés des différents partenaires du village santé vis-à-vis de HPS.

C'est le cas notamment pour la clinique Vignoli.

Il semble impératif de faire préciser ces engagements indépendamment de la finalisation du projet médico-soignant 2024-2028 de HPS, par des conventions plus précises assorties d'un chiffrage des engagements respectifs.

Par exemple, la convention clinique Vignoli/HPS précise : "les moyens humains et matériels nécessaires à la mise en œuvre de la convention seront pris en charge à parts égales entre les deux entités".

Il est souhaitable que le partage des charges dans le cadre des conventions de partenariats au sein du village santé, et notamment avec la clinique Vignoli, s'appuie sur une comptabilité analytique précise des charges et bénéfiques respectifs des différents partenaires.

1-3 Les orientations stratégiques et médicales.

Le projet médico-soignant a été défini lors de la phase de programmation.
Le projet 2024-2028 devrait être réalisé fin 2023.

A) Axes majeurs du projet

La méthodologie d'élaboration du projet est basée sur les besoins de santé de la population, les parts de marché, le taux de fuite hors du territoire.

Les 5 axes majeurs du projet identifiés lors de la phase de programmation s'articulent autour de l'ouverture à la ville et aux partenaires du village santé avec notamment un **pôle de santé publique**, accessible et partagé.

Le pôle de santé publique est constitué d'un socle commun de locaux et d'activités mutualisables, ouvert à des équipes transversales et/ou mobiles.

Les équipes transversales sont constituées des activités suivantes :

- Service de santé au travail.
- Equipes opérationnelles d'hygiène.
- Service social.
- Kinésithérapie.
- Diététique.
- Psychiatrie.

Il a vocation à accueillir également l'association Maison des Usagers.

Au sein du pôle de santé publique, des actions de santé publique et thérapeutique seront réalisées.

Les locaux prévus permettront de réaliser différentes activités : entretiens individuels, groupes de parole, groupes d'activités (APA), activités polyvalentes avec cuisine thérapeutique, ...

Un deuxième axe majeur concerne la mise en place d'un **parcours patient** traduisant la gradation des soins et lisible par les patients.

L'organisation est pensée autour de trois parcours, Urgences, Hospitalisation, Externes.

En effet, le futur HPS sera organisé en 3 pôles regroupant les surfaces par site d'usage, externe, MCO, tertiaire.

Le pôle externe comportera un espace GHT pour les consultations avancées et son plateau technique sera ouvert aux professionnels du GHT.

Des accès fonctionnels pour les différents partenaires du village santé seront organisés.

Le troisième axe majeur consiste à mettre en place un **outil moderne au service de l'utilisateur et des soins**, avec notamment des accès PMR parfaitement identifiés et une intégration de la transition numérique.

Le quatrième axe majeur concerne la **promotion de la QVT** avec la mise en œuvre concrète de la "juste distance" pour les professionnels et pour les flux tertiaires, une approche en "flex office".

Le cinquième axe porte sur un **projet durable et résilient**.

Le projet 2024-2028, qui sera adopté fin 2023, permettra une déclinaison opérationnelle des orientations du projet médical avec des plans d'action associés.

Ce projet comporte trois axes majeurs qui doivent être déclinés en 21 fiches action :

- Développement et évolution des techniques et prise en charge de spécialités
- Le parcours patient à travers des différentes filières médicales.
- Le partenariat au sein du village santé et du GHT.

➤ **Observations :**

Trois orientations majeures se dégagent du projet médico-soignant :

- l'ouverture d'une activité de santé publique, de prévention, d'évaluation, de bilan et de suivi thérapeutique au sein d'une plate-forme partagée dans le cadre du village santé ;
- le développement ambitieux de l'ambulatoire médical principalement, chirurgical dans une moindre mesure ;
- la mise en conformité des soins critiques par rapport à la réglementation.

Points de vigilance :

La question reste entière d'identifier si certaines des activités de HJ envisagées relèvent bien d'une prise en charge ambulatoire dans le cadre de la T2A ou d'un financement différent (MIG ...).

L'évolution importante du volume d'activité envisagée en HJ médecine pose la question de l'existence d'une file active de patients suffisante pour alimenter cette activité. Cf. ci-après éléments statistiques.

La plate-forme expérimentale de santé publique est présentée dans son principe et ses objectifs.

Concrètement il reste à préciser ses modalités d'organisation, de coordination entre acteurs et de financement (quel partage entre les partenaires ?).

Ces précisions sont nécessaires pour une validation complète de ce projet de plate-forme de santé publique.

Les informations sur le projet médico-soignant sont extraites des annexes du RESE. Les pièces fournies ne comportent pas de document spécifique sur le projet médico-soignant de l'HPS.

L'élaboration fin 2023 des projets médico-soignants 2024-2028 de l'HPS et du GHT 13 paraît bien tardive.

B) La montée en charge anticipée des HDJ Bilan.

Actuellement orientée sur l'oncohématologie et HGE, l'HDJ est en cours de développement sur différentes filières, avant le nouvel hôpital.

L'HDJ actuelle a enregistré une croissance opportune de 30% de ses entrées depuis début 2023. Elle reste toutefois encore sous utilisée.

Des développements sont projetés, voire même déjà engagés depuis 2021.

Observations :

Une dynamique existe déjà avec la coordination au sein de chaque filière par un trinôme composé d'un CSS, d'un médecin référent et d'un coordonnateur.

Un travail important de construction de ces filières est déjà réalisé et se poursuit notamment avec la mise en place d'IPA dans les différentes spécialités.

Un chantier organisationnel est ainsi lancé avec tous les acteurs.

Les filières déjà organisées et fonctionnelles servent de test.

Conjointement aux anticipations décrites ci-dessus, une plate-forme d'organisation des entrées et des sorties patients est en place depuis septembre 2022.

Dans le cadre du projet médical 2024-2028, des modifications de périmètre des services de médecine de spécialité sont en cours de réflexion pour se rapprocher de l'organisation qui sera mise en place dans le nouvel hôpital, et ce malgré les contraintes actuelles des locaux.

Cette organisation constitue une bonne transition qui aidera à la conduite du changement et à l'acculturation des professionnels aux nouvelles pratiques.

C) Expertise médicale par filière.

Cette expertise est en partie liée aux partenariats engagés dans le cadre du GHT avec notamment les CH d'Arles, le CHIAP (Aix en Provence) et l'APHM.

Les effectifs médicaux recensés sont actuellement de 116,45 ETP. Une partie d'entre eux sont des temps partagés dans le cadre du GHT 13.

Discipline	Effectif propre	Partenariat GHT
Douleurs chroniques	0,7 ETP	CH Arles
Cancéro-hémato	4 ETP	APHM CHIAP
Cardiologie CHIAP- clinique Clairval	2,8 ETP	2 ETP partagés
Gastro entérologie	6,0 ETP	
Rhumatologie	4,0 ETP	CH Arles et APHM
Gériatrie (Filière complète)	7 ETP 1,4 ETP en projet	

Les difficultés liées à la démographie médicale sont en cours de résolution.

Le SAU est à effectif médical complet.

Le service d'imagerie comportera à effet novembre 2023 2 PH titulaires, 1 PH associé, 1 assistant spécialiste à 50%, 1 assistant à temps partagé avec APHM.

Les services anesthésie, réanimation et pédiatrie sont à effectif complet.

Des difficultés demeurent en HGE, cardiologie. Elles peuvent être ponctuellement résolues dans le cadre des filières GHT notamment.

De même, l'évolution de l'organisation des services est une réponse aux enjeux de démographie médicale, avec la mise en place dès 2019 d'un service de médecine polyvalente par conversion de lits de spécialité médicale. Son extension est programmée en 2024.

A l'horizon nouvel hôpital, les effectifs médicaux sont projetés avec un effectif stable (hormis les soins critiques).

L'objectif de l'établissement est de développer l'activité à effectif médical constant, en lien avec les nouvelles organisations et les gains d'efficacité projetés.

Observations :

C'est un pari incertain mais courageux.

Des recrutements significatifs et récents sont venus conforter certaines équipes, imagerie, chirurgie notamment.

Les effectifs médicaux restent fragiles dans certaines disciplines, cardio, pneumo par exemple qui demandent un encadrement médical soutenu en rapport avec l'activité projetée.

Peu de données sont fournies sur l'organisation médicale en lien avec le développement des activités.

D) Actions d'accompagnement des équipes au changement.

Le personnel médical a été accompagné par un cabinet pour l'élaboration du projet médical.

Parallèlement l'organisation paramédicale est soutenue par des équipes mobiles et transversales internes (dont IDE coordinatrice, service social, diététicienne, ...) pour la réorganisation du service HDJ bilan.

La méthodologie est soutenue par un ingénieur en organisation dont la mission est toutefois temporaire.

D'autres actions d'accompagnement sont mises en œuvre ou projetées :

- Parangonnage des futures activités.
- Expérimentation.
- Lien permanent ville-hôpital.
- Prise en compte de l'avis de l'utilisateur.
- Plan de formation à construire pour accompagner les personnels et prévoir les promotions professionnelles, en lien notamment avec le développement des nouveaux métiers (IPA, ...).

Observations :

La transition est organisée pour aider à la conduite du changement et préparer les équipes à l'évolution de leurs pratiques.

Il est néanmoins indispensable de construire rapidement un plan de formation très structuré et plus globalement de développer une GPEC à horizon du projet 2030.

Points de vigilance le projet médico-soignant :

- Adéquation des ressources médicales au projet.
- Niveau d'efficacité escompté, qui pourrait impacter les effectifs à la baisse d'où un risque social potentiel.
- Impact du partenariat public/privé au sein du village santé sur l'organisation des filières actives et la coopération au sein du GHT.
- Solidité des accords de partenariat public/privé.
- Impact du portage financier du projet par HPS
- Les engagements des partenaires restent à confirmer (la contractualisation n'est pas totalement aboutie).
- Formation et acculturation des professionnels aux nouveaux métiers : santé publique, prévention, éducation thérapeutique, ambulatoire, coordination des parcours et des séjours.

2. Cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale de l'offre de soins et au SROS PRS.

2-1 Évolution démographique à l'horizon 2030 sur le bassin salonais.

Le bassin salonais se différencie des bassins Bouches du Rhône et Provence Côte d'Azur sur les tranches d'âge inférieures à 18 ans et 18-75 ans.

Le bassin Salonais est plus attractif et dynamique que le bassin départemental sur les tranches d'âge d'actifs et inférieures à 18 ans.

In fine, les indicateurs suivants sont retenus (référentiel CNIS) :

-Effet démographique 2019-2030 +0,257%, en effet annuel.

-Effet vieillissement 2019-2030 - 0,108%, en effet annuel.

Soit au total une évolution de l'indicateur démographique +0,149%, effet annuel arrondi à 0,15%.

A noter que 85% des séjours HPS sont réalisés pour des patients issus de ce bassin.

Observation :

Les références retenues sont plus restrictives, notamment pour les tranches d'âge supérieures à 75 ans, que ne le laissent voir les statistiques INSEE et l'évolution réelle de la population. L'effet vieillissement est sous-estimé. (Cf. avis CRI 2022).

Ces références ont conduit HPS à la baisse de son capacitaire en médecine (-30 lits) à la demande de l'ARS.

In fine, les hypothèses retenues conduisent à un prévisionnel d'évolution du nombre des séjours de 0,51% entre 2019 et 2030, hors activités nouvelles.

2-2 HPS dans son territoire et au sein du GHT 13.

HPS représente 33% des parts de marché MCO en 2019 sur son bassin de 150000 habitants. Il est le premier acteur MCO sur le territoire Salonais.

Les autres acteurs MCO du territoire sont la clinique Vignoli et la clinique de l'Etang Olivier.

La clinique Vignoli projette 32 lits et 47 places de chirurgie dans le futur site.

Le rapprochement de HPS et de la clinique Vignoli sur le futur site est de nature à renforcer les deux acteurs en limitant les taux de fuite, d'autant plus que la complémentarité chirurgicale est un des objectifs de la convention de partenariat signée le 2-10-2022 entre les deux établissements.

Des filières coordonnées en urologie, gastroentérologie, digestif, et oncologie sont priorisées.

La complémentarité offre au secteur privé une situation dominante en ophtalmologie, maxillo-faciale, main, vasculaire et urologie.

La clinique Vignoli récupèrera une partie de l'activité chirurgicale de la clinique d'Istres qui se recentre sur une activité de médecine et de SSR.

Observations :

Compte tenu du positionnement de la clinique Vignoli en chirurgie, on peut estimer que le rapprochement des deux établissements sera très favorable à la clinique dont les capacités futures en ambulatoire sont très supérieures à HPS.

Recommandation:

La convention de partenariat entre les deux établissements étant très générale et ne comportant pas d'objectifs quantifiés (Cf. Annexe 6 RESE), il est nécessaire de la compléter par une feuille de route commune et détaillée, annexée à la convention.

2-3 La conformité au SROS et PRS 2018-2023.

Le projet Village Santé et le projet HPS s'inscrivent bien dans les objectifs du SROS PRS.

Une organisation pensée autour du parcours patient :

Le programme du nouvel hôpital traduit la préoccupation constante d'une organisation autour du parcours patient, notamment en lien avec les partenaires de la ville, avec la création d'une Place de la santé publique accessible et partagée.

Une réponse aux priorités régionales de santé publique :

- **Organisation de la prise en charge des maladies chroniques, et de l'éducation thérapeutique.**

Ce sont des axes structurants du projet du Village Santé.

- **Prise en compte d'une population vieillissante.**
Le projet gériatrique concerne une filière complète de prise en charge.
- **Mise en place d'une politique globale en faveur des enfants et des jeunes.**
Ce projet comporte un partenariat avec le CHS de Montperrin.
- **Des réponses diversifiées aux personnes en situation de handicap.**
- **Consolidation du parcours sur la santé et les addictions.**
- **Renforcement de la politique de santé mentale.**
En relation avec le CHS de Montperrin.
- **Réduction de l'impact dur la santé de l'exposition aux risques environnementaux.**
Cet axe est porté par la Place de la santé publique.
Le label PHQSE (Très Haute Qualité Sanitaire Sociale et Santé Environnementale) est attendu.

Les axes stratégiques de transformation du système de santé sont bien respectés :

Axe 1 : renforcer la prévention et l'implication des usagers

Ces derniers participeront au comité de pilotage et de suivi du projet Village Santé.

Une maison des usagers est programmée.

Axe 2 : s'appuyer sur des gouvernances partagées dans les territoires

C'est l'objectif majeur du Village Santé.

Axe 3 : reconfigurer l'offre de santé

L'adaptation au virage ambulatoire participe de cette reconfiguration.

Le capacitaire projeté traduit cet engagement

Axe 4 : utilisation des innovations et des outils numériques.

HPS est pleinement engagée dans les projets de convergence du Système d'informations.

Le projet intègre par ailleurs le développement de la télémédecine.

Le projet s'inscrit dans une dynamique d'innovations, avec notamment la signature d'un contrat de partenariat "Sites pilotes innovation" proposé par le CUIS (Centre Innovation d'Usage en Santé) et la FHF PACA.

Ce projet a pour objet de proposer, expérimenter et tester des solutions innovantes en santé, centrées sur les usagers.

HPS souhaite être site pilote notamment sur les thématiques d'éducation thérapeutique, de parcours du patient, de santé publique, de télémédecine, d'accompagnement au changement pour le personnel.

Axe 5 : développement de la collaboration et de la coordination dans les prises en charge de proximité.

Dispositifs d'appui au maintien à domicile à travers le développement des équipes mobiles.

Coordination des parcours de santé complexes avec l'intégration de PTA/DAC, Provence Santé Coordination, de la CPTS et de l'HAD.

3. Analyse de l'évolution de l'offre et impact sur le capacitaire :

3.1 Évolution de l'activité.

Méthodologie retenue :

Sur la base de l'activité de référence 2019, il est appliqué :

- L'effet démographique selon le référentiel CNIS (Cf. supra), soit une évolution de 0,15% par an de l'indicateur démographique et de 0,51% par an des séjours.
- Virage ambulatoire selon la méthodologie DGOS ATIH qui représente une baisse de 10% de l'hospitalisation complète (- 4 933 séjours) et un impact capacitaire (- 14 lits en médecine).
- Les projets médicaux des différentes spécialités.

Sont pris en compte les paramètres d'efficience suivants à l'horizon 2030 :

- IPDMS cible :
En médecine, HPS fait le pari du passage de 0,99 à 0,94.
En chirurgie, maintien à 0,92.
En obstétrique, pari également du passage de 1,12 à 0,94.
- DMS globale MCO. Evolution projetée de 5,2 à 4,8 jours.
- Taux d'occupation projeté à 85% pour l'ensemble des activités.
- PDM MCO 2030 : 43% en médecine, 18% en chirurgie, 68% en obstétrique.

Evolution des séjours en médecine (hors pédiatrie et séances).

Il est projeté la réduction de 10% des séjours en hospitalisation complète du fait de l'amélioration de la prise en charge en ville et à l'hôpital.

La création de nouvelles activités sur une modalité d'hospitalisation de jour, en particulier sur des activités d'évaluation bilan et suivi de pathologies chroniques définies avec chacune des spécialités médicales constitue un axe majeur du projet médical.

Observation :

L'établissement qualifie lui-même l'évolution de l'HDJ médecine de "pari".

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	8 237	8 709	Evolution parallèle à celle de 2009-2019
Hospitalisation de jour	2 596	8 429	HDJ diagnostic, évaluation, suivi. Cf. projets médicaux
HC + HJ	10 487	17 152	Evolution + 50% par rapport à la période 2009-2019
Taux ambulatoire	38%	57%	
DMS	5,6	5,3	-0,3 jours
IPDMS	0,99	0,94	
TOM		85%	
PDM	33% ou 42%	43%	Chiffres 2019 différents selon sources

A) Evolution volontariste de l'HDJ bilan en médecine

L'évolution projetée en HDJ bilan en médecine ne repose pas sur un effet de substitution de l'activité en hospitalisation complète.

L'effet démographique est marginal et évalué à +0,5% par an (Cf. supra chapitre 2.1).

L'effet majeur pris en compte est celui de la mise en œuvre des projets médicaux élaborés avec les PH de l'établissement.

Ce sont des choix médicaux purs, sans approche statistique préalable.

Ce volontarisme médical est étayé par l'établissement en référence aux files actives de patients dans les disciplines concernées. Elles seront analysées ci-après.

L'établissement évoque même qu'il s'agit de "patients hors scope" de l'hôpital.

Il s'agit donc d'une captation d'activité ex-nihilo.

Les évolutions d'activités projetées ne s'appuient pas sur un historique.

Pour autant, une forte hausse de l'activité de jour est constatée en HDJ bilan médecine depuis 2019 et plus particulièrement en 2023.

L'établissement a en effet anticipé les organisations futures dans la limite du cadre architectural actuel, en s'appuyant sur des recrutements médicaux en 2022 et 2023.

En médecine l'hospitalisation de jour a enregistré une croissance de 30% des entrées depuis le début 2023.

Compte tenu de sa capacité, l'établissement estime pouvoir doubler le nombre de patients accueillis dans les locaux actuels. C'est pourquoi il a lancé un chantier organisationnel avec les acteurs de terrain.

Outre l'oncohématologie et l'HGE, les filières nouvelles et déjà en place concernent l'obésité, le diabète gestationnel, les bilans complexes en rhumatologie. Sont prévus d'être mis en place avant le nouvel hôpital le diabète, la gériatrie, la douleur.

A l'horizon nouvel hôpital, l'oncohématologie va diminuer du fait du développement de la chimio ambulatoire et de l'HAD chimio. Cela permettra le développement d'autres prises en charge à périmètre constant et équivalent (Cf. chapitre 1).

La gestion et la coordination de chaque filière est assurée par un trinôme composé d'un CSS, d'un médecin référent et d'un coordonnateur (qui n'est pas nécessairement un médecin).

Les premières filières mises en place serviront de test pour le développement des suivantes.

Observation :

Les filières de prise en charge sont très structurées et confirment le volontarisme de la communauté médicale et de l'établissement pour développer l'HDJ bilan en médecine.

Une dynamique existe d'ores et déjà.

La question est de savoir si les files actives par pathologie pourront favoriser (ou justifier) l'évolution de ces séjours.

B) Analyse de certains scénarii issus des projets médicaux.

Focus sur les disciplines cardiologie, pneumologie et rhumatologie.

Cardiologie :

Parts de marché 2019 : 58%.

Taux de fuite 2019 : 42%.

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	1 281	1 180	0 séjour supplémentaire par rapport à la période de référence 2019
Hospitalisation de jour	233	1 810	Création de 1 600 séjours supplémentaires
HC + HJ	1 500	2 969	Documents HPS : 3 026 séjours en 2030 ?
Taux ambulatoire	16%	61%	L'établissement évoque 1 846 séjours en 2030 soit +45 points de pourcentage par rapport à 2019

Observations :

Les données annoncées concernant notamment la file active ne semblent pas correspondre au constat de prise en charge actuel de HPS en hospitalisation complète.

En effet, la définition de la file active est la suivante : "nombre de patients ayant eu recours aux soins, au moins une fois dans l'année écoulée, dans un même service d'un même établissement".

Comment justifier la multiplication par trois de la file active actuelle issue de l'hospitalisation complète 2019 ?

La file active annoncée à l'horizon 2030 conduit à la projection de 30 patients par semaine, soit 6 patients par jour pendant 250 jours d'ouverture.

Cette projection paraît théorique et sans fondement statistique fiable.

Pneumologie

Parts de marché 2019 : 61%.

Taux de fuite 2019 : 27%.

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	1 181	1 080	0 séjours supplémentaires
Hospitalisation de jour	57	698	640 séjours supplémentaires
HC + HJ	1 238	1 778	
Taux ambulatoire	5%	39%	+34 points de % par rapport à 2019

Observation :

Mêmes remarques que précédemment sur la cardiologie.

Rhumatologie

Parts de marché 2019 : 46%

Taux de fuite 2019 : 54%

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	394	360	HC projetée à périmètre constant.
Hospitalisation de jour	16	1 379	
HC + HJ	410	1 739	+325%
Taux ambulatoire	5%	79%	+74% points de % par rapport à 2019.

Observation :

Mêmes remarques que précédemment sur la cardiologie.

Evolution des séjours en chirurgie.**A) Evolution globale.**

L'application de la méthode DGOS pour déterminer le nombre de séjours en hospitalisation complète transférables en ambulatoire, en fonction du niveau de sévérité et de la durée des séjours, conduit aux taux de transférabilité suivants :

- Séjour de 1 jour, taux de transférabilité de 80%.
- Séjour de 2 jours, le taux de transférabilité est de 70%.
- Séjour de 3 jours, le taux de transférabilité est de 20%.

Il est projeté une stabilité des séjours HC sur la période 2019-2030 et une progression en hospitalisation de jour.

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	1 977	1 948	Stabilité
Hospitalisation de jour	887	1 902	3 448 avec endoscopies digestives et biliaires.
HC + HJ	2 864	3 850	5 396 avec endoscopies digestives et biliaires. + 1 000 séjours hors endoscopies digestives et biliaires
Taux ambulatoire	44%	61%	Conforme à la trajectoire 2009-2019
DMS	4,8	4,8	Stabilité
IPDMS	0,92	0,92	Stabilité
TOM		85%	
PDM	15%	18%	+3%

Observations :

Les parts de marché sont faibles comparées à la clinique Vignoli (26%).

Globalement le taux de fuite du secteur est significatif tant pour la clinique que pour HPS.

L'évolution à la hausse des séjours concerne essentiellement l'ambulatoire.

La situation de la chirurgie est fragile (Cf. les évolutions d'activités constatées durant la période 2009-2019, probablement liées à la démographie médicale).

B) Analyse de certains scenarii issus des projets médicaux.

Focus sur les spécialités ortho-traumato, viscéral, urologie, ORL-stomato.

Ortho-traumato

Parts de marché 2019 : 29%

Taux de fuite 2019 : 87%

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	780	779	Stabilité
Hospitalisation de jour	227	435	+6% par an. +90% sur 10 ans.
HC + HJ	1 007	1 214	2019 enregistre une forte baisse par rapport aux années précédentes (1 200 séjours en moyenne). La projection 2030 est supérieure de 20% à celle de 2019 et équivalente à l'activité 2017.
Taux ambulatoire	20%	45%	En 2030, retour au taux de 2018.

Chiffres reconstitués à partir des données parfois discordantes issues du dossier HPS
(Source prise en compte : RESE V2).

L'activité actuelle est essentiellement traumatologique à partir des urgences et gériatrique, avec un effectif médical consolidé de 5 ETP, l'établissement prévoit le développement d'activités programmées (prothèse, chirurgie de la main, avec pour cette dernière 50 séjours à récupérer).

Observations:

Ce scénario s'appuie sur un effectif médical de 5 ETP, effectif significatif pour un établissement de cette taille qui comportera 30 lits d'hospitalisation complète et 11 places ambulatoires pour l'ensemble des disciplines chirurgicales.

A noter que 435 séjours ambulatoires sur 250 jours d'ouverture représentent 1,7 séjour par jour.

Les projections d'activité sur la chirurgie froide seront probablement en concurrence avec la clinique Vignoli (chirurgie de la main notamment).

Les perspectives d'évolution sont donc fragiles.

Chirurgie digestive

Parts de marché 2019 : 37%.

Taux de fuite 2019 : 48%.

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	534	427	-2% par an, -20% sur 10 ans.
Hospitalisation de jour	225	432	+8% par an, +92% sur 10 ans.
HC + HJ	759	859	Une progression relative enregistrée à partir de 2013.
Taux ambulatoire	30%	52%	+22%

Chiffres reconstitués à partir des données parfois discordantes issues du dossier HPS
(Source prise en compte : RESE V2).

L'activité actuelle est polyvalente : proctologie, chirurgie oncologique et chirurgie de l'obésité.

Des perspectives de développement concernent l'écho endoscopie, la chirurgie bariatrique.

L'établissement prévoit de développer les parcours RAAC.

L'établissement conserve son autorisation de cancérologie digestive.

L'établissement dispose d'un effectif médical de 3 ETP et s'appuie fortement sur les partenariats dans le cadre du GHT pour la formation des praticiens et les remplacements mutuels dans le cadre de la chirurgie bariatrique.

L'établissement prévoit de récupérer 5% de parts de marché sur le territoire en lien avec l'évolution de l'activité chirurgicale de la clinique Vignoli.

Observations :

Cette perspective n'est pas étayée par des données relatives à l'activité de la clinique dans les années à venir.

Chirurgie urologique

Parts de marché 2019 : 5%.

Taux de fuite 2019 : 65%.

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	24	55	+8% par an, +129% sur 10 ans.
Hospitalisation de jour	2	141	+47% par an, +6933% sur 10 ans.
HC + HJ	26	196	En 2014 : 276 séjours HC+HJ.
Taux ambulatoire	59%	78%	+29%

Chiffres reconstitués à partir des données parfois discordantes issues du dossier HPS (source prise en compte : RESE V2).

L'objectif concerne une prise en charge de proximité dans la cadre du territoire (environ 400 séjours annuels potentiels).

L'autorisation d'urologie oncologique est détenue par la clinique Vignoli.

1 PH urologue a été recruté en 2019 et 2 PH sont partagés avec le CHIAP.

Observations :

Est-il pertinent de développer une activité d'urologie à l'HPS alors que la clinique Vignoli en organise également une et dispose d'une autorisation en cancérologie.

ORL stomatologie

Parts de marché 2019 : 31%.

Taux de fuite 2019 : 62%.

Les données d'activité :

Paramètre	2019	2030	Observations
Hospitalisation complète	234	327	+3% par an, +40% sur 10 ans.
Hospitalisation de jour	69	376	+3% par an, +445% sur 10 ans.
HC + HJ	289	703	+113%. En 2015 700 séjours.
Taux ambulatoire	48%	75%	

Chiffres reconstitués à partir des données parfois discordantes issues du dossier HPS

(Source prise en compte : RESE V2).

L'évolution de l'activité est liée à la consolidation de l'équipe médicale avec 2,5 ETP.

L'objectif est de retrouver l'activité antérieure au départ de 2 chirurgiens en 2018 et 2019 (910 séjours en 2015).

Une collaboration étroite existe avec le CHIAP.

Observation générale :

Au total pour la chirurgie, les projections d'activités conduisent aux conclusions suivantes :

Evolution de parts de marché 2019-2030 15 à 18%.

Taux de fuite 58 à 54%

Taux d'attractivité : 17 à 21%.

Les évolutions sont directement liées aux objectifs médicaux.

Récapitulatif général d'évolution des séjours par grande catégorie MCO.

Evolution des séjours en hospitalisation complète

Paramètre	2019	2030	Evolution 2019-2030	Evolution annuelle
Médecine	8 237	8 709	+ 6%	+ 1%
Chirurgie	1 977	1 948	+ 5%	+ 0%
Obstétrique	1 350	1 747	+ 13%	+ 1%
Total adulte	11 764	12 405	+ 5%	+ 0%
Pédiatrie	1 329	1 428	- 2%	- 0%

Evolution des séjours hôpital de jour

Paramètre	2019	2030	Evolution 2019-2030	Evolution annuelle
Médecine	1 221	8 805	+ 621%	+ 20%
Chirurgie	2 260	3 448	+ 53%	+ 4%
Obstétrique	477	540	+ 13%	+ 1%
Séances	3 054	2 053	- 33%	- 4%
Total adulte	7 012	14 846	+ 112%	+ 7%
Pédiatrie	310	3 102	+ 256%	+ 12%
Total HC+HJ adultes	18 776	27 251	+ 118%	+ 7%

Observations :

Les projections concernant l'HC sont mesurées.

Les projections concernant l'HJ en médecine constituent un "pari" volontariste mais fragile.

3.2 Evolution du dimensionnement capacitaire :

A) Méthodologie :

Rappel de la méthode de travail :

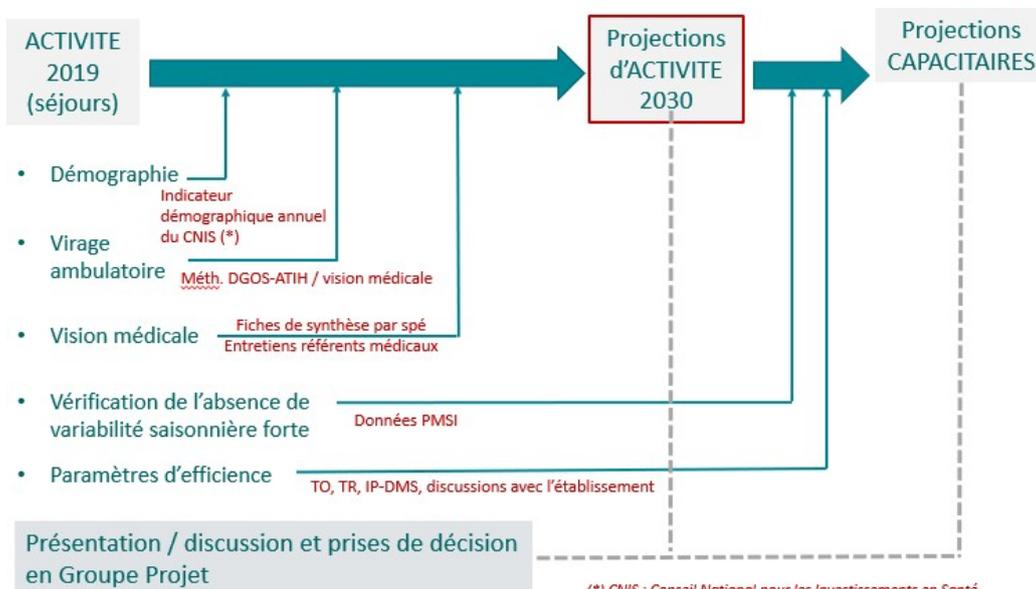
La méthodologie de travail pour la détermination du besoin capacitaire se déroule selon les étapes suivantes :

En premier lieu, l'impact démographique est calculé sur la base de l'indicateur démographique annuel proposé par le CNIS.

Suite à cela, l'effet « virage ambulatoire » est calculé selon la méthode DGOS et/ou discussions avec les praticiens pour revoir cette cible ambulatoire DGOS.

A cette première projection d'activité sont ajoutés les projets de nouvelles activités et d'évolution des fuites et parts de marché.

Enfin, afin d'obtenir des projections capacitaires, des paramètres d'efficacité sont fixés (IP-DMS, taux de rotation, taux d'occupation).



Les paramètres d'efficacité pris en compte sont les suivants :

Projection des durées de séjours	IPDMS cible = 0,94 - référence ANAP-DGOS
Taux d'occupation projetés des unités d'hospitalisation complète (HC) - LITS Sur 365 jours d'ouverture	- 85% au global
Taux de rotation des unités ambulatoires projetées (0J) -PLACES Sur 250 jours d'ouverture	- Taux de rotation = 1,5 pour la médecine et la chirurgie - Taux de rotation = 2 pour les séances

Une borne basse, suivant les paramètres COPERMO, a été identifiée, puis une borne haute, incluant des taux d'occupation révisés et jugés « plus raisonnables » par l'établissement, a été fixée de manière à avoir un taux d'occupation global supérieur à 85%. A ce stade, il s'agit d'un besoin capacitaire brut non calibré. Le capacitaire cible effectif sera le fruit du calibrage en unités et se situera entre ces 2 bornes.

En complément, une étude de la variabilité saisonnière est réalisée afin de vérifier l'absence de saisonnalité forte sur l'établissement.

Capacité future projetée :

A. Evolution de la capacité globale de l'établissement								
Type d'activité *	Capacité de l'établissement 2019		Capacité actuelle de l'établissement (2020=2021)		Capacité après réalisation du projet		Ecart avant/après	
	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places
Médecine (HCet HS)	114		116		120		4	
Médecine (ambulatoire)		6		22		27		5
Chirurgie (HCet HS)	40		27		30		3	
** Chirurgie (ambulatoire)		8		15		11		-4
Obstétrique(HC)	22		24		24		0	
Obstétrique (ambulatoire)		2				1		1
Pédiatrie (HCet HS)	14		14		12		-2	
Pédiatrie (ambulatoire)		0				3		3
Réanimation	8		8		16		4	
Surveillance continue	4		4					
Néonatalogie	6		6		6		0	
Lits UHCD	6		9		12		3	
Unité de Soins Palliatifs (HC)	8		12		12		0	
TOTAL	222	16	220	37	232	42	12	5
	Nombre		Nombre		Nombre		Ecart	
Salles de blocs	6 salles + 1 césar + 2 salles d'endoscopies		6 salles + 1 césar + 2 salles d'endoscopies		3 salles + 1 externe + 1 césar + 2 salles d'endoscopie		- 2 salles	
Salles d'imagerie	1 IRM 1 scanner 3 radiologie 1 échographie		2 IRM scanners radiologie 1 échographie		2 IRM 2 scanners 2 radiologie 1 échographie		- 1 radiologie	
Box de consultation	42		42		39		-3	
Salle d'exploration fonctionnelle	8		8		9		1	
TOTAL	65		66		63		3	
* Hors 3 lits psychiatrie aux urgences CAP 48 CHS Montpellier.								
** Hors 1 place IVG en chirurgie ambulatoire								

B) Disciplines Médecine et Chirurgie :

B1. En hospitalisation de jour

L'établissement a anticipé les évolutions en hospitalisation de jour :

De 2019 à 2021 : évolution de 6 à 22 places en HDJ médecine et de 8 à 15 places en HDJ chirurgie.

A ce jour l'activité n'a pas atteint sa pleine capacité tant en médecine qu'en chirurgie, selon l'établissement.

- En médecine à l'horizon 2030.

La capacité d'accueil théorique, compte tenu des paramètres pris en compte, soit 27 places sur 250 jours et un taux de rotation de 1,5, est de 40,5 patients/jour ($27 \times 1,5$) et 10 125 séjours/an ($27 \times 1,5 \times 250$).

Ces chiffres sont à comparer aux prévisions globales d'activité en HDJ médecine de 8 429 séjours/an à l'horizon 2030.

- En chirurgie à l'horizon 2030.

La capacité d'accueil théorique, compte tenu des paramètres pris en compte, soit 11 places sur 250 jours et un taux de rotation de 1,5, est de 16,5 patients/jour ($11 \times 1,5$) et 4 125 séjours/an ($11 \times 1,5 \times 250$).

Ces chiffres sont à comparer aux prévisions globales d'activité en HDJ chirurgie de 9 902 séjours/an à l'horizon 2030 hors endoscopie et de 3 448 séjours avec endoscopie.

B2. En hospitalisation complète.

- En médecine à l'horizon 2030.

Les projections d'activité intègrent une baisse de 10% des séjours en HC en lien avec une meilleure organisation du parcours patient.

Les capacités d'accueil 2020-2021 sont maintenues sous réserve d'un ajustement effectué en lien avec la prise en compte d'une capacité standard des unités de soins à 30 lits (extensible à 32 lits).

En conséquence la prévision capacitaire en médecine à l'horizon 2030 est de 120 lits (versus 117 lits en 2020-2021 et 114 en 2019).

Journées/lits potentielles :

$120 \text{ lits} \times 365 \text{ j} \times 85\% \text{ (TO)} = 37\,230 \text{ journées/lits}$

Les chiffres sont à comparer aux prévisions globales d'activité en HC médecine à l'horizon 2030 : 38 121 journées (versus 40 177 en 2019).

➤ Observations :

On peut craindre un dépassement du TO prévisionnel de 85% en HC médecine.

- En chirurgie à l'horizon 2030.

Une baisse capacitaire est intervenue en 2020-2021 compte tenu de la baisse d'activité. Elle est maintenue à l'horizon 2030, sous réserve de l'ajustement effectué en lien avec la prise en compte d'une capacité standard des unités de soins à 30 lits (extensible à 32 lits).

En conséquence la prévision capacitaire en chirurgie à l'horizon 2030 est de 30 lits (versus 27 lits en 2020-2021 et 40 en 2019).

Journées/lits potentielles :

$30 \text{ lits} \times 365 \text{ j} \times 85\% \text{ (TO)} = 9\,307,5 \text{ journées/lits}$

Ces chiffres sont à comparer aux prévisions globales d'activité en HC Chirurgie à l'horizon 2030 : 8 435 journées (versus 8 819 en 2019).

➤ Observations :

La capacitaire en chirurgie HC paraît légèrement surdimensionnée.

Observation :

Le capacitaire en chirurgie HC paraît légèrement surdimensionnée.

L'établissement a déjà engagé les ajustements capacitaires prévus dans le nouvel hôpital, en médecine HDJ et en chirurgie HDJ et HC.

C) Autres secteurs d'activité.

C1. Obstétrique.

Le nombre d'accouchements prévisionnels à l'horizon 2030 est de 1 360 (versus 1 190 en 2019).

L'établissement programme une stabilité des capacités d'accueil à l'horizon 2030 à hauteur de 24 lits, en raison de l'optimisation des parcours (IPDMS évolution de 1,12 à 0,94 entre 2019 et 2030).

Le bloc obstétrical est programmé avec 3 salles de travail, 1 salle physiologique et 2 salles de pré-travail.

1 salle de césarienne est prévue au bloc opératoire central.

C2. Soins critiques.

L'évolution capacitaire en soins critiques résulte de l'application du décret du 2 avril 2022 et conduit à une prévision de 16 lits dont 10 lits de réanimation et 6 lits de soins intensifs polyvalents, upgradables en lits de réanimation.

C3. Evolution du plateau technique :

Les projections 2030 concernant **le bloc opératoire** prennent en compte les éléments suivants :

- 1) Les projections pour le dimensionnement du bloc sont réalisées à partir de l'activité réalisée en 2019, sur 30 semaines de pleine activité (hors we, semaines de congés et fériés), du lundi au vendredi entre 8h et 18h, hors activité externe, hors accouchements.
- 2) L'évolution du nombre d'interventions annuel considéré est égal à l'évolution du nombre de séjours.
- 3) Le besoin en temps de salle supplémentaire (TROS), est calculé à partir du % d'évolution du nombre de séjours.
- 4) Le taux d'occupation optimisé retenu est de 85% (ANAP) pour le programmé et de 75% pour le non-programmé
- 5) Le temps d'ouverture de salle considéré est de 10h par jour du lundi au vendredi (TVO de 50h par salle)
- 6) La durée d'intervention "TROS" est égale à l'heure d'entrée - l'heure de sortie + temps de remise en état

L'établissement retient un scénario de 3 salles physiques (versus 5 salles actuellement), 1 salle externe, 1 salle de césarienne, soit 5 salles au bloc général et 2 salles d'endoscopie.

Ce capacitaire permet de se conformer au référentiel ANAP de 1 000 interventions par salle.

Concernant les services médicaux-techniques, le capacitaire en imagerie est revu à la baisse avec suppression d'une salle de radiologie conventionnelle.

Projection 2030 : 2 IRM, 2 scanners, 2 radiologie conventionnelle, 1 échographie.

Les services de stérilisation, laboratoire et imagerie sont justement dimensionnés pour répondre à l'activité de l'HPS et pour absorber l'activité globale (hôpital et partenaires) à surfaces constantes.

Les extensions d'horaires et/ou les dimensionnements d'équipements seront les variables d'ajustement.

Concernant les urgences, l'activité prévisionnelle est estimée à 43 500 passages annuels (versus 41 000 actuellement).

Capacité prévisionnelle : 13 boxes d'exams, 3 postes de déchocage, 12 lits de UHCD (versus 2019 : 6 et 2021 : 9) et 2 lits de chambres sécurisées.

Concernant les consultations externes, le capacitaire est de 12 boxes en médecine et 8 boxes en chirurgie sur la base d'un calibrage de 3 000 CS/an/cabinet.

L'établissement ne fournit pas de données documentées sur le volume prévisionnel d'activités en consultations externes.

Concernant les explorations fonctionnelles, le capacitaire est revu à la hausse (passage de 8 à 9 salles).

Le pôle de santé publique s'intégrera dans le secteur externe du futur hôpital

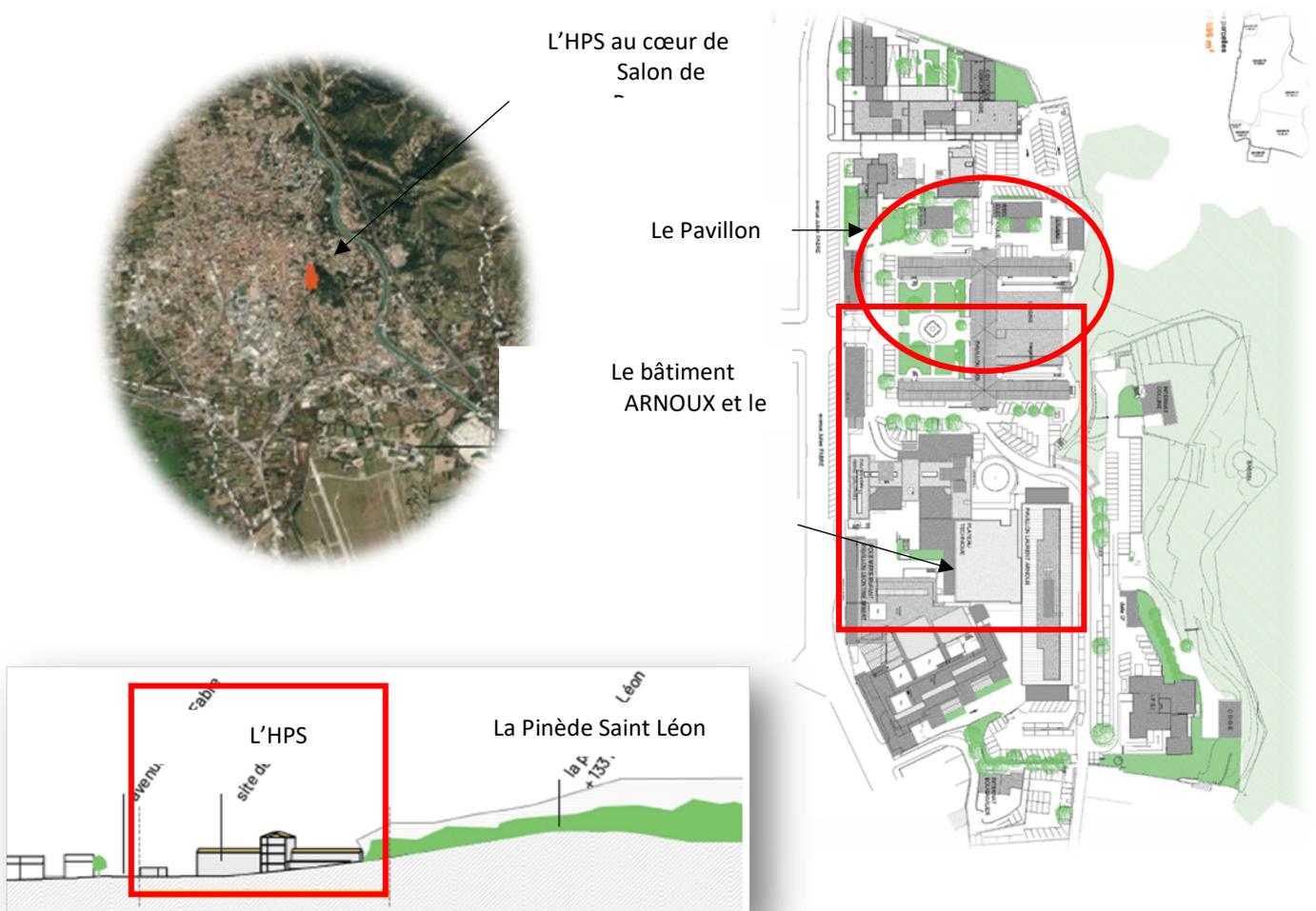
2. ANALYSE DU VOLET IMMOBILIER ET TECHNIQUE

1. Le Site actuel

1.1 Situation générale

L'Hôpital du Pays Salonnais est implanté sur un site contraint:

- En cœur de Ville,
- A côté d'un espace boisé classé non constructible, la pinède St Léon,
- Avec une légère déclivité, le site relativement dense présente quelques zones de respiration, en particulier à l'Est.
- Un des bâtiments (le pavillon 1903) est classé Immeuble à protéger au titre des Monuments Historiques
- Le site est très bien desservi par les transports publics.



1.2 Le stationnement

Le stationnement ne semble pas être une problématique majeure malgré le faible nombre de places (125 places). Le parking est payant favorisant la rotation des véhicules. L'étude de reconversion du site fait état d'un stationnement attractif très emprunté complété par un stationnement en zone verte sur l'avenue Julien Fabre. La déclivité du terrain limite cependant l'accessibilité handicapés.

1.3 Les flux

Un défaut de lisibilité des circuits piétons extérieurs est mis en avant. Malgré cela, il n'est pas noté de grandes difficultés de fonctionnement des flux.

Les deux principaux bâtiments, ARNOUX et PFE sont reliés entre eux de façon suffisante et fonctionnelle.

Une galerie de liaison souterraine permet de relier tous les bâtiments du site entre eux. Des ascenseurs sont bien répartis et positionnés en nombre suffisants

1.4 Diagnostic des bâtiments

Deux bâtiments ont des fonctions médicales :

- Le pavillon ARNOUX, construit en 1975, qui rassemble dans un bâtiment « monobloc » les unités d'hospitalisation de médecine – chirurgie de l'établissement (dont chirurgie ambulatoire). Il est complété par le plateau technique (urgences et blocs opératoires).
- Le pavillon Femmes-enfants, construit en 1997, qui constitue, outre le bâtiment d'accueil des secteurs de prise en charge de la femme et de l'enfant (gynécologie-obstétrique, pédiatrie et bloc obstétrical), la « porte d'entrée » lisible depuis la rue de l'hôpital. On y retrouve le hall principal et les consultations externes.

Deux bâtiments ont des fonctions administratives et médico-techniques

- Le pavillon Anne DAUPHIN, construit en 1947. Il accueille actuellement des fonctions tertiaires et médico-logistiques (pharmacie, stérilisation).
- Le pavillon 1903, premier hospice reconstruit dans la ville, n'accueillant plus aujourd'hui que des fonctions tertiaires (administration, bureaux, équipes mobiles, salles de réunions...) et logistiques (cuisine, ateliers, magasin...)

Les autres bâtiments ne sont pas concernés par le projet de relocalisation et ont des fonctions médico-sociales ou de formation.

1.4.1 Diagnostic technique

Pour élaborer son schéma directeur immobilier, l'HPS est passé par plusieurs étapes et plusieurs diagnostics.

Le Diagnostic établi par le cabinet MUPY en septembre 2019 a synthétisé l'ensemble des diagnostics et a servi de support à l'élaboration du schéma directeur immobilier

Il fait état :

- D'usure et de dégradations techniques (défauts d'étanchéité, corrosion, etc...), conséquences d'un entretien sans doute insuffisant
- De non-conformité incendie.
- De défaillances structurelles au niveau des aciers du bâtiment Arnoux qui sont parfois apparents et qui doivent être passivés.
- D'une mauvaise performance énergétique globale liée à des bâtiments mal isolés et à l'absence de contrat d'exploitation maintenance.

Une estimation globale des travaux de remise en état en vue d'éliminer l'ensemble des risques et dégradations identifiés est évaluée à **24 600 000 € HT**. (L'estimation ne prenant pas en compte les travaux d'amélioration énergétique.)

Ces travaux identifiés sont catégorisés par critères : le degré d'urgence et le type de travaux et par bâtiment.

La majorité des investissements requis concernent les risques sanitaires et sécurité qui représente chacun environ 40% de l'enveloppe.

C'est le bâtiment Arnoux, le plus important, regroupant 38 % de l'activité humaine du site qui est le plus atteint.

Le niveau de priorité des travaux impliquerait un niveau d'investissement réparti dans le temps :

- Niveau de priorité 1 : 125 k€ HT
- Niveau de priorité 2 : 15 300 k€ HT
- Niveau de priorité 3 : 14 100 k€ HT
- Niveau de priorité 4 : 500 k€ HT

Point d'attention :

L'ensemble des bâtiments est aujourd'hui vieillissant, en état d'usure important, mais n'a pas encore basculé dans un état de vétusté irrémédiable. Pour preuve, le montant des travaux de priorité 1, urgents, est de 125 K€ HT. Il s'agirait plutôt d'un investissement d'amélioration générale d'environ 690 € HT/ m².

Dans tous les cas, 5 M€ HT de travaux seraient à faire en priorité (malgré la relocalisation de l'hôpital).

Pour parfaire l'évaluation de l'HPS actuel et obtenir un diagnostic exhaustif permettant de conclure à l'opportunité ou non de requalifier le site, un diagnostic structurel aurait été nécessaire.

1.5 Etude de plusieurs scénarios

Des études de différents scénarios ont été fournies. Claires et précises elles permettent d'appréhender les possibilités d'évolution de l'hôpital actuel. Elles mettent en avant le phasage long des opérations tiroirs en cas de restructuration.

Point d'attention :

Les chiffres du cabinet MUPY datent d'avant crise (2019) et devraient être réactualisés.

Tous les scénarios de restructuration évaluaient le coût des travaux à environ 50 M€ HT

La valeur d'un projet neuf relocalisé était annoncée **en 2019** à 67.5 M€ HT

Le coût actualisé au PTD (rapport RESE 2023) est de 98 M€ HT de travaux (+45%) (hors foncier)

On peut noter une augmentation du nombre de lits et places au projet actuel, ainsi qu'une augmentation de l'activité hôpital de jour.

Malgré cela l'augmentation constatée entre l'estimation de 2019 et celle de 2023 reste importante.

Recommandations :

Si le projet du nouvel HPS n'est pas réalisé, la mise en œuvre des travaux d'amélioration décrits dans le rapport MUPY devront nécessairement l'être.

La valeur des travaux d'amélioration et de restructuration devraient être réévaluée pour permettre une comparaison objective avec celle du projet neuf.

1.6 Diagnostic fonctionnel

L'analyse fonctionnelle et organisationnelle du diagnostic MUPY éclaire bien la nécessité de réaliser des travaux :

- **Les surfaces par services de MCO sont très insuffisantes, le pourcentage des chambres simples est faible et les salles de bains individuelles presque inexistantes.**
- Les surfaces des espaces de consultations et de bureaux sont correctes
- Les autres locaux, médico-tech, bureaux médecins, administration et services techniques sont **surdimensionnés** engendrant des coûts importants de logistique, d'entretien et d'énergie
- L'éclatement des locaux fait défaut à la performance des soins et crée des flux inadaptés

Point d'attention :

En cas de renoncement au projet du village santé, les bâtiments actuels pourraient-ils accueillir, après restructuration et/ou extension, le programme du nouvel HPS ?

Conformément aux études du cabinet MUPY, l'hypothèse d'extension restructuration sur le site avec les surfaces actualisées du programme semble envisageable sur les réserves foncières à l'Est et après démolition d'une partie du pavillon 1903 sous réserve d'accord de l'ABF.

Le délai de réalisation sera cependant très long, avec un phasage complexe.

Il ne serait pas possible en revanche d'intégrer la globalité du projet du parcours patient dans un environnement de village santé tel que décrit dans le programme du nouvel HPS

La densité du site après extension pénalisera les extensions futures et le stationnement sera alors insuffisant

1.7 Revente du site

L'HPS revendra le site à la ville de Salon de Provence par l'intermédiaire de l'EPFL ce qui permet de ne pas imposer de calendrier à l'HPS. L'engagement a été validé en conseil municipal mais le rachat n'est pas encore contractualisé.

L'HPS conservera sur site le centre de gérontologie (EHPAD / USLD)

Des travaux de raccordement et d'autonomisation de ces bâtiments doivent être envisagés. Ils sont programmés au PPI sur les exercices 2023- 2025.

Conclusion de cette première partie :

Les documents fournis ne permettent pas de conclure à la nécessité absolue de relocalisation de l'HPS.

L'HPS devrait fournir les documents et les compte-rendu d'instances ayant guidé son choix.

En revanche, le projet de village santé dans sa globalité, tel que décrit dans les intentions de l'HPS ne semble pas envisageable sur le site actuel.

2. Le projet du village santé

L'HPS prévoit la création d'un Village Santé permettant de regrouper plusieurs partenaires santé en vue d'offrir aux patients un parcours de soins optimisé.

En plus de l'HPS, sont projetés :

- La clinique Vignoli (offre de soins tournée vers la chirurgie)
- La relocalisation d'activités dépendantes du CH Montperrin présentes sur l'actuel HPS
- Un centre de dialyse (NEPHROCARE)
- Un centre d'imagerie médicale (GIE public privé)
- Des dispositifs de santé mentale
- Une maison médicale de garde (PAUL)
- Une plateforme territoriale d'appui
- Une résidence hospitalière
- La Communauté Professionnelle du Territoire de Santé (CPTS) du territoire salonais y installera également son siège,

L'enjeu est d'améliorer l'offre de prise en charge de proximité afin de réduire le taux de fuite des patients du bassin de population.

Le plateau médico-technique, le plateau technique de médecine ambulatoire et d'exploration fonctionnelle ou encore les services supports seront partagés avec les différents partenaires.

L'aménagement devra permettre de positionner les bâtiments afin qu'ils soient autonomes et que les flux de circulation soient fluides.

L'HPS pilote l'opération sous l'égide de la Sous-Préfecture et en lien avec les collectivités territoriales.

L'HPS se portera acquéreur de la totalité du site et revendra aux partenaires qui construisent en propre :

- La clinique
- Le groupement salonais de radiologie
- Nephrocare

L'HPS sera constructeur pour les locaux des partenaires dont l'activité est intégrée à l'activité hospitalière :

- Le CHS de Montperrin,
- La CPTS,
- La Maison Médicale de Garde et Apport santé.

L'ensemble des partenaires a confirmé son adhésion au projet via des lettres d'intention précisant l'objet du partenariat, leurs engagements et leurs besoins fonctionnels.

Au-delà des partenaires historiques du projet, l'HPS indique que de nombreux acteurs de santé locaux se manifestent actuellement pour intégrer le Village Santé suite à l'intégration du projet à la Stratégie Régionale d'Investissement.

2.1 Le montage juridique de l'opération

Pour des raisons d'incompatibilité avec le règlement d'urbanisme, le montage de l'opération est particulièrement complexe :

Le PLUI actuel n'autorisant pas la construction du NHS et du village santé, un montage juridique sophistiqué est envisagé pour permettre la modification du PLU sous forme de « Mise En Compatibilité ». Le montage juridique engage l'HPS dans une procédure administrative difficile, longue et sans doute coûteuse, avec un risque certain et des conséquences pour le marché de travaux sous la forme du MGP (marché Global de Performance) envisagé :

- Soumise à enquête publique, la procédure de MEC pourrait être rejetée.
- Des solutions alternatives sont décrites par le cabinet d'avocat « PARME » (missionné pour identifier la procédure d'évolution la plus adéquate pour modifier les dispositions du PLU en vue de permettre la réalisation du projet.) Aucune de ces solutions n'assure un résultat positif à 100%. Dans tous les cas, un risque persiste.
- Une maquette de risques fournie au RESE par l'HPS, fait état d'une répartition des risques entre l'HPS et le groupement détenteur du MGP. Il est étonnant que cette maquette ne fasse pas état du risque de rejet de la MEC.
- En revanche, il est noté dans le rapport du COPIL du 20/07/2023 qu'en cas d'impossibilité de modification du PLU, le risque serait porté par le groupement de construction. Cet avis devrait être étayé par une analyse juridique. Dans le cas contraire, c'est un risque lourd pour l'HPS.

Recommandations :

La procédure de MEC devrait être menée avant la signature du marché du MGP.

2.2 Le montage financier

Pour les raisons évoquées ci-dessus, le montage financier envisagé est particulièrement complexe :

Seule la valeur foncière du terrain, évaluée par les domaines est définie.

Pour le reste, il semble rester encore beaucoup d'inconnues :

Concernant l'achat du terrain :

- L'identification de la propriété du terrain n'est pas claire :
« L'HPS cible la reconstruction de son offre de soins (...) au sein du Village santé, sur un terrain mis à disposition gracieusement par un SIVU constitué par les 20 communes du territoire de santé. »
Or l'HPS informe que les communes du SIVU participeraient à l'achat des 6.5 ha nécessaires (« L'HPS reverse, dès perception des contributions des communes du SIVU, le montant correspondant aux 6,5 ha de l'emprise foncière du Nouvel Hôpital »).
- L'HPS serait l'intermédiaire entre les partenaires acquéreurs et la ville de Salon de Provence sans conséquence financière (« l'HPS reverse le montant du prix du foncier des partenaires constructeurs lors de l'acquisition des parcelles concernées. Cette opération est donc transparente pour l'HPS »).

Recommandations :

Ces deux éléments devraient être comptablement éclaircis afin de ne pas mettre l'HPS en difficulté.

Autres inconnues :

- Les aménagements collectifs de voirie seraient pris en charge par des conventions de partenariat. Il semble que ce coût serait ajouté au prix de vente du foncier : (*La part aménagement, notamment les voiries primaires qui profiteront aux partenaires constructeurs, a été évaluée et figure dans les conventions de partenariat relative aux immeubles à construire sur le futur village de Santé, elles sont engageantes vis à vis des tiers mais seront substituées à terme par les promesses de vente.* Or le projet du NHS n'ayant pas encore été conçu, les travaux de voirie ne sont pas encore définis et la fiabilité de l'évaluation est incertaine.
- Une incertitude persiste concernant la production de chaleur. Deux solutions sont à l'étude, soit le raccordement au réseau de chaleur collectif (mais celui-ci n'est pas encore créé et le projet prend du retard), soit une production autonome sur site. Ces deux solutions ont des coûts d'installation et de fonctionnement différents. Comment cette inconnue pourrait-elle être prise en compte dans la valeur de rachat du foncier des partenaires ?

Point d'attention :

Les travaux communs n'ayant pas encore eu lieu, leur valeur finale ne peut pas être maîtrisée. Tant pour le projet de voirie qui n'est pas encore défini, (alors que le terrain présente des difficultés géologiques) que pour le projet de production de chaleur, le principe de conventions de partenariat « engageantes » semble risqué à ce stade.

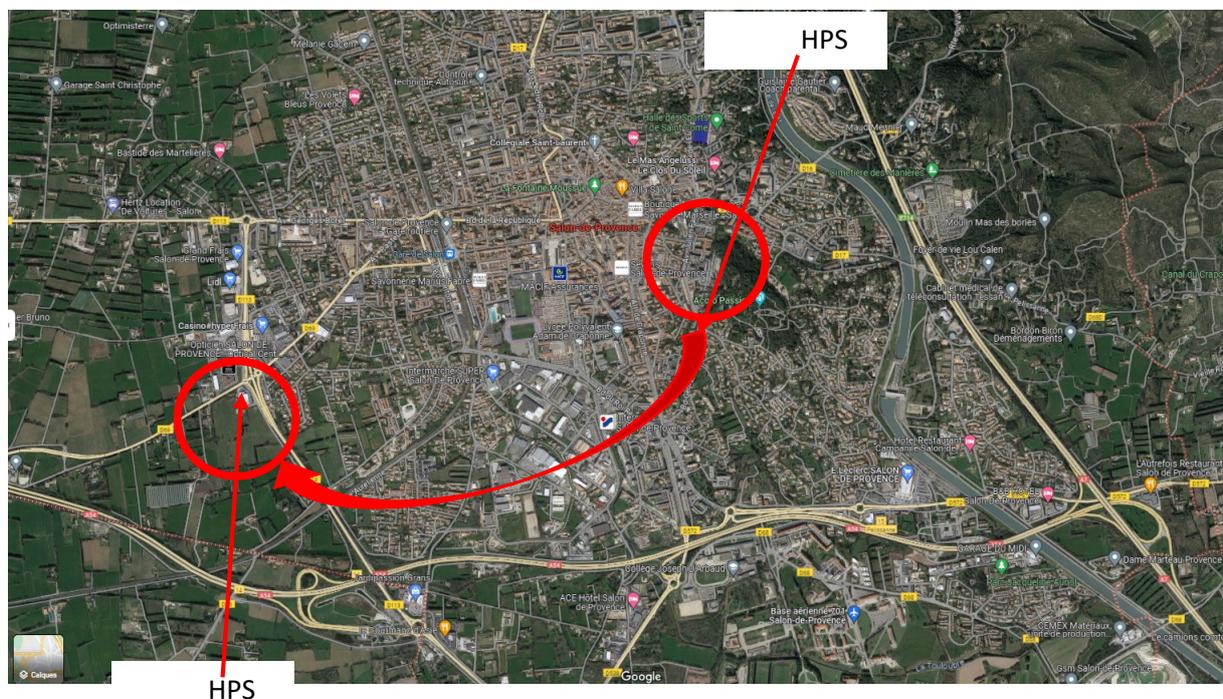
Autres points d'attention :

- Les partenaires assureront eux-mêmes les travaux d'aménagement propres à leur parcelle. Dans ces conditions, le NHS risque de perdre la maîtrise de l'aménagement global. Il serait utile d'inclure une clause de supervision dans les conventions de partenariats avec les opérateurs privés.
- Sous quelle forme, de futurs partenaires encore inconnus aujourd'hui, pourront-ils intégrer le village santé ? Au vue du contexte décrit ci-dessus, il semble difficile de répondre à cette question.

Recommandations :

Compte-tenu de l'extrême complexité du dossier juridique et financier, et du nombre important d'inconnues, tous ces points devraient être clarifiés et stabilisés avant lancement de l'opération, en particulier en cas de MGP.

2.3 La Localisation.



Caractéristiques principales du site choisi pour l'implantation du futur hôpital :

Points favorables :

- La surface du terrain est de 65 000 m² (pour 45 000 actuels) avec une extension possible de 30 000 m² supplémentaire.
- Le site sera bien desservi par les voies routières RD113 et RD69 ainsi que par l'échangeur de l'A54.
- La localisation est identifiée au niveau de l'OAP et du SCOT comme « une porte d'entrée pour les automobilistes venants des communes au sud et à l'ouest de la ville ».
- Le site est relativement plat

Points d'attention :

- L'environnement sonore du trafic routier auquel se rajoute la proximité de la base aérienne (3km). Une étude acoustique a été réalisée et ne met pas de point d'alerte. Le bâtiment devra cependant intégrer des menuiseries acoustiques performantes.
- La desserte en transport en commun est **inexistante** (un projet serait en cours d'étude par la collectivité).
- En l'état actuel du site, l'évacuation des eaux de pluie est impossible sans engorger les canaux d'irrigation existants et l'infiltration n'est pas envisageable du fait de la proximité de la nappe. Des études hydrauliques et des travaux sont donc envisagés (à la charge de la collectivité ? A confirmer). Le coût est estimé à 906 000 € HT. Ces travaux n'auraient pas d'impact sur le planning global de l'opération. Reste à mettre en œuvre l'ensemble de la procédure. - Le site est en périmètre « foins de Crau » (activités agricole). Malgré cela, il n'est pas en zone sensible. Pour autant l'HPS a mené une étude pour mesurer l'incidence agricole du projet. L'HPS, en lien avec les services de l'état et la chambre d'agriculture, travaille sur les mesures ERC dans le cadre d'un COTECH environnement.

Recommandations :

- La desserte par les transports en commun est un élément essentiel de la valeur ajoutée d'un projet délocalisé. Un engagement des collectivités sur un projet opérationnel devrait être fourni à l'appui de la demande de subventions et de validation.
- Le projet est complexe et les partenaires nombreux, il semblerait prudent de stabiliser l'ensemble de ces contraintes avant déclenchement de l'opération.

2.4 Le programme

Il a été rédigé par A2MO, assistant à maîtrise d'ouvrage de l'HPS.

Il est structuré, clair et complet.

Les éléments de détails concernant l'estimation des surfaces et des coûts ont été fournis avec un onglet ratio de surface qui compare chaque secteur aux ratios de l'ANAP.

Le projet prévoit de construire 34 580 m².

Les locaux des partenaires dont l'activité sera intégrée à l'activité hospitalière sont regroupés au sein d'un pôle externe partagé avec le plateau de consultation. Cette « Place de la Santé Publique » offrira une unité de prise en charge globale du patient dans le Village Santé. La surface dédiée semble représenter 1384 m².

Il est donc prévu 33 196 m² de surfaces propres pour le NHS.

Ramenée aux 274 lits et places du capacitaire prévu, la surface est de 121 m²/lit et place. (il est prévu 232 lits et 42 places.

Dans son référentiel « Dimensionnement surfacique et préconisations architecturales pour les établissements publics de santé », Le CNIS préconise pour un établissement entièrement reconstruit, (...) une surface moyenne devant se situer entre 110 m² SDO pour un hôpital de proximité, 130 m² SDO pour un hôpital de référence et jusqu'à 150 m² DO pour un CHU par lit et place.

Le NHS, hôpital de proximité, serait donc surdimensionné d'environ 3000 m².

Cette conclusion se retrouve également en comparant chaque secteur avec les référentiels de l'ANAP. Le RESE p74, fait état d'une comparaison favorable par rapport aux fourchettes **hautes de l'ANAP** (- 3688 m²). En revanche une comparaison par rapport aux fourchettes **basses**, conclue à un surdimensionnement de **6000 m²**. (Extrait du RESE : « *Le référentiel appliqué est la valeur haute du référentiel ANAP Aelipce - module 2. L'application de la valeur basse aboutit à un total général de 29 609 m2 SDO* » (35660 m² SDO prévus au programme)

Points d'attention :

L'HPS devrait s'interroger sur ce surdimensionnement qui pourrait avoir des conséquences négatives pour son fonctionnement (flux logistiques et liaisons fonctionnelles), ainsi que sur ses consommations d'énergie et ses coûts d'entretien.

2.5 Le montage juridique de l'opération de travaux

Point d'attention :

L'HPS a fait le choix d'un marché de travaux de type MGP. Il précise : « *Les notes d'opportunité démontrent clairement l'intérêt de la procédure pour l'HPS. Le choix de la procédure a été conforté après étude comparative des schémas contractuels avec l'appui de l'expertise juridique apportée par l'AMO programmation (A2MO) puis l'ATMO (Cabinet Parme Avocats).* »

Or, la note juridique dont les conclusions sont reproduites ci-dessous indique clairement l'inverse.

Recommandations :

Compte-tenu de toutes les incertitudes évoquées dans le présent rapport, l'HPS aurait tout intérêt à revoir son positionnement qui va énormément le contraindre. La solution du MGP qui paraît simple en terme de montage juridique, risque cependant d'entraîner de lourdes conséquences financières.

	AVANTAGES	INCONVENIENTS
EX-LOI/MOP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Montage « classique » le plus sécurisé, procédure culturellement maîtrisée dans le domaine de la construction ✓ Niveau de description des exigences générales et particulières relativement faible car affinage lors des études de conception avec l'équipe de maîtrise d'œuvre ✓ Evolutivité du programme simplifiée ✓ Accès des TPME ✓ Montage plus adapté aux restructurations-extensions car permet de lever les incertitudes sur les existants en phase de conception avant consultation travaux. ✓ Un cout d'opération moindre ✓ Plus de chance d'avoir un Appel d'Offre fructueux. 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Procédures disponibles plus contraignantes ✗ Pas d'engagement coût et délai avant AO travaux ✗ Risque interface et de défaillance fort ✗ Délais de consultations successives. Délai plus long ✗ Risques dérives (cout et délai), risque (contentieux en cascade)
	MPGS	
MPGS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engagements coûts et délais dès l'APS ✓ Approche en coût global ✓ Procédures disponibles favorisant les Négociations ✓ Risque d'interface très faible et association réalisateur/mainteneur (si maintenance) dès la phase étude ✓ Délais maîtrisés et sécurisés 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Procédure complexe, imposant au maître d'ouvrage de définir précisément les niveaux de performance à atteindre. Compétences techniques fortes indispensables en propre ou en complément à s'associer ✗ Evolutions programmatique coûteuse ✗ Accès TPME limité à la sous-traitance ✗ Vigilance accrue sur la qualité des équipements et lots architecturaux ✗ Analyse des risques à réaliser en amont ✗ Inversion des rapports de force (Maîtrise d'Œuvre internalisée) ✗ Risque juridique face à des groupements d'entreprises très bien rodés aux procédures de litiges ✗ Cout d'opération majoré (15 à 20% de frais d'entreprises générales) ✗ Risque financier important en cas de restructurations (surtout en présence d'amiante) en raison des imprécisions sur les existants et du risque de dérapage du contrat (travaux supplémentaires) ✗ Risque important d'une faible concurrence au vu de la conjoncture actuelle de forte activité
	LOI MOP	

2.6 Le planning

Le planning global indique 36 mois à partir de la remise du PTD aux groupements retenus à concourir jusqu'à la livraison.

Interrogé sur ces délais **TRES** courts, L'HPS indique que le travail très important réalisé en amont de la conception/réalisation doit permettre de réduire au maximum ces délais.

Point d'attention :

Malgré la réponse et la confiance de l'HPS, ce délai de 36 mois n'est pas réaliste.

Compte-tenu des incertitudes importantes (évoquées dans le présent rapport) que l'HPS ne maîtrise pas, la probabilité que le planning soit impacté par des retards ou des changements de décision est quasi certaine.

Recommandations :

L'HPS devrait provisionner à minima les travaux de confortement/amélioration de son site actuel, afin de lui permettre d'attendre sereinement que le nouveau bâtiment soit livré

Conclusion de cette deuxième partie :

Le projet de l'Hôpital du Pays Salonais est ambitieux et intéressant.

Il présente néanmoins d'importantes incertitudes qui mériteraient d'être précisées et consolidées avant déclenchement final de l'opération.

Dans ces conditions, le coût global de l'opération ne doit pas négliger les travaux de restructuration du site actuel qui semblent incontournables compte tenu des délais de réalisation de ce nouveau projet et de l'état des bâtiments actuels.

3. LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE

Le projet de Nouvel Hôpital du Pays Salonais (NHPS) a été présenté au comité régional l'investissement (CRI) en février 2022. A cette occasion, la question de la soutenabilité financière du projet a été soulevée. Sur la base des premières conclusions du CRI, qui comportaient plusieurs recommandations, un travail de révision du projet de reconstruction de l'hôpital a été engagé. La deuxième version du projet présentée au CRI de mai 2023 intégrait de nouvelles hypothèses d'activité et une évolution capacitaire revue à la baisse, afin de conforter la soutenabilité financière du projet.

L'ampleur de l'opération projetée, dont le montant dépasse 167 M€, ramenée à la taille de l'établissement, dont la surface financière avoisine seulement 100 M€ par an, exige en effet une grande vigilance dans l'analyse tant de la faisabilité que de la soutenabilité financière du projet. Cette prudence est d'autant plus nécessaire que les hypothèses retenues ont été fixées dans un contexte marqué par une forte inflation (coût des matières premières, coûts de l'énergie, coûts de construction, coûts d'accès à l'emprunt, etc...).

Le CH de Salon de Provence se trouve dans une situation financière aujourd'hui très fragile. Les marges de manœuvre pour porter des investissements ambitieux sont en l'état très réduites. L'amélioration de la performance du cycle d'exploitation proposée par les porteurs du projet constitue donc un facteur de réussite incontournable du projet dont il convient d'évaluer la faisabilité et la crédibilité. Malgré d'importantes subventions obtenues à l'appui du projet, le niveau d'endettement atteint par l'établissement en fin de PGFP (2030) interroge immanquablement sur la soutenabilité à long terme de l'opération.

1. Situation financière actuelle fragile, offrant très peu de marge de manœuvre pour investir

1-1 Résultats récents plus dégradés que prévus, malgré une hausse d'activité en 2023

Le PGFP transmis par le CH de salon de Provence et annexé au RESE fait apparaître une situation budgétaire très dégradée en début de période. Le compte de résultat principal définitif affiché dans le PGFP est déficitaire en 2020 (-1,1 M€) et en 2021 (-1 M€). Le PGFP est construit sur une prévision de résultat déficitaire de 2,5 M€ en 2022. Or, le résultat définitif de l'exercice 2022 est en réalité nettement plus déficitaire que prévu. La situation budgétaire de l'établissement se dégrade de 4,5 M€ par rapport à 2021 soit une déficit 2022 de 5,5 M€. Cela représente l'équivalent de près 6 % des produits.

Le résultat structurel (retraité des éléments conjoncturels) s'abaisse même à - 6,6 M€ en 2022 soit - 5 M€ par rapport à l'avant Covid (2019).

La situation est doublement préoccupante. Le trend est négatif d'une part, et plus dégradé que prévu par le PGFP sur lequel la trajectoire présentée au CRI en mai 2023 est construite d'autre part.

La dégradation s'explique par plusieurs facteurs :

- les recrutements opérés ont été importants en sortie de crise COVID compte-tenu de la politique de relance volontariste de l'activité portée par la direction du centre hospitalier (+ 4,5 % d'ETPR en 2022 pour le PM, et + 2 % pour le PNM)
- le renforcement du personnel dans le contexte de fort absentéisme et de tensions sur les recrutements (emplois de personnels CDD, dépenses d'heures supplémentaires, temps de travail additionnel)
- la hausse de l'inflation (+16%)
- l'existence de recettes exceptionnelles non reconduites (aides Covid, actions « one shot » d'optimisation fiscale).

Au final les recettes ont augmenté de 1,9 % en 2022, alors que les charges ont progressé de 6,6 %.

Le contexte du Covid, marqué par le versement de crédits ARS ad hoc, a sans doute contribué à masquer en partie la réalité de la situation financière réelle de l'HPS. L'année 2022 est une année de retour à la réalité budgétaire pour l'établissement.

Toutefois la dynamique connaît une inflexion. Le tendancier 2023 est en effet nettement plus encourageant. Les objectifs prévus par le PGFP semblent déjà atteints pour 2023, au moins en hospitalisation de jour (HDJ). Il ne semble pas exclu que ceux de 2024 soient atteints dès la fin de l'année 2023. Globalement les séjours progressent de 12 % en volume à fin juin (14 100 séjours en 2023 vs 12 600 séjours en 2022).

Les charges semblent mieux maîtrisées grâce à la mise en œuvre d'un plan d'actions ayant permis d'obtenir d'ores-et-déjà les résultats suivants :

- suppression des impacts Covid liés aux ressources humaines ;
- déploiement d'une politique de retour à l'emploi active ;
- amélioration de la QVT (-16% d'absentéisme en 2023) ;
- création d'une commission des projets (afin de développer les recettes) ;
- création d'une cellule d'ordonnancement pour réduire la DMS.

Toutefois ces premiers résultats demeurent précaires et fragiles. La politique de recrutement médical continue de générer d'importantes dépenses dans le but d'augmenter l'activité (+ 10 ETP de PM entre juin 2022 et juin 2023). Les dépenses médicales augmentent de 7 %. Les dépenses de titre 3 sont supérieures de 5 % à l'EPRD 2023 fixé en début d'année.

Point de vigilance :

Déjà fragile, la situation financière de l'établissement se dégrade au cours des 3 dernières années. Les dépenses, non sans lien avec la politique de recrutements, augmentent plus vite que les recettes. Le rebond de l'activité observé en 2023 doit être confirmé.

Recommandation :

La situation budgétaire de l'hôpital exige l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier. Il devra faire l'objet d'une approbation par l'ARS. L'évolution des dépenses de personnel doit rester compatible avec l'objectif de redressement. Un tableau de bord de suivi des plans d'actions doit être mis en place de façon à sécuriser la trajectoire.

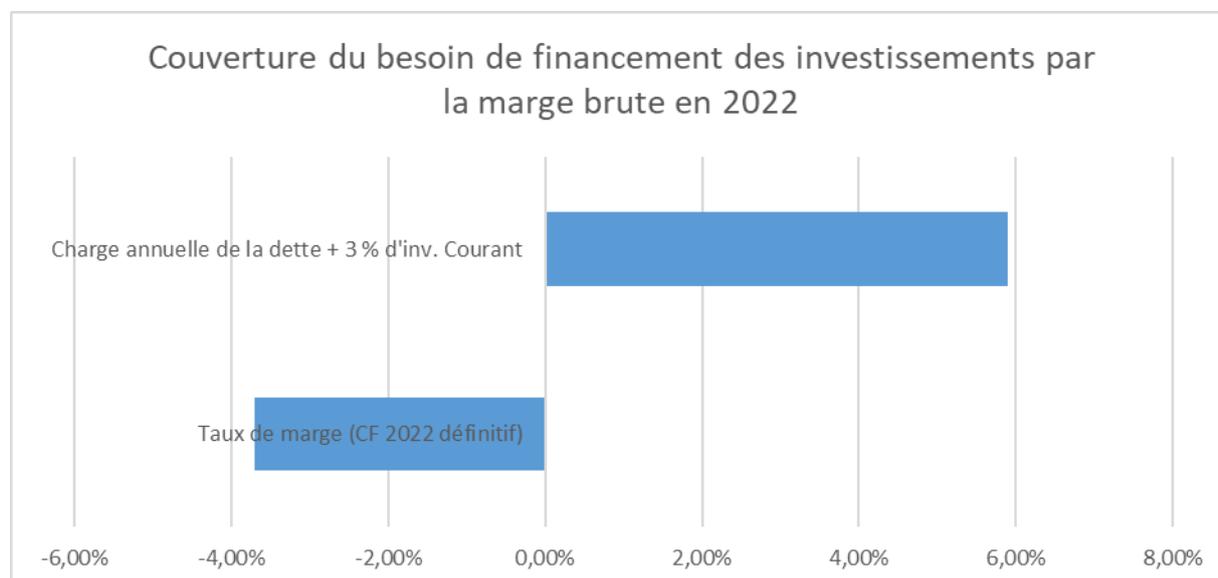
1-2 Un niveau de marge brute incompatible avec le plan d'investissement envisagé

A l'instar du résultat comptable, la marge brute enregistre également un net reflux. L'Hôpital du Pays Salonais a dégagé une marge définitive de + 2,5 M€ (2,7 %) en 2021. La marge obtenue en 2022 chute à - 3,7 M€ soit -3,9 % là où le PGFP annexé au RESE affichait une marge de - 0,9 M€ (-1%).

La marge brute permet d'identifier la capacité d'un établissement à couvrir les surcoûts d'investissements (amortissements, intérêts de la dette). En l'état l'établissement génère par son cycle d'exploitation une marge négative incompatible avec la nature et le volume des investissements envisagés.

La marge doit à minima couvrir la charge annuelle de la dette et permettre d'autofinancer environ 3 % des produits en investissements courants sans s'endetter davantage.

Or le montant de la charge annuelle de la dette représente 2,7 M€ en 2022 soit 2,9 % des recettes annuelles du CH. Le besoin de financement structurel en début de trajectoire est donc de près de 10 % des produits soit l'écart entre la marge (- 3,9%) et la charge de la dette (+ 2,9 %) auquel il convient d'ajouter 3 % d'investissements hors opérations majeures.



Ce déficit d'efficience du cycle d'exploitation situe l'établissement dans une zone à risque. Seul un plan d'actions volontariste, associé à des aides et subventions ad hoc, serait de nature à sécuriser le plan pluriannuel d'investissement

1.2 Une base d'entrée marquée par un endettement soutenu.

L'encours de dettes du CH de Salon de Provence atteint 21,6 M€ en 2022 soit 22,1 % des produits.

Le niveau d'endettement est inférieur au seuil fixé par la réglementation (30 %). Toutefois ce ratio doit être mis en regard d'une CAF nettement négative en 2022.

En l'état actuel l'établissement ne peut procéder au remboursement de sa dette par la CAF. Pourtant cet objectif revêt un caractère réglementaire. A ce titre la situation de l'établissement justifie la mise en place d'un plan de redressement.

Dans ce contexte d'endettement, l'établissement ne dispose pas de réserve : son fond de roulement est moyen, et sa trésorerie est négative (- 1 M€ en 2021 soit - 4 jours, -4,5 M€ en 2022 selon le PGFP soit - 17 jours). L'établissement est contraint de recourir à une ligne de trésorerie.

2. Faisabilité financière du projet

2.1 Les hypothèses de recettes et de dépenses

Les taux d'évolution moyens annuels hors mesures d'efficience et impacts économiques du projet (ROI) dépendent de variables internes (GVT, activité ...) ou externes (inflation, démographie ...).

Les Recettes :

Concernant les recettes d'assurance maladie (titre 1), le CH salons de Provence a pris le parti de n'intégrer dans le tendanciel d'activité aucun effet volume nonobstant l'évolution de la population estimée à un trend de 0,15 %. Les effets volumes sont intégrés en totalité dans le plan d'efficience soit au titre du projet soit hors projet (voir infra).

La hausse prévisionnelle des recettes T2A se limite à l'effet prix. Celui-ci est estimé de façon très prudente à + 0,2% par an soit +0,9 M€ en 2030. Seules les molécules onéreuses et les dispositifs remboursés à l'euro près se voient appliquer à la fois un effet prix (0,4 % par an) et un effet volume (0,4 % par an). Ce choix n'impacte en rien la trajectoire, dans la mesure où ces mêmes taux sont appliqués en dépenses de titre 2 (dépenses médicales).

Les aides MIGAC sont en diminution de 3 M€ (7 M€ vs 10 M€) en raison du retrait des aides Covid. Cette baisse de recettes annihile en grande partie les économies de dépenses Covid intégrées aux gains d'efficience.

Le titre 2 ne contient aucune hypothèse d'évolution tendancielle hors gains d'efficience.

Les recettes de titre 3 hors plans d'actions évoluent principalement du fait de l'amortissement des subventions liées au projet. Cette quote-part (4,4 M€ par an à compter de 2027) vient en atténuation de l'amortissement des travaux constatés au titre 4 de dépenses. Les recettes de cessions d'actif alimentent les produits exceptionnels. Il est prévu une recette de 17 M€ en 2025 en lien avec la vente du site hospitalier actuel à l'établissement public foncier. Les autres recettes de titre 3 augmentent de 0,4 % par an (par effet prix notamment).

Point de vigilance :

Le PGFP n'intègre pas la totalité des paramètres susceptibles d'influer sur l'évolution des produits tendanciels : réforme des soins médicaux de réadaptation, tarifs journaliers de prestations, sortie progressive de la garantie de financement d'ici 2025.

Recommandations :

Prendre en compte l'ensemble des paramètres dans la trajectoire. Le plan de retour à l'équilibre devra s'appuyer sur un PGFP exhaustif.

Les Dépenses

Le tendanciel de masse salariale retenu par l'établissement est faible. L'essentiel des facteurs évolutifs (à la hausse ou à la baisse) sont en lien avec les fiches de gains soit au titre du projet soit hors projet. Les augmentations d'effectifs envisagées sur certaines disciplines, comme l'imagerie, viennent en réduction des gains de recettes et sont sorties du tendanciel au sens strict. La masse salariale tendancielle évolue donc sur la seule base de l'effet prix (0,3 % par an pour le PNM et 0,4 % pour le PM). Les taux d'évolution du titre 1 intégrés au PGFP sous estiment de façon assez manifeste l'augmentation naturelle de la masse salariale. La hausse des tarifs T2A (0,2 % en moyenne) et la hausse d'activité sont censés couvrir l'essentiel des mesures salariales. Les mesures Ségur appliquées depuis 2021 n'ont pas toutes été couvertes par des dotations ad hoc. L'abandon de la dotation garantie en sortie de Covid devrait accroître le risque de sous financement des mesures salariales. Les taux prévus par l'HPS (0,3 % et 0,4 %) couvrent à peine le GVT.

Point de vigilance :

Le taux d'évolution de la masse salariale se limite au GVT (0,3 % / 0,4 %), lui-même estimé à un niveau à minima. Le PGFP part du principe que toutes les mesures salariales seront compensées en recettes. Les reclassements Ségur récents montrent l'inverse.

Recommandation :

Documenter l'évolution du GVT retenue et prendre une marge de précaution plus importante dans l'estimation du tendanciel des dépenses de titre 1

Les charges de titre 2 sont impactées tendanciellement par un taux de croissance de 0,4 % par an correspondant à un effet prix donc sans effet volume sauf effets volumes ciblés et liés au ROI.

Les charges de titre 3 évoluent de façon dégressive. Les taux retenus semblent assez optimistes au regard de l'inflation réelle : + 15 % sur l'énergie en 2022, +9 % en 2023, + 8 % en 2024 et + 2 % par an après 2028, 0,4 % seulement par an pour l'ensemble des autres charges de titre 3 hors énergie y compris en 2022 et 2023. Ces hypothèses présentent un risque de sous-estimation du taux d'inflation hors énergie, notamment en début de période.

Pont de vigilance :

Les hypothèses d'inflation sur le titre 2 et le titre 3 sont assez optimistes

Recommandation :

Prendre une marge de précaution plus importante dans l'estimation du tendanciel des dépenses de titres 2 et 3

Concernant le titre 4 de dépenses, il augmente de plus de 4,2 M€ entre 2022 et 2030. Au sein du titre 4, les amortissements passent de 2,3 M€ à 7,6 M€ (+ 5,3 M€ dont + 5,6 M€ en lien avec le seul projet NHPS). Les frais financiers augmentent de 1,8 M€ dont + 2 M€ au titre du projet.

Les amortissements sont basés sur des durées appropriées (projet : 30 ans, investissements courants : 15 ans). Les frais financiers sont projetés à partir d'un taux d'emprunt de 4 % sur 20 ans. Ce niveau de taux est prudent et sécuritaire au regard des conditions d'emprunt actuelles.

Au global la trajectoire est relativement peu affectée par le tendanciel, les taux d'évolution sont peu marqués aussi bien en recettes qu'en dépenses. Les principales évolutions relèvent soit du projet lui-même (ROI) soit du plan d'efficience (gains, effets volumes).

2.2 Gains en exploitation très ambitieux

Le CH de Salon de Provence prévoit, à l'appui de son PGFP, la réalisation de gains nets d'efficience importants (12,3 M€) d'ici 2030.

La moitié des gains, soit 6,2 M€, est réalisée avant la mise en service du projet (2027), dans le cadre d'un vaste plan d'actions visant à améliorer la performance de l'établissement et optimiser l'activité médicale du site.

L'autre moitié (6,1 M€) est directement conditionnée à la mise en œuvre du projet.

Les économies de dépenses (6,4 M€) dépassent légèrement, au global, les gains en produits (5,9 M€). Cette équation constitue un choix plutôt vertueux.

LES GAINS EN DEPENSES (ECONOMIES) :

Sur les 14 fiches de gains transmis par l'établissement, 7 concernent des mesures de maîtrise des dépenses.

La plupart des économies envisagées sont sans lien avec le projet NHPS (5,1 M€ sur 6,4 M€). Certaines économies projetées sont d'ores-et-déjà mises en œuvre ou en cours de mise en œuvre.

Le plan d'action proposé repose sur les mesures d'efficience suivants :

-rationalisation des dépenses d'achats (0,6 M€)

-optimisation des organisation logistiques, administratives, et des fonctions supports (1,7 M€)

Cette action est majoritairement réalisée avant l'ouverture du nouvel hôpital (1 M€ sur 1,7 M€). Par ailleurs l'ouverture du nouveau site permettra une plus grande mutualisation et des regroupements des services supports générateurs de gains en effectifs.

Ces gains se traduiront par d'importantes réductions d'effectifs (-28,5 ETP), sous forme de non-remplacements de départs à la retraite. Les secteurs concernés sont les secrétariats médicaux qui seront regroupés dans un seul bâtiment à terme - 10 ETP), le bureau des admissions, l'accueil téléphonique, les équipes logistiques, les services techniques, la restauration, les secrétariats de direction (-4,5 ETP), la reprographie.

Les travaux de désenfumage en cours devraient permettre de réduire le volume d'agents affectés à la sécurité incendie avant l'ouverture même du projet (- 8 ETP).

- optimisation des blocs opératoires (gain de 20 K€)
- suppression des impacts Covid et mesures générales d'organisation du temps de travail

Ces deux dernières mesures (Covid et temps de travail) représentent à elles seules 3,5 M€ de gains soit plus de 50 % des gains en dépenses du PGFP.

Le caractère relativement artificiel et fragile de ces deux mesures doit être souligné. Ces dernières constituent sans doute un des points faibles du plan d'actions proposé par le CH de Salon de Provence dans le cadre de sa trajectoire de redressement.

Les réductions d'effectifs et la décélération des mesures ciblées sur le personnel, associées à la sortie de crise Covid (heures supplémentaires, majorations ...), sont présentées de façon relativement artificielle comme faisant partie du plan d'économie. En effet, les gains en question sont plus que compensés par la fin progressive des enveloppes ARS allouées à ce titre. Au total ces mesures Covid ne génèrent aucun gain net. Le solde global est même négatif s'il est fait masse de l'ensemble des dépenses Covid et de l'ensemble des recettes Covid. Les aides Covid en recettes passent de 6,8 M€ à 0 entre 2021 et 2023. Les dépenses (tous titres confondus donc au-delà de cette seule fiche de gains qui ne concerne que les dépenses de personnel) passent de 5 M€ à 1 M€.

La deuxième mesure (réorganisation du temps de travail) recouvre plusieurs actions entrant dans le champ de la QVT, de la lutte contre l'absentéisme, et de la réduction des heures supplémentaires. Ce volet du plan d'actions engendre un gain de 2,1 M€. C'est près de 20 % de la totalité du plan d'efficience. Cette mesure repose sur un objectif ambitieux dont les résultats à terme sont par construction incertains. Les actions associées ne sont pas toutes clairement documentées. Le champ du plan d'action est très large et comprend un objectif de réduction des accidents du travail (gain de 11 mensualités par an), le retour à un taux d'absentéisme pré Covid y compris pour les maladies ordinaires (hors Covid), une politique volontariste de reclassement et de retour à l'emploi (- 5 ETP), et le retour à une compensation horaire des heures supplémentaires d'ici 2026 donc sans compensation financière soit une économie évaluée à 0,8 M€. Dans un contexte de tension sur les recrutements, il n'est pas certain qu'un retour à la situation ex ante en termes d'heures supplémentaires soit totalement envisageable à court et moyen termes. Rien n'est dit non plus sur la perte de recettes « heures supplémentaires » liées au retrait des dispositifs de soutien mis en place par l'Etat dans le cadre du Covid et du plan Ségur pour faire face aux difficultés de recrutement. Ces éléments ne sont pas intégrés dans les projections comme cela a été confirmé par l'HPS.

Point de vigilance :

La mesure Covid et la mesure organisation du temps de travail présentent un caractère artificiel ou fragile. Le « gain » Covid est plus que compensé par la perte des recettes ciblées versées par l'ARS. La mesure relative au temps de travail repose sur des hypothèses dont la crédibilité peut être questionnée (QVT, retour à la situation anté-Covid sur les heures supplémentaires et l'absentéisme)

Recommandations :

La question du maintien de « l'affichage » des gains Covid dans la liste des mesures d'efficience se pose.

Les mesures relatives au temps de travail doivent faire l'objet d'une documentation plus approfondie

Les Gains en Recettes :

Les gains en produits représentent près de la moitié du plan de performance (5,9 M€ sur 12,3 M€).

La stratégie de redressement du CH de Salon de Provence est basée sur une logique d'augmentation de l'activité dans une proportion significative. Une partie des gains relèvent du ROI du projet au sens strict (retour sur investissement). Sur les 5,9 M€ de gains, 4,9 M€ sont liés au seul projet NHPS.

La trajectoire des recettes du PGFP est impactée par plusieurs types de mesures d'efficacité reposant soit sur le développement d'activités déjà existantes, soit sur l'émergence d'activités nouvelles (essentiellement liées à l'hospitalisation de jour), soit sur l'optimisation des recettes en termes de codage et de facturation.

Le plan d'actions est décomposé ainsi :

La performance de l'activité en hospitalisation complète (HC) :

Elle devrait générer 1,2 M€ de gains nets soit + 1,9 M€ de chiffre d'affaires en plus compensés partiellement par 0,7 M€ de dépenses de personnel associées. Cette fiche action est liée en totalité à la mise en œuvre du projet et ne dégage des recettes supplémentaires qu'à partir de 2027. Cette hausse d'activité apparaît d'autant plus fragile qu'elle intervient alors même que toute la stratégie de l'établissement consiste à développer une activité d'hospitalisation de jour, elle-même génératrice de gains importants (2,3 M€ de recettes en sus d'ici 2030). Il convient de noter qu'aucun effet de substitution n'apparaît entre les 2 postes de recettes malgré le recours à la méthodologie DGOS de calcul du virage ambulatoire cible. Les recettes d'hospitalisation complète progressent parallèlement à la hausse massive des recettes d'hospitalisation de jour. Aucune analyse précise des modalités de calcul de la hausse des recettes d'HC n'est fournie. Cette augmentation intervient malgré une baisse des journées de 5 % grâce à une forte réduction de l'IPDMS (0,94 vs 0,99 aujourd'hui). L'activité projetée est basée sur un capacitaire en HC en hausse par rapport à 2019, calculé en tenant compte de l'évolution démographique, du virage ambulatoire, et des choix associés au projet médical. Ces derniers sont sans lien avec la croissance démographique elle-même et résultent de projets déclinés par discipline. Ils génèrent à eux seuls un impact à la hausse de 12 lits de médecine en HC et 4 lits de chirurgie. La mise en place d'une cellule ordonnancement est censée permettre une plus grande fluidification des séjours à l'avenir et un plus grand turn-over, à lits constants. Le recrutement d'IPA facilitera l'augmentation d'activités à effectifs médicaux inchangés.

Développement des alternatives à l'hospitalisation complète :

Le développement de l'activité d'hospitalisation de jour est au cœur de la trajectoire de recettes de l'établissement (+ 2,5 M€ en 2030 vs 2023, soit + 2 M€ nets des moyens en personnel supplémentaires). En médecine, l'objectif est la transformation d'une activité d'hospitalisation complète vers l'HDJ (bilan, pathologies chroniques) d'une part et la conversion en HDJ de consultations externes aujourd'hui dispersées et mono disciplinaires d'autre part. Au total ces « activités nouvelles » génèrent une hausse de 129 % des journées, dont les séances, sur la durée du PGFP contre + 0,51 % hors HDJ. L'unité de médecine ambulatoire enregistrerait une hausse d'activité de 7200 journées à elle seule (soit une augmentation de plus de 1000 %) Le taux d'occupation des places est augmenté de 85% à 150 % (cible ANAP).

Point de vigilance :

Les taux d'évolution de l'activité sont optimistes. L'effet de substitution entre activité d'hospitalisation complète et l'activité d'Hospitalisation partielle n'apparaît pas. Les recettes d'HC progressent de façon dynamique alors même qu'elles augmentent substantiellement en hospitalisation de jour. Le taux d'évolution des recettes en HC prend en compte l'impact des projets de pôles de façon ciblée. L'HDJ génère une forte hausse de chiffre d'affaire sur la base d'une activité entièrement nouvelle dont une partie relève d'une patientèle ex nihilo. L'éventuel impact à la baisse de l'HDJ en médecine sur les recettes de consultations externes par effet de substitution et de transformation n'est pas précisé.

Recommandation :

Il convient de documenter de façon plus précise l'évolution du chiffre d'affaire sur les 3 modalités de prise en charge des patients (HC, HDJ et activité externe). Le lien avec les besoins en santé du territoire gagnerait à être démontré de façon explicite (taux de recours, parts de marché). A défaut une révision à la baisse des hypothèses de recettes T2A est à envisager.

Optimisation du codage et des recettes d'activités externes :

L'action sur le codage est en cours (0,4 M€). Elle est antérieure à la mise en place du nouvel hôpital.

Le développement des recettes externes passera par un meilleur recensement des actes et une meilleure facturation (0,3 M€) ainsi qu'une dynamisation de l'activité externe à effectifs constants (0,5 M€).

Développement des recettes de chambres particulières :

Cette mesure génère une recette supplémentaire en base annuelle de 2 M€ en 2030. C'est un tiers de tous les gains nets relevant des fiches actions « produits ». Le nouvel hôpital disposera de 162 chambres seules offrant ainsi un véritable potentiel de recettes supplémentaires en comparaison avec l'hôpital actuel, pourvu essentiellement de chambres doubles. L'estimation est réalisée sur une base prudente.

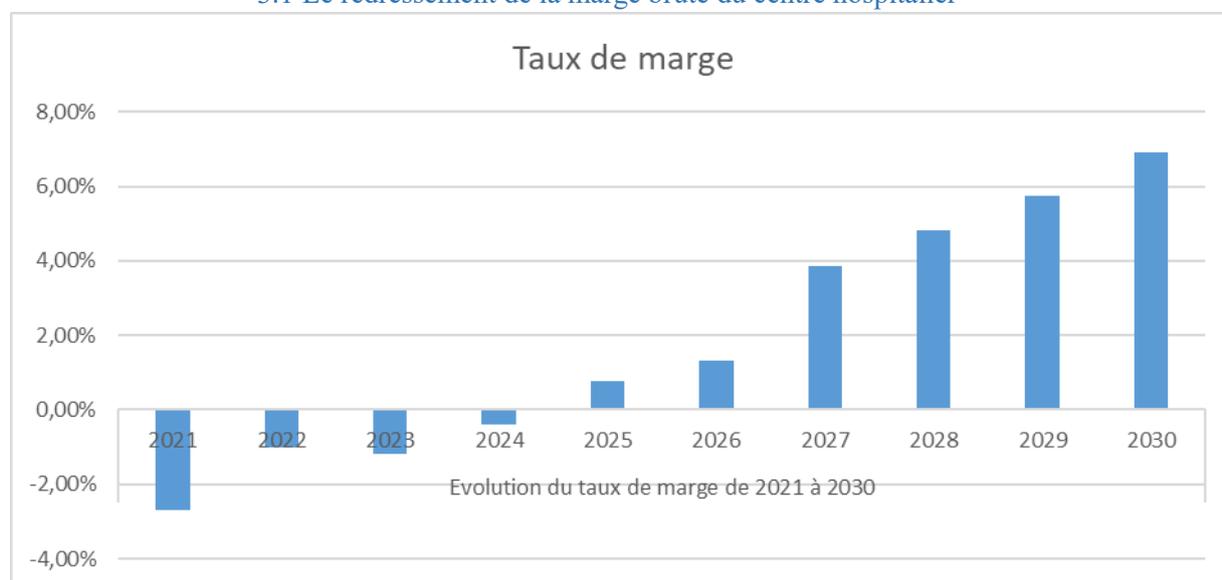
Développement de l'activité d'imagerie :

Le recrutement de 4 ETP de radiologues, en partenariat avec l'établissement support du GHT, devrait permettre une remise à niveau de l'activité d'imagerie publique et optimiser les délais d'attente. Le gain net attendu est de 0,2 M€ après déduction des dépenses de personnel médical en sus.

-activité de soins critiques : cette fiche action (+ 4 lits de soins critiques) entraîne une perte nette recettes de 0,7 M€, les surcoûts en personnel excédant de façon très nette les recettes marginales (1,4 M€ de dépenses vs 0,7 M€ de recettes).

3. Soutenabilité financière

3.1 Le redressement de la marge brute du centre hospitalier



Le PGFP associé au projet se traduit par un redressement très important de la marge brute de l'établissement. La marge passe de - 1 M€ en 2022 (sur la base du RESE et non du compte financier définitif connu postérieurement) à environ 7 M€ en 2030 soit une progression de 8 M€.

Le taux de marge augmente de 8 points (-1 % en 2022, + 7 % en 2030).

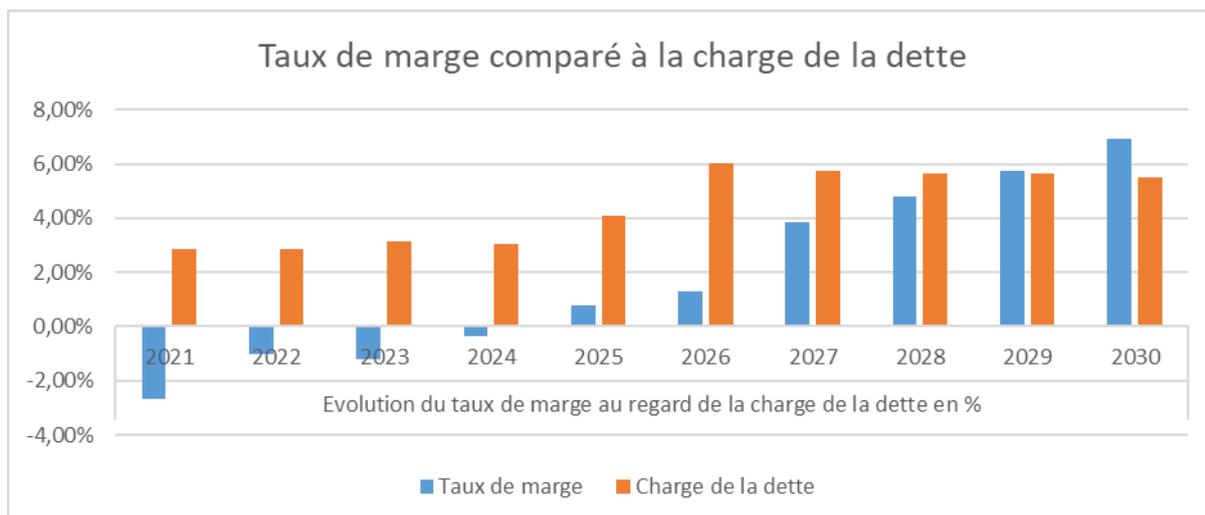
L'augmentation de la marge (+ 8 M€) couvre, et même au-delà, l'augmentation des amortissements et des frais financiers sur la période (+ 7,1 M€ entre 2022 et 2030 dont + 7,4 M€ au titre du seul projet de nouvel HPS en partie augmentés par le flux d'investissements courants nouveaux et atténués par une baisse de 1,8 M€ des amortissements anciens et des intérêts acquis). L'évolution de la marge permet d'assurer de fait une neutralité du projet sur le résultat net comptable de l'établissement.

L'amélioration du résultat comptable lui-même (-2,7 M€ en 2022 dans le PGFP, + 1,7 M€ en 2030 soit + 4,4 M€) s'explique principalement par la quote-part de subvention (Ségur, collectivités locales) virée au compte de résultat (compte 777) soit 4,4 M€ par an à compter de 2027.

Les gains liés au plan d'efficience (Hors ROI ou en lien avec le ROI), soit environ 12 M€ expliquent la majeure partie de cette amélioration. La sécurisation, la fiabilisation et le suivi fin de la mise en œuvre du plan d'actions constituent donc des enjeux prioritaires.

Pour autant la marge dégagée par l'exploitation, bien qu'en très net progrès, reste insuffisante pour faire face aux charges de remboursement du capital des emprunts et des frais financiers sur une période très longue, c'est-à-dire jusqu'en 2028. En 2028, la charge de la dette dépasse encore de 0,8 M€ la marge brute.

Le différentiel entre la marge brute et la charge de la dette redevient favorable à compter de 2029. Mais au terme du PGFP, en 2030, ce dernier (+ 1,4 %) n'atteint pas le niveau cible fixé par le CNIS (+ 3%) soit un écart supérieur à 1,5 points.



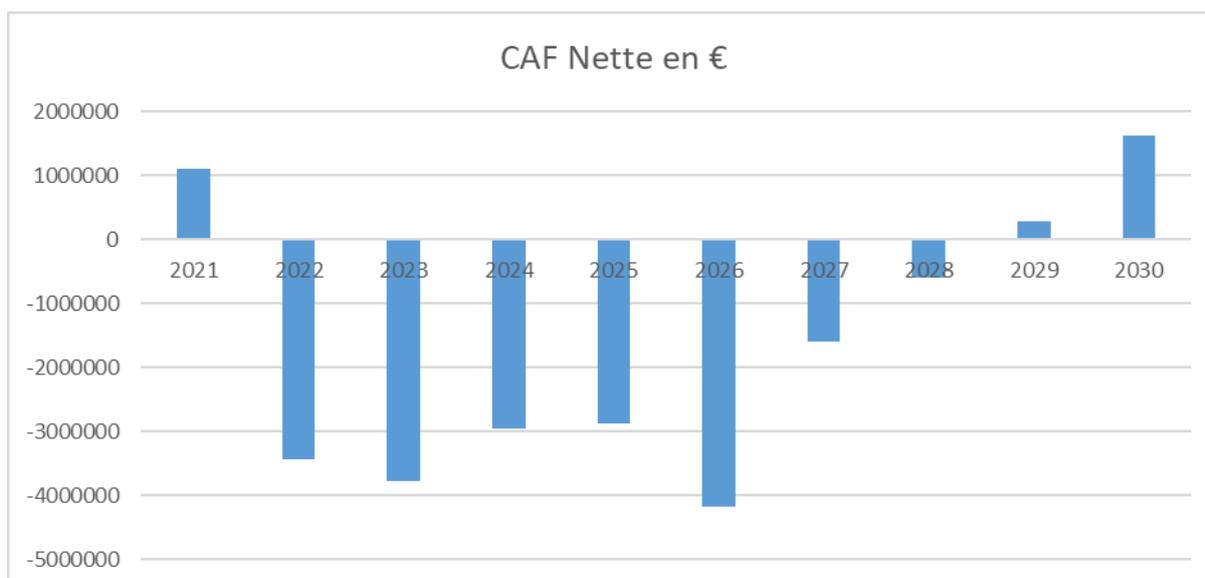
Point de vigilance :

L'insuffisance de marge brute dégagée par le cycle d'exploitation atteint environ 1,5 points soit 1,5 M€ en 2030. Cet écart, soutenable en tout début de période en raison du caractère neuf du bâtiment, doit être résorbé à moyen terme, compte-tenu de l'incapacité future de l'établissement à accroître son niveau d'endettement.

Recommandation :

Viser à terme (au-delà de 2030) un taux de marge d'au moins 8 % pour couvrir les investissements courant et associer à cet objectif un plan d'actions complémentaire permettant de dégager de nouveaux gains sur la décennie 2030-2040.

La CAF reste très insuffisante sur la période du PGFP. Celle-ci devient positive en 2029 seulement (+ 580 K€). Jusqu'en 2028, la capacité d'autofinancement ne permet pas le simple remboursement de la dette en capital. L'établissement n'est pas en mesure de répondre à une exigence réglementaire pendant une période longue. Le rétablissement de la situation intervient en toute fin de PGFP, soit 2 ans après l'ouverture du nouveau bâtiment, illustrant la dépendance de l'établissement à l'effectivité du ROI.



3.2 Des ratios de trésorerie et d'endettement

Compte-tenu de l'absence de CAF, l'hôpital du Pays Salonais finance l'opération d'investissement à 100 % par des financements externes.

Malgré le très haut niveau des subventions publiques obtenues (127 M€), la part d'emprunt atteint 24% du montant de l'investissement. Le montant total des emprunts réalisés au titre du projet atteint 40 M€ sur 167 M€.

Les décaissements interviennent essentiellement sur la période 2025-2026 comme le montre le tableau suivant qui retrace l'ensemble des paiements au titre des immobilisations du centre hospitalier (190 M€ dont 167 M€ liés au projet de NHPS). La concentration des sorties de caisse sur ces 2 exercices accentue le besoin d'emprunt concomitant.

En K€	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Décaissements	3 912	9 106	10 450	76 553	78 153	6 767	1 884	1 808	1 831	190 465

Les subventions obtenues sont ainsi réparties :

- Aide à l'investissement Ségur : 78 M€
- Complément Ségur : 20 M€
- Subvention du Conseil Régional : 6 M€
- Subventions du Conseil Départemental et des autres collectivités locales : 23 M€

Ces subventions sont classées comme réintégrables au compte de résultat sous forme de quote-part, sur la base du même rythme que l'amortissement physique du bien soit 30 ans. Cela neutralise en grande partie l'impact budgétaire des amortissements annuels.

Au total, l'opération est financée de la façon suivante :

- Autofinancement : 0 €
- subvention : 127 M€
- emprunt : 40 M€

Le projet NHPS ne représente qu'une partie du flux d'emprunts entrant sur la période. L'établissement emprunte au total 60,7 M€ entre 2022 et 2030 dont 40 M€ au titre du programme NHPS. Dans le même temps la dette du centre hospitalier progresse de 40 M€ environ (et non 60,7 M€) soit le montant de l'emprunt affecté à l'opération de reconstruction de l'hôpital. Le remboursement en capital de la dette cumulé sur l'intervalle 2022-2030 avoisine en effet 20 M€.

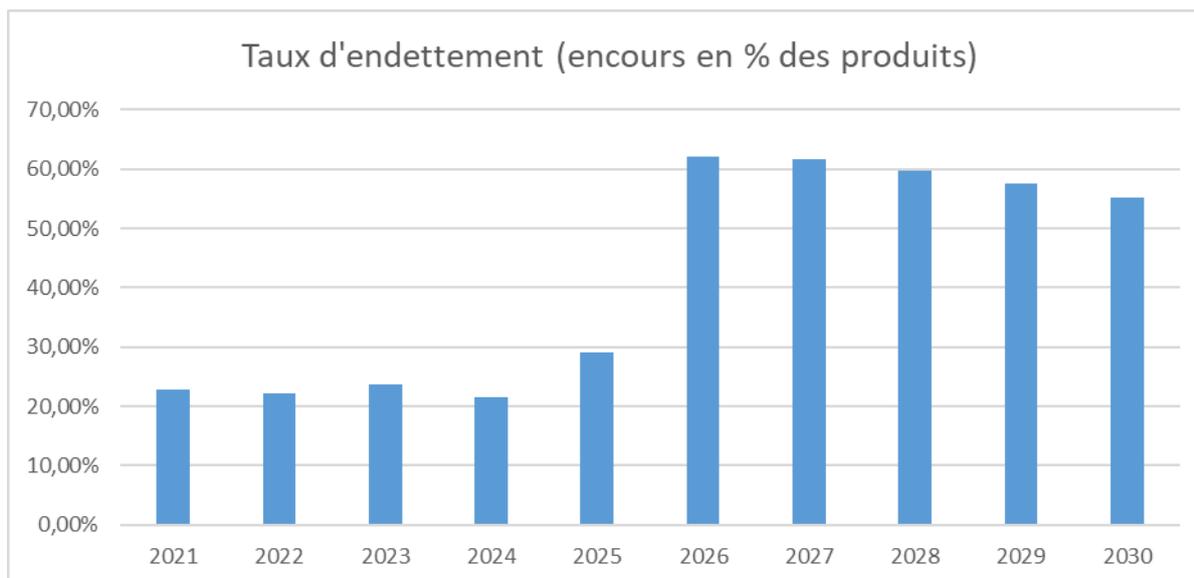
Le projet pris isolément a donc pour conséquence un triplement de l'encours de dette. Le montant de la dette passe de 21,6 M€ en 2022 à 59,5 M€ en 2030.

En M€	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Encours dette	21,6	22,5	20,7	34	61,8	63,6	62,4	61	59,5

L'impact du projet sur l'endettement est majeur, en raison de l'absence totale d'autofinancement d'une part et du poids relativement atypique des immobilisations prévues rapporté aux chiffre d'affaire annuel de l'établissement (179 % des produits en base 2022) d'autre part.

A l'issue du projet, en 2030, les ratios d'endettement apparaissent dégradés de façon significative. Seul un des 3 ratios réglementaires est en deçà du seuil de criticité. Le taux d'indépendance financière est en effet inférieur à 50 % (38,9 %).

En revanche, la durée apparente de la dette dépasse 10 ans (11,8). C'est surtout le taux d'endettement rapporté aux recettes annuelles de l'établissement qui s'éloigne du ratio cible (55,2 % au lieu de 30 %). Le taux d'endettement dépasse même 62 % en 2026, juste avant la mise en service du nouvel hôpital.



La trésorerie de l'établissement illustre parallèlement la fragilité de la situation patrimoniale du centre hospitalier de salon de Provence à moyen terme, y compris après la réalisation du projet immobilier. La trésorerie reste durablement négative sur toute la période (- 4,4 M€ en 2022, encore -1,6 M€ en 2029). En 2030 la trésorerie n'est toujours pas revenue en territoire positif.

L'établissement n'est pas en capacité d'abonder le fond de roulement en recourant à l'emprunt au-delà des montants déjà prévus. Cette situation s'explique à la fois par le niveau d'endettement atteint (près de 60 %) et par l'inexistence de CAF. En cas de recours à l'emprunt supplémentaire pour abonder le fond de roulement et donc la trésorerie du CH, le total des emprunts et le total des subventions additionnés auraient abouti à financer le cycle d'exploitation par l'emprunt, ce qui est gage de mauvais gestion. Dans le même temps l'établissement est limité dans son recours à des financements de court terme (hors emprunt) qui atteignent déjà 30 jours de charges courantes.

Cette situation témoigne d'une absence flagrante de marge de manœuvre financière.

Point de vigilance :

La soutenabilité financière de l'opération est critique. Les ratios d'endettement et de trésorerie sont dégradés au terme de l'opération. L'établissement disposera à l'issue du PGFP d'une marge de manœuvre financière très réduite.

Recommandation :

Malgré un haut niveau d'endettement, la marge brute dégagée par le cycle d'exploitation permet de couvrir la charge de la dette annuelle et une part d'investissements courants (1,5 points sur 3%). A ce titre et sous cette condition la soutenabilité du projet est acceptable. Toutefois au vu du manque de marge prudentielle, il convient de mettre en place un dispositif de pilotage très étroit des gains d'efficience (ROI et hors ROI) susceptible de sécuriser l'augmentation de la marge brute. La trajectoire exige la formalisation d'un plan de retour à l'équilibre dument validé par l'ARS.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le CH de Salon de Provence est un hôpital de proximité bien intégré dans son environnement, notamment dans le cadre du GHT Provence.

Avec le projet du nouvel hôpital, l'établissement fait le pari de "capturer" une nouvelle patientèle, avec le développement d'un HDJ bilan Médecine orienté sur la prise en charge de pathologies chroniques, la prévention et l'éducation thérapeutique.

Ce projet s'inscrit dans un ensemble nommé "Village Santé". Des partenariats, en particulier dans le cadre d'un pôle de santé publique, sont en cours de structuration avec l'hospitalisation privée, la médecine de ville et les différents services de prise en charge à domicile. Il est souhaitable de finaliser dans des délais brefs ces coopérations et d'en établir ainsi clairement les différents impacts sur le centre hospitalier du pays salonais.

La stratégie médicale de l'établissement s'appuie sur des projets médicaux construits avec les professionnels. Toutefois, la documentation sur les files actives des patients susceptibles de recourir aux nouvelles activités ambulatoires manque de fiabilité.

L'établissement s'appuie sur une politique de renforcement de l'encadrement médical pour justifier son projet. Ce pari est ambitieux et volontariste mais il n'est pas confirmé par des données statistiques fondées sur la demande de soins dans le périmètre du bassin salonais.

En chirurgie, l'ambition de l'établissement est plus mesurée, compte tenu de la présence sur le territoire d'une clinique dynamique, la clinique Vignoli. Là aussi, le volontarisme de l'établissement induit une projection d'évolution des hospitalisations de jour et de la RAC dans des proportions qui ne sont pas suffisamment étayées par la demande de soins sur le territoire salonais.

Par précaution, il serait souhaitable que l'établissement élabore son plan d'évolution des activités ambulatoires sur des hypothèses plus réalistes.

Concernant le volet immobilier, actions en préambule que le site retenu est intéressant pour sa situation d'entrée de ville et sa taille (9.5 ha), alors qu'il est incontestable que le foncier actuel ne permettrait pas de développer le projet envisagé par l'HPS.

Néanmoins, à ce stade du projet et sans remettre en cause l'intérêt qu'il représente pour le territoire, les points d'alerte sont nombreux et tous convergent vers un risque de dépassement de l'enveloppe budgétaire. Le premier point d'alerte est lié au montage juridique du marché de construction. Un Marché Global de Performance engage les parties sur quatre paramètres : les délais, le coût, le programme de la construction et la maintenance qui en résulte.

Après signature du marché, tout élément pouvant modifier l'un de ces paramètres est source de plus-value. Or, à ce stade du projet les éléments identifiés sont nombreux :

- Le PLU ne permet pas la réalisation du projet et les modifications envisagées ne sont pas garanties. Le temps nécessaire à la procédure peut impacter le délai global fixé au MGP.
- Le réseau d'évacuation des eaux pluviales n'est pas réalisé et la responsabilité incombe à la Métropole.
- Le réseau de chauffage n'est pas opérationnel. Et comme pour les eaux pluviales, l'HPS n'a pas la maîtrise de ce poste qui sera réalisé sous maîtrise d'ouvrage de la ville.

Dans le cadre d'un MGP, ces deux raccordements (EP et chauffage) ne peuvent être chiffrés sans risque d'évolution opérationnelle (et donc de surcoût) et les délais peuvent déraiser. Pour ce qui concerne le chauffage, l'évaluation de la maintenance est impossible alors que la production d'énergie pourrait évoluer.

Le deuxième risque est lié aux conventions de partenariats qui ne sont pas encore totalement fiabilisées et à la répartition des charges qui ne sont pas finalisées (production de chaleur et voiries)

Pour toutes ces raisons, l'HPS aurait tout intérêt à finaliser l'ensemble de ces études et procédures afin de pouvoir contractualiser sereinement un MGP bordé.

Dans le cas contraire, l'HPS devrait envisager de travailler dans le cadre plus simple et plus souple de la loi MOP.

En complément de ces alertes, et suite à l'analyse financière réalisée dans le cadre de cette contre-expertise, il est important également d'attirer l'attention de l'HPS sur les surfaces que son programme prévoit. En alignant son programme sur les surfaces basses du référentiel ANAP, il devrait pouvoir envisager une importante réduction du coût des travaux de l'ordre de 15M€ (sur la base du calcul indiqué au RESE).

Enfin et pour terminer ce volet bâtiminaire, il faut rappeler que l'HPS ne pourra pas déménager avant plusieurs années et qu'il serait prudent de prévoir la mise en œuvre des travaux prévus au diagnostic MUPY en particulier pour remédier aux défauts sanitaires et de sécurité présentés dans ce diagnostic (en date de 2019...).

Sur le plan de la soutenabilité financière, l'opération proposée présente un double risque. D'une part, le poids du projet rapporté à la surface financière de l'établissement (167 M€ de dépenses d'investissements pour un budget annuel voisin de 100 M€) est particulièrement important. D'autre part le CH de Salon de Provence se trouve aujourd'hui dans une situation financière fortement dégradée. Le résultat net comptable de l'établissement est déficitaire de près de 6 %. Le déficit a augmenté de 4,5 M€ entre 2021 et 2022.

Le niveau de marge brute dégagé par la structure est à ce stade non compatible avec le plan d'investissement envisagé. Le compte financier définitif 2022 fait apparaître un taux de marge négatif de 3,9 %. Le besoin de financement structurel en début de trajectoire est donc de près de 10 points entre la marge constaté (-3,9 %) et la charge de la dette enregistrée en 2022 ajoutée aux 3 % d'investissements courants cibles. Le déficit d'efficience du cycle d'exploitation situe l'établissement dans une zone à risque.

Le niveau d'endettement en base d'entrée est certes inférieur au seuil fixé par la réglementation. Toutefois ce ratio est à comparer à la capacité d'autofinancement, aujourd'hui négative. Cette dernière ne couvre pas le remboursement en capital de la dette.

Dans un tel contexte, la faisabilité financière du projet nécessite une forte amélioration du cycle d'exploitation dont la crédibilité doit être interrogée.

Si les hypothèses de recettes et de dépenses tendanciennes (hors projet) sont globalement prudentes, elles ne sont pas exemptes de fragilité. Une approche exhaustive des paramètres du PGFP devra être recherchée. Le tendanciel de masse salariale, réduit au seul GVT, lui-même apprécié à minima, est optimiste.

Les principales évolutions en exploitation apparaissent toutefois au titre du plan d'efficience et du retour sur investissement (ROI) du projet.

Les gains en fonctionnement, supérieurs à 12 M€, sont au total très ambitieux, et sont pour moitié dus au projet d'investissement lui-même. Un travail de documentation de certaines actions, pourtant majeures, doit être mené : organisation temps de travail, hypothèses de hausses d'activité fortes en hospitalisations complète et de jour sans effet de substitution etc... Certaines mesures ne relèvent ni d'un plan d'efficience ni d'un éventuel ROI, et s'assimilent à ce titre à de purs effets d'affichage (baisse des dépenses liées au Covid).

Au global le haut niveau d'endettement en fin de période fragilise de façon significative le niveau de soutenabilité du projet.

Bien qu'en hausse de 8 points entre le début et la fin du PGFP, le taux de marge n'atteint pas la cible fixée par le CNIS. Elle est inférieure d'environ 1,5 points à la charge de la dette ajoutée aux investissements courants. Cet écart de marge, acceptable dans un premier temps en 2030, en raison du caractère neuf du nouvel hôpital, devra être résorbé à moyen terme. Un plan d'actions complémentaires est à prévoir au-delà de 2030 compte-tenu de l'absence totale de capacité d'endettement supplémentaire de l'établissement.

A l'issue du projet les ratios d'endettement apparaissent en effet dégradés de façon significative. Deux des 3 ratios réglementaires se situent au-delà des seuils de criticité. Le taux d'endettement rapporté aux produits dépasse 55 % en 2030 (au lieu de 30 %). C'est une hausse de plus de 30 points par rapport au taux d'endettement actuel (22 %). La trésorerie reste par ailleurs durablement négative, y compris en 2030, soulignant l'absence réelle de marge de manœuvre financière. Au vu du manque de marge prudentielle, il convient de mettre en place un dispositif de pilotage très étroit des gains d'efficience (ROI et hors ROI) susceptible de sécuriser l'augmentation de la marge brute. La trajectoire affichée exige la formalisation d'un plan de retour à l'équilibre dument validé par l'ARS, de façon à sécuriser de façon définitive la marge cible telle que fixée à horizon 2030.