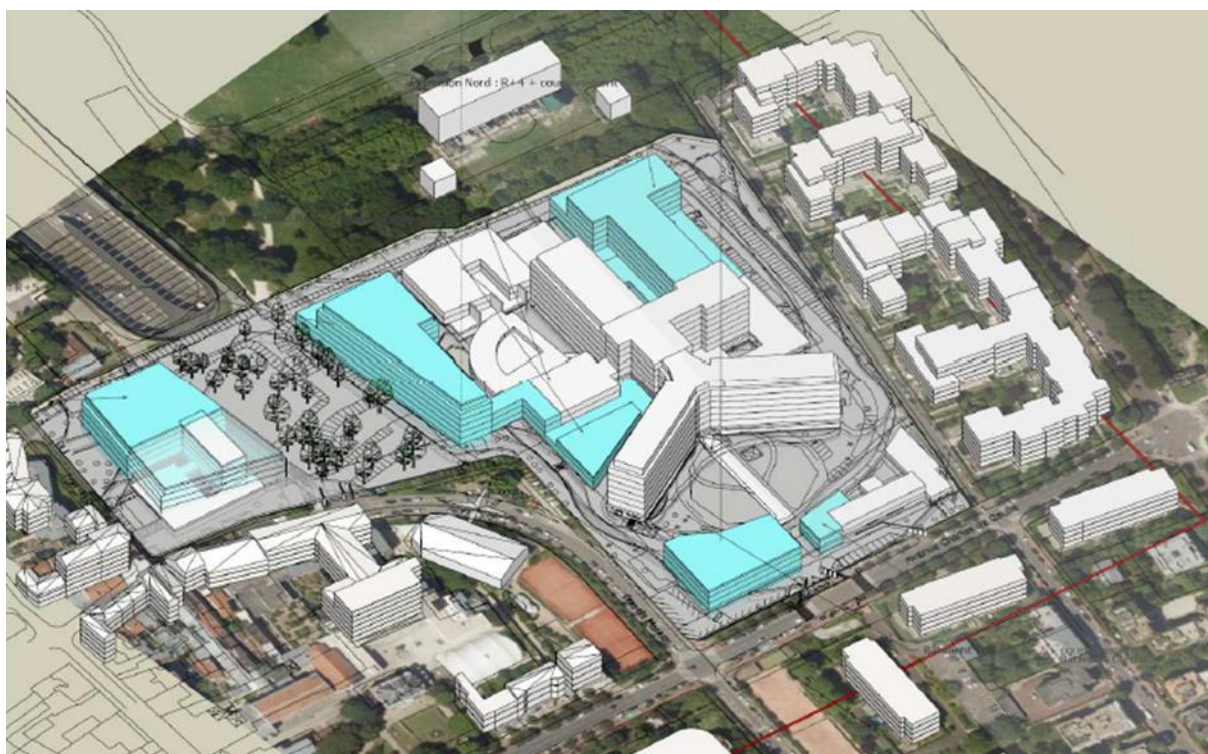


CONTRE EXPERTISE

DOSSIER NGAP



Préambule

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissement 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 d'€.

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 la contre-expertise indépendante du dossier d'évaluation préalable de ce projet.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par l'ARS Ile De France et par l'APHP, ainsi que par les réponses apportées aux questions des -experts tout au long de la procédure.

Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

Introduction	6
Un projet pertinent sur le plan stratégique.....	8
1/ Une première version du projet déjà soumise à l'avis du COPERMO	8
2/ Un projet pertinent dans sa dimension stratégique.....	8
2.1 Deux établissements appartenant au même GHU	8
2.2 La situation de vétusté de l'hôpital Raymond Poincaré, donne lieu à des scénarii alternatifs bien documentés et progressivement écartés au profit du projet présenté	9
2.3 Un projet médical basé sur une complémentarité des disciplines présentes actuellement sur les deux établissements et renforcée par l'unicité de site envisagée	10
2.3.1 Le cadre du GHU	10
2.3.2 Un territoire partagé.....	10
2.3.3 Un panel d'activités complémentaires autour de filières identifiées.....	11
2.3.4 Une mutualisation effective de certains services doublons et une complémentarité accrue sur la majeure partie des disciplines.	12
2.3.5 Une organisation spatiale des activités favorisant la cohérence des filières de prise en charge.....	13
3/ Le projet prend appui sur les axes du SROS PRS.....	14
3.1 La prise en compte de l'évolution de la population du territoire.....	14
3.2 Le projet est conforme aux axes du SROS sur la thématique du handicap	15
3.3 Le nouvel établissement se positionnera en qualité d'acteur majeur du territoire	15
4/ Un dimensionnement capacitaire impacté notamment par les conséquences de la crise COVID	16
4.1 Un dimensionnement capacitaire calculé selon une méthodologie traditionnelle avant la crise COVID.....	19
4.2 Pour autant la capacité finale du projet est modulée par la décision de création de l'unité de 30 lits de SSR post UNV et les enseignements liés à la crise COVID.....	20
4.3 Un plateau technique optimisé notamment par la mutualisation des équipements d'imagerie dont le dimensionnement repose sur les ratios normalisés.	21
5/ Le projet documente ses effets attendus dans plusieurs domaines	22
Faisabilité immobilière et technique	24
6/ Le projet NGAP a pour socle un programme fonctionnel globalement efficient, qui devra faire l'objet d'ajustements dans le cadre des prochaines étapes de programmation.	24
6.1 La version de septembre 2021 du programme fonctionnel répond à l'objectif de regroupement et de mutualisation des activités médicales et médico-techniques des sites de Raymond Poincaré et d'Ambroise Paré.	24
6.2 Le programme fonctionnel répond de façon satisfaisante à l'implantation de toutes les activités en site unique.....	25
7.1 Le projet NGAP implique une refonte complète du site d'Ambroise Paré.....	27

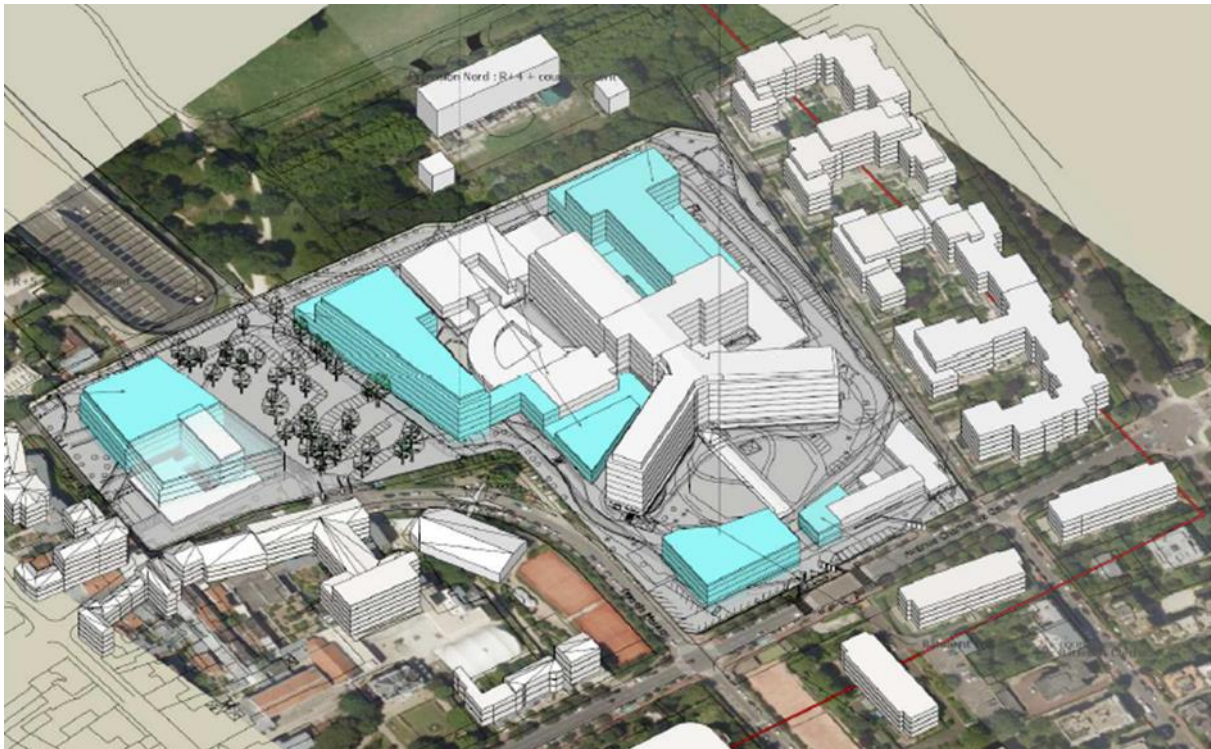
7.1.1	Un impact fort sur l'existant.....	27
7.1.2	Le « cœur » du projet NGAP comporte 3 phases successives.	27
7.2	La répartition des différentes filières.....	28
8/	Le projet NGAP « sature » le foncier d'Ambroise Paré et la faisabilité immobilière soulève plusieurs réserves	31
8.1	Un projet aux limites du PLU.....	31
8.2	Une durée de chantier très longue et un phasage complexe	32
8.2.1	Un chaînage des opérations de travaux qui va générer des nuisances importantes en site occupé	32
8.2.2	L'organisation du chantier	33
9/	Un schéma directeur technique nécessitant des précisions quant à son périmètre et à son coût	34
10/	Analyse du coût de l'opération et des ratios coût construction	35
10.1	Montant de l'opération	35
10.2	Ratios coût construction.....	36
11/	Adaptation du projet NGAP à la gestion crise	37
11.1	Dans le cadre d'un afflux massif de patients, le circuit est clairement identifié :.....	37
11.2	Dans le cadre d'une crise de type pandémie	37
11.3	Concernant le plateau technique	37
11.4	Concernant l'imagerie	37
Soutenabilité financière		38
12/	Plus dégradée que prévu, la situation financière initiale offre des marges limitées pour investir	38
12.1	Après une brève amélioration en 2018, la situation du groupement promoteur du projet s'est détériorée à la fois en 2019 et en 2020	38
12.2	Les objectifs budgétaires fixés par l'APHP n'ont pas été atteints au cours des 2 dernières années	39
13/	La réalisation de gains financiers importants et d'un plan d'efficience particulièrement ambitieux conditionne la soutenabilité financière du projet	39
13.1	Le ROI du projet, désormais majoritairement alimenté par les recettes, a été revu à la hausse en 2021	39
13.2	Le ROI propre au projet est complété par un plan d'efficience défini par l'APHP dont l'impact pour le GHU pourrait avoisiner 31 M€ par an	41
14/	Un projet qui s'inscrit dans une trajectoire globale de financement vertueuse, mais fragile 42	
14.1	Certaines hypothèses retenues pour construire le plan global de financement pluriannuel de l'APHP et du groupement HU Paris-Saclay sont optimistes.....	42
14.2	Le montant des amortissements et les frais financiers générés par le projet ont un impact important sur la trajectoire du groupement	44

14.3	Les paramètres retenus permettent d'assurer la soutenabilité financière du projet....	46
14.4	La sécurisation du chiffrage et de la trajectoire doit être renforcée	48
	Conclusion et recommandations	50

Introduction

Le projet porté par l'APHP et soumis à la contre-expertise du SGPI consiste à transférer intégralement les activités de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches sur le site de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt (**projet Nouveau Garches sur Ambroise Paré - NGAP**), par construction de nouvelles capacités et réhabilitation d'une partie des capacités déjà existantes sur le site de l'hôpital Ambroise Paré.

La vue 3D ci-dessous identifie les nouvelles constructions envisagées sur le site de Boulogne et donne un aperçu de l'opération envisagée.



Source : *Dossier RSE ARS IDF En bleu sur la vue 3 D, les nouvelles constructions prévues par le projet.*

Ce projet de transfert intégral des activités de l'hôpital Raymond Poincaré sur le site de l'hôpital Ambroise Paré constitue tout d'abord la réponse apportée au constat d'inadaptation et de vétusté du site de Raymond Poincaré.

Il représente ensuite la perspective de constitution d'un site unique permettant la mutualisation ou la complémentarité accrue des disciplines préexistantes sur les deux sites, autour de filières coordonnées de prise en charge des patients.

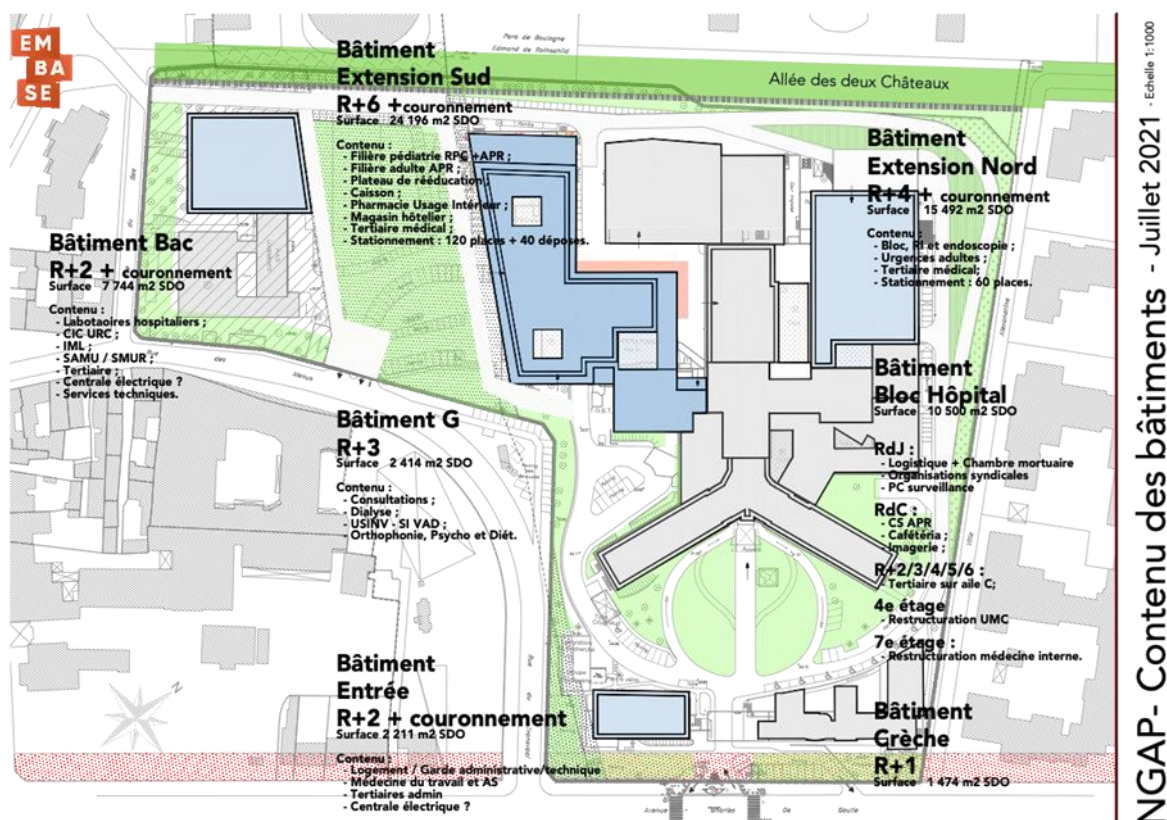
Ce projet fera de ce nouvel ensemble hospitalier un acteur sanitaire majeur de l'ouest parisien, notamment sur la spécialité du neuro handicap.

Le projet consiste donc en un réaménagement complet du site de l'hôpital Ambroise Paré par des opérations successives de démolition et de constructions neuves sur une durée de 9 ans, avec le bilan de surface suivant :

Site	SDPC (en m ²)					
	Surfaces actuelles	Surfaces démolies	Surfaces construites	Surfaces cédées	Surfaces futures	Gain en surface
APR	55 430	13 500	47 823		89 753	34 323
RPC	57 013			57 013		- 57 013
Total	112 443	13 500	47 823	57 013	89 753	- 22 690

Les différentes constructions projetées selon le schéma ci-après permettent la constitution d'ensemble cohérent, abritant des filières complètes de prise en charge des patients.

C'est notamment le cas du plateau technique unique du site qui sera localisé dans le bâtiment Nord mais encore l'ensemble des filières de rééducation et du handicap sur le bâtiment Sud, ou bien encore des fonctions supports dans le bâtiment entrée.



Le coût complet de l'opération s'élève à 316 M€ TDC intégrant la modernisation des plateaux techniques urgences et blocs et la rénovation du monobloc historique d'Ambroise Paré.

Un projet pertinent sur le plan stratégique

1/ Une première version du projet déjà soumise à l'avis du COPERMO

Ce projet avait reçu un avis favorable du COPERMO lors de la phase d'éligibilité le 24 septembre 2019, assorti de la nécessité de production d'études complémentaires visant notamment à favoriser davantage d'intégration entre les deux sites. Ces premiers approfondissements avaient été transmis à l'ARS le 25 mars 2020. Le processus de validation du dossier, interrompu par la crise sanitaire, a repris avec la transmission par l'ARS IDF du rapport d'évaluation socio-économique préalable au mois d'août 2021.

Sur un plan formel, le dossier transmis par l'ARS est une actualisation du dossier initial, conservant les éléments liés notamment à la pertinence du projet, mais présentant des actualisations très significatives destinées notamment à répondre aux observations formulées lors de l'avis initial du COPERMO.

Ce parti pris de présentation du dossier établi par l'ARS en rend l'analyse complexe. L'évolution très significative du projet aurait mérité une présentation entièrement nouvelle, notamment des tableaux récapitulatifs pour ne présenter que les données actualisées les plus récentes.

Le périmètre et les conditions de réalisation du projet ont ainsi largement évolués.

Le projet soumis à contre-expertise représente désormais un montant d'investissement de 316 M€ TDC alors que le projet initial s'élevait à 177 M€ TDC. Sur le plan capacitaire, le projet initial se traduisait par une diminution de 52 lits par rapport au périmètre des capacités concernées par le projet, il se situe désormais à un gain net de 7 lits si l'on y ajoute la création de 30 lits de SSR sur le site de Sainte Périne.

Recommandation n °1 :

La juxtaposition des deux versions du projet en rend l'analyse parfois complexe. Les données contenues dans les tableaux capacitaires par exemple peuvent être différentes selon leur position dans le corps du texte ou en annexe, y compris en libellé identique de « version actualisée » (tableau p 124 du rapport ARS). Nous recommandons donc une présentation stabilisée du projet dans sa version finale au sein des futurs documents partagés en pour faciliter le suivi ultérieur.

2/ Un projet pertinent dans sa dimension stratégique

2.1 Deux établissements appartenant au même GHU

L'Hôpital Raymond-Poincaré de Garches (92), établissement de l'AP HP, inauguré en 1936, est doté d'une forte légitimité nationale et internationale sur le champ du handicap neurolocomoteur, mais présente une structure architecturale inadaptée (non-conformité en sécurité incendie, complexité des flux de patients, de personnel et logistique). Il compte 278 lits d'hospitalisation complète (Médecine, Chirurgie et SSR) et 32 places sur trois activités principales : hospitalisation adulte en pathologie aiguë (médecine, réanimation, chirurgie orthopédique), pédiatrie (réanimation, neuropédiatrie, SRPR) et soins de suite et de rééducation dans le domaine du handicap.

Situé à Boulogne-Billancourt (92) et centré sur la phase aiguë et ambulatoire des soins, l'hôpital Ambroise-Paré propose une large gamme de spécialités pour l'adulte et l'enfant et notamment en chirurgie orthopédique, en cancérologie (dermatologie, cancers digestifs, pneumologie, oncogériatrie). Il compte 391 lits et 82 places, implanté sur une parcelle de 49 210 m².

Les deux établissements appartiennent au même ensemble au sein de l'APHP, le Groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Université Paris-Saclay, créé le 3 juillet 2019 dans le cadre de la mise en place de la « Nouvelle AP-HP », GHU qui regroupe les structures préexistantes des groupes universitaires Paris Ile de France Ouest (HUPIPO) auquel appartenait les deux établissements, et Paris Sud, regroupant les hôpitaux Bicêtre, Paul Brousse et Antoine Béclicère.



2.2 La situation de vétusté de l'hôpital Raymond Poincaré, donne lieu à des scénarii alternatifs bien documentés et progressivement écartés au profit du projet présenté

Il convient tout d'abord de relever que le projet présenté ne l'a été qu'au terme d'une réflexion initiale approfondie de l'APHP sur le devenir de l'Hôpital Raymond Poincaré, conduite dès 2010 compte tenu de l'état de vétusté du site.

Le principe de ce transfert constitue ainsi la troisième hypothèse envisagée par l'APHP, le schéma directeur et des installations techniques de Raymond Poincaré ayant dès 2010, fait apparaître des dysfonctionnements majeurs sur les installations techniques et des nécessités d'importantes remises aux normes des bâtiments et installations, conduisant l'APHP à mettre en étude la meilleure réponse possible.

Ont ainsi été écartés successivement le projet de mise aux normes de Raymond Poincaré en 2011 (coût de 135 M€ sans réelles améliorations du fonctionnement de l'établissement) et la reconstruction de l'hôpital sur le site même de Garches en 2013 (80 M€) sans répondre au sujet de la nécessaire complémentarité entre Raymond Poincaré et Ambroise Paré.

Point à retenir :

La réflexion stratégique initiale ainsi conduite par l'AP HP et la confrontation des hypothèses envisagées, documentées et chiffrées des solutions alternatives renforcent assurément la légitimité du dossier présenté.

2.3 Un projet médical basé sur une complémentarité des disciplines présentes actuellement sur les deux établissements et renforcée par l'unicité de site envisagée

2.3.1 Le cadre du GHU

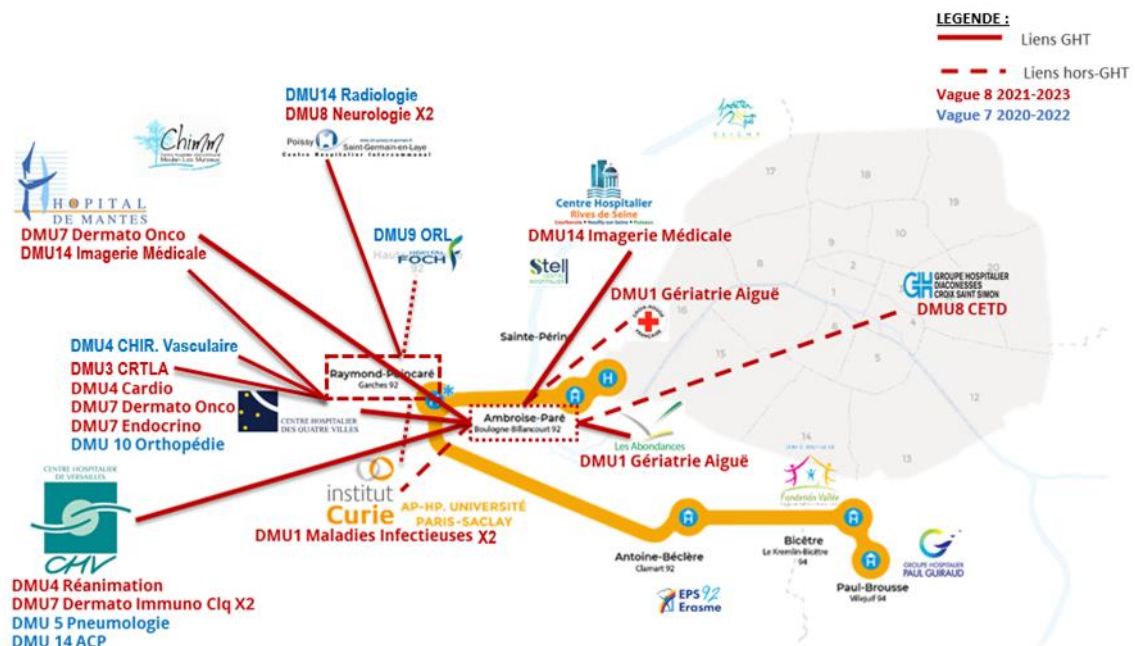
La logique de complémentarité des établissements de l'APHP est une conséquence du principe de constitution des nouveaux GHU créés en 2019. L'organisation de la gouvernance en départements médico-universitaires (DMU), au nombre de 15 s'agissant du GHU Université Paris Saclay constitue une toile de fond favorable au développement des mutualisations par grands blocs disciplinaires entre établissements composant les GHU.

2.3.2 Un territoire partagé

Ce facteur est renforcé dans le cas d'espèce par les zones d'attractions respectives des deux établissements concernés et le rôle de référence qu'ils jouent sur un territoire partagé. L'hôpital Raymond Poincaré est ainsi le siège du SAMU 92 alors que l'hôpital Ambroise Paré abrite les SAU adultes et enfants du territoire 92 sud. Le projet permettrait ainsi la création d'un site d'urgence complet au service du territoire de l'ouest parisien.

Sur le plan de la prise en charge des patients selon l'aire géographique et le niveau de recours, le nouvel ensemble apparaît également pertinent pour assurer une prise en charge médicale et chirurgicale de proximité pour la population de Boulogne-Billancourt, Paris 16e, Garches, la Celle-St-Cloud, Vaucresson, Marne-la-Coquette et une prise en charge de référence en MCO et en SSR pour le territoire ouest francilien, notamment dans le cadre des liens avec les GHT Yvelines Sud, Nord et Hauts-de-Seine ;

Les deux établissements travaillent déjà en étroite collaboration avec les autres établissements des Hauts de Seine et des Yvelines et partagent à ce titre, à eux deux, trente postes d'assistants partagés avec ces établissements.



Point à retenir :

L'appartenance à un même GHU, la desserte du territoire partagé de l'ouest parisien et les liens noués avec les établissements hors APHP des Hauts de Seine et des Yvelines sont des facteurs favorables au projet.

2.3.3 Un panel d'activités complémentaires autour de filières identifiées

Le panel des activités proposées actuellement par les deux établissements et la perspective de leur regroupement sur site unique constitue un argument favorable au projet médical du nouvel ensemble envisagé.

S'appuyant sur les filières de référence de prise en charge du handicap neurolocomoteur lourd de l'hôpital Raymond Poincaré (lésions médullaires, pathologies rachidiennes notamment) et les spécialités médico-chirurgicales existantes sur Ambroise Paré, le projet développe une offre cohérente et rassemblée de prise en charge des patients autour d'une filière du neuro-handicap.

Les patients pourront ainsi bénéficier d'une prise en charge autour d'un plateau technique complet et de l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales préexistantes sur les deux hôpitaux. Le projet permet, également, de proposer un service d'accueil des urgences adapté à la prise en charge des personnes handicapées avec des services de soins spécialisés sur un même lieu.

Cette prise en charge autour de la filière du neuro handicap est également complétée par la création d'une filière de prise en charge des patients atteints d'AVC par création anticipée d'une unité neuro vasculaire de 22 lits (dont 6 lits de soins intensifs) sur le site de Garches et le projet de création d'une unité adossée de 30 lits de SSR sur le site de Sainte Périne désormais inclus dans le nouveau périmètre du projet.

Cet ajout au périmètre initial du projet apparaît pertinent compte tenu de la situation existante sur le territoire de l'ouest parisien.

Il n'existe aujourd'hui qu'une UNV dans le département des Hauts de Seine contre trois à Paris et deux dans les Yvelines pour des populations respectives de 1,6 M d'habitants, 2,2M et 1,4 M (source Insee 2017). La création de l'UNV répond donc à un besoin de rééquilibrage territorial de l'offre sur cette filière.

Le projet de création de 30 lits de SSR sur Sainte Périne, adossés à l'UNV, obéit à la même logique. La création de 30 lits de réadaptation post AVC est la conséquence logique de la création de l'UNV. En effet, l'efficacité de l'UNV réside dans sa capacité à offrir une prise en charge en phase aiguë des patients victimes d'AVC et suppose donc la possibilité de lits d'aval permettant une rotation suffisante des patients sur les lits de l'UNV. Par ailleurs, l'unité de Sainte Périne peut augmenter également le potentiel de lit d'aval des autres établissements du GHU.

Point à retenir :

Le projet médical à l'appui du projet de regroupement des deux établissements sur le site d'Ambroise Paré permet la constitution d'une filière performante de prise en charge du neuro handicap qui s'articule notamment autour de deux points majeurs :

- la constitution d'une filière de prise en charge des AVC par la création de l'UNV et la création des 30 lits de SSR post UNV à Sainte Périne*
- le regroupement de l'activité d'urgence sur le territoire de l'ouest parisien au sein d'un même ensemble mutualisé permettant également une filière spécifique de l'urgence des patients en situation de handicap.*

2.3.4 Une mutualisation effective de certains services doublons et une complémentarité accrue sur la majeure partie des disciplines.

Le projet permet de fusionner des services de même spécialité présents sur les deux sites, notamment les spécialités majeures d'orthopédie, d'anesthésie et d'imagerie.

Il permet également de rapprocher en complémentarité des activités telles que la médecine interne, la rhumatologie et le SAU présentes à Ambroise Paré avec, respectivement, la médecine infectieuse, le rachis et le SAMU-SMUR à Raymond Poincaré.

Le projet permet surtout la mutualisation des plateaux techniques (blocs opératoires, imagerie, laboratoire, rééducation, urgences) permettant une réelle optimisation de fonctionnement par rapport à la situation actuelle.

Pour l'ensemble des disciplines, la taille critique atteinte par les équipes médicales et la complémentarité des compétences médico chirurgicales préexistantes est également un facteur favorable au développement des activités de recherche du site.

Au final, le projet de site unique permet d'articuler, au-delà de la filière du handicap neurolocomoteur déjà évoquée, une filière pédiatrique cohérente et une filière gériatrique articulée avec les autres établissements du GHU, dans une double dimension d'activité de proximité et de recours, synthétisé dans le tableau ci-dessous :

	Pédiatrie	Handicap neurolocomoteur	Personnes âgées	Proximité	Recours
Cancer	Proximité en relais des centres spécialisés	Accès au dépistage et à la prise en charge	Equipe mobile d'oncogériatrie	Hématologie, pneumologie, chirurgie digestive, endoscopie, dermatologie, imagerie interventionnelle	Pneumologie, Chirurgie digestive, Dermatologie, Soins critiques, soins palliatifs
Cardio-vasculaire		Accès à la prévention, au dépistage, au suivi et aux actes	Accès à la prévention, au dépistage, au suivi et aux actes	Cardiologie, néphrologie, dialyse en centre et à domicile, imagerie et cardiologie interventionnelle, chirurgie vasculaire	Cardiologie, Néphrologie, Radiologie interventionnelle, Chirurgie vasculaire,
Nutrition-métabolisme	Endocrinologie TCA adolescents	Troubles du métabolisme, équipe transverse nutrition	Equipe transverse nutrition	Endocrinologie, nutrition, chirurgie bariatrique	Endocrinologie, Nutrition, Chirurgie bariatrique, TCA adolescents,
Locomoteur-Douleur et rachis	Consultation avancée par des chirurgiens de Necker	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, volet handicap, neuro-orthopédie, chirurgie reconstructrice, Neurourologie, filière de référence rachis	Filière orthogériatrie	Orthopédie, radiologie classique et interventionnelle, rhumatologie, douleur	Orthopédie prothétique, neuro-orthopédie, chirurgie de l'escarre, CETD, imagerie interventionnelle, Neurourologie
Neurologie et MPR neurologique	Neuropédiatrie, maladies neuromusculaires, soins critiques, MPR pédiatrique	4 filières de référence : maladies neuromusculaires, cérébro-lésés, lésés médullaires, poliomyélite	Maladies dégénératives, consultation mémoire	Neurologie, neurovasculaire	Filières de référence enfants et adultes
Infectieux	Proximité	Escarres, infections ostéo-articulaires, BHRE	Proximité	Médecine infectieuse et tropicale, CEGIDD, VIH, infections ostéo-articulaires	Escarres, infections ostéo-articulaires, BHRE
Soins critiques/non programmés	Soins Critiques, SRPR, SAU pédiatrique	Soins critiques, SRPR, CEPRHAN, coordination SAU- SAMU--Spécialistes des filières de référence	Fast-track	PDSES chir ortho, dig, vasc, radiologie interventionnelle, soins critiques, SAU, SAMU-SMUR, filières handicap neuro locomoteur	PDSES chir ortho, dig, vasc, imagerie interventionnelle, soins critiques, SAU, SAMU-SMUR, CEPRHAN pour les filières handicap neuro locomoteur
Médecine légale				Consultation médico-judiciaire	IML, UMJ, Toxicologie, pour les Tribunaux du ressort de la Cour d'Appel de Versailles

Point à retenir :

Le projet permet la mutualisation effective ou la complémentarité d'activités, source d'optimisation du fonctionnement autour de filières cohérentes de prise en charge du patient.

2.3.5 Une organisation spatiale des activités favorisant la cohérence des filières de prise en charge

Le projet dans sa nouvelle version renforce cet objectif dans la répartition spatiale des activités.

Le premier projet limitait en effet l'efficacité des parcours et circuits patients par absence de regroupement des plateaux de spécialités et des secteurs chauds notamment, ainsi que par éclatement du secteur des consultations.

Le projet présenté s'articule effectivement autour d'une logique renforcée dans le positionnement des activités.

Cette cohérence de positionnement se trouve particulièrement sur le bâtiment Nord qui regroupera les urgences l'imagerie, l'UHCD et l'UMJ, le bloc opératoire et les salles de radiologie interventionnelle, l'endoscopie et la stérilisation.

Les activités spécifiques du site de Garches seront regroupées au sein du bâtiment Sud avec notamment les plateaux techniques de rééducation.

Le bâtiment « Entrée » sera consacré aux fonctions administratives et le bâtiment rue du Bac abritera les fonctions médico techniques.

La nouvelle répartition spatiale des activités dans le cadre de l'actualisation du projet répond ainsi à la nécessité d'une cohérence de positionnement par grandes fonctions et constitue un facteur favorable quant à la pertinence d'ensemble du projet.

Il convient de relever également que cette nouvelle version permet d'intégrer les modernisations nécessaires au site d'Ambroise Paré, notamment sur le secteur des urgences et du bloc opératoire. Ces modernisations nécessaires d'Ambroise Paré permettront au site une homogénéité sur le plan du niveau des bâtiments et des équipements, en évitant de juxtaposer une partie neuve construite et des parties anciennes non rénovées.

Point à retenir :

La déclinaison bâtimementaire d'ensemble du projet conforte le principe de regroupement des filières de prise en charge des patients et au-delà de l'accueil des services de Raymond Poincaré, permet également la modernisation du site d'Ambroise Paré.

3/ Le projet prend appui sur les axes du SROS PRS

3.1 La prise en compte de l'évolution de la population du territoire

La conformité au SROS PRS apparaît également comme un facteur favorable au projet. Le rapprochement des deux établissements apparaît pertinent au regard des caractéristiques du territoire et des besoins liés à la prise en charge du handicap en Île de France.

Les évolutions démographiques prises en compte pour évaluer l'évolution d'activité prévisionnelle sur la période apparaissent adaptées, soit l'évolution démographique de l'Île-de-France au cours des 10 dernières années (0,35 % par an et +3,56 % sur 10 ans), le choix de la région comme échelle de référence sur ce point apparaît justifié compte tenu de l'aire de recrutement de Raymond Poincaré(82% des séjours concernent des patients pris en charge résident en Ile-de-France (et 18 % hors région) et seulement 22% dans le département (données 2016).

Sur le plan du territoire de proximité desservi par le futur site unique, le territoire des Hauts-de-Seine, est un territoire socio-démographiquement dynamique, avec un accroissement annuel positif et soutenu (comparativement aux départements limitrophes). En termes de profil de patientèle, on constate aujourd'hui et dans les années à venir, un vieillissement de la population qui peut être une source d'augmentation du besoin de prise en charge en soins.

Les caractéristiques épidémiologiques de la population du territoire laissent apparaître une situation sanitaire globalement plus favorable que dans le reste de la région francilienne, ce constat général concernant avant tout les activités médico-chirurgicales situées à Ambroise-Paré la prise en charge du handicap neurolocomoteur présentant, quant à elle, un recrutement sur un territoire plus étendu

Les données contenues dans le dossier montrent une prévalence du handicap moindre en Ile-de-France que dans le reste du pays, mais soulignent la fragilité socio-économique qui souvent

accompagne le handicap et estime que les besoins de soins courants sont souvent insatisfaits pour les personnes en situation de handicap, alors même que ces dernières recourent plus fréquemment au système de santé.

Dans tous les cas, seuls l'unité UNV et son corollaire SSR sur Sainte Périne apparaissent en création nette d'activité, leur intérêt ayant déjà été précisé précédemment compte tenu du taux d'équipement sur cette discipline au sein du département (une seule autre unité dans les Hauts de Seine).

Point à souligner :

Dans le cadre d'un projet à offre constante (hors UNV et SSR Sainte Périne), l'analyse de l'adaptation du projet aux besoins quantitatifs du territoire peut être considérée comme un point d'analyse de moindre enjeu.

3.2 Le projet est conforme aux axes du SROS sur la thématique du handicap

Sur un plan plus qualitatif, il est possible de mettre en évidence une conformité des axes principaux du projet aux axes du SROS PRS dans son volet « handicap ». Il convient de relever en particulier que le projet propose une prise en charge experte et spécialisée sur le volet sanitaire, dès la primo prise en charge des patients, à travers une offre large de consultations et de soins aigus, qu'il place la notion de parcours de vie comme un axe majeur en renforçant les missions de coordination des parcours de prise en charge et qu'il améliore la prise en charge de l'urgence du handicap.

Le projet propose surtout un développement important du virage ambulatoire et la promotion des pratiques de prise en charge « Hors les murs » décliné autour du renforcement d'une offre de prise en charge proposée en hôpital de jour et du développement d'équipes mobiles handicap et rééducation.

3.3 Le nouvel établissement se positionnera en qualité d'acteur majeur du territoire

Sur le plan de l'offre de soins sur le territoire, l'activité cumulée des deux établissements laisse entrevoir une position favorable du nouvel ensemble en regard des autres établissements déjà présents au sein du territoire de santé.

La prise en compte consolidée de l'activité des deux établissements (données 2016) laisse apparaître sur l'activité MCO adulte 42 085 séjours répartis à 67% sur des séjours médicaux avec une dominante sur les domaines d'activité de rhumatologie, système nerveux et pneumologie (les dominantes rhumatologie et système nerveux concernent plus spécifiquement l'activité de Raymond-Poincaré, tandis que la dominante pneumologie est prioritairement portée par Ambroise-Paré) et 33% de séjours chirurgicaux avec une dominante sur les domaines d'activité orthopédie traumatologie (portée par les deux établissements), digestif et cathétérisme vasculaire et diagnostic.

Sur le champ pédiatrique, l'activité s'établit à 5 348 séjours répartis en 97% de séjours médicaux avec une dominante sur les domaines d'activité suivants : pneumologie (une dominante pour le site d'Ambroise-Paré), système nerveux (une dominante pour le site de Raymond-Poincaré) et activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues (une dominante portée par les deux établissements) ; et seulement 3% de séjours chirurgicaux, à 75% relevant de l'activité de Raymond-Poincaré avec une dominante sur les domaines d'activité inter-spécialités, suivi thérapeutique

d'affections connues (91% de l'activité chirurgicale de Raymond-Poincaré) et l'orthopédie traumatologie à hauteur de 17% (47% de l'activité chirurgicale pédiatrique d'Ambroise-Paré et 7% de celle de Raymond-Poincaré).

L'analyse comparée avec les établissements du secteur laisse ainsi apparaître une position favorable du futur site unique dans la réponse aux besoins sur le segment MCO adultes (2ème position derrière l'hôpital Foch) et met en avant les complémentarités possibles avec les autres établissements composant l'offre existante, notamment l'HEGP.

Sur le plan de l'activité SSR, la position de Raymond Poincaré est déjà largement dominante sur le segment neurologique avec 53,7% du besoin du territoire couvert (le deuxième établissement cité ne couvre que 15%).

Concernant l'activité pédiatrique, le futur site unique apparaîtrait en deuxième position sur le critère des parts de marché du territoire, juste derrière l'Hôpital Necker avec lequel des complémentarités apparaissent sur le champ de la chirurgie pédiatrique, spécialité reconnue de l'hôpital Necker.

Sur le plan d'une analyse centrée sur le critère du handicap, Raymond Poincaré couvre 5,2% du besoin national (en deuxième position derrière les HCL (8,8%)), mais 9,3% si l'on y ajoute l'activité de Berck.

Point à souligner

Le transfert des activités de Raymond-Poincaré sur le site d'Ambroise-Paré va permettre d'implanter dans ce territoire une offre MCO spécialisée mais également complémentaire à l'offre des principaux opérateurs d'ores et déjà présente sur le territoire.

4/ Un dimensionnement capacitaire impacté notamment par les conséquences de la crise COVID

Le dimensionnement capacitaire final du projet, sur le plan des capacités d'hospitalisation par rapport à la première version présente dans le dossier, a été affecté à la fois par la décision de création des lits de SSR sur Sainte Périne (30 lits) et par un ajustement de l'évolution du nombre initial de lits, ajustement hérité des enseignements de la crise COVID.

Le projet initial prévoyait une diminution de capacités de 52 lits (74 lits hors UNV) sur le site réunifié par rapport aux capacités cumulées existantes sur les deux sites.

La version finale du projet limite finalement cette diminution à 23 lits (45 lits hors UNV), la diminution principale reposant sur les lits de chirurgie, sous le double effet de la montée en charge de la chirurgie ambulatoire et d'un dimensionnement ajusté du nombre de lits en fonction du taux d'occupation cible (94% pour les unités MCO).

Au total, le projet, en englobant le périmètre des services des deux sites initiaux, fait donc passer le nombre de lits de 673 à 650 (soit la diminution de 23 lits déjà mentionnée) à laquelle il convient d'ajouter la création des 30 lits de Sainte Perrine pour avoir un aperçu complet du capacitaire lié au projet, soit finalement un solde positif de 7 lits.

Le premier tableau reprend les données globales de dimensionnement basées sur les hypothèses d'activité.

Hypothèses d'activité et dimensionnement capacitaire (champs MCO et SSR) –Périmètre complet Raymond Poincaré et Ambroise Paré			
	Avant-projet Année 2017	Après projet 3 années après la mise en service, Livraisons par phases, dernière phase en 2030	Variation
Journées en hospitalisation complète (MCO et SSR)	160 395	Dont création UNV/USINV : 176 889 en 2030	+10,2% (2030)
Journées en hospitalisation ambulatoire (MCO et SSR) <i>1 séjour = 1 journée</i>	41 920	47 672 en 2030	+13,7% (2030)
TOTAL journées en hospitalisation MCO et SSR (HC +ambu)	202 315	224 561 en 2030	+10,9 % (2030)
Nombre de lits exploitables (HC) MCO et SSR	673	628 hors création de l'UNV/USINV sur le futur site de NGAP + 30 lits de SSR Neuro Post-UNV/USINV sur le site de l'hôpital Sainte Périne ⇒ 658 lits 650 dont UNV/USINV sur le futur site de NGAP + 30 lits de SSR Neuro Post-UNV/USINV sur le site de l'hôpital Sainte Périne ⇒ 680 lits	-45 lits hors création de l'UNV/USINV et du SSR Neuro Post-UNV/USINV + 7 lits dont UNV USINV et SSR Neuro Post-UNV/USINV
Nombre de places (HDJ) MCO et SSR	114	116	+2 places
	Avant-projet	3 ans après mise en service du projet	Variation
Taux de chirurgie ambulatoire (40,70 %	50,72%	+24,61 % (+ 10,02 points)
Durée moyenne de séjour globale MCO	5,97	5,76	-0,21

Le tableau suivant reprend la décomposition par spécialité de l'évolution du nombre de lits laissant apparaître essentiellement la diminution du nombre de lits de chirurgie.

Type d'activité *	Capacité actuelle de l'établissement		Capacité après réalisation du projet		Ecart après réalisation du projet	
	Nbre de lits	Nbre de places	Nbre de lits	Nbre de places	Nbre de lits %	Nbre de places %
Médecine HC et HS Unités médico-chirurgicales comprises (hors UHCD, soins critiques, chirurgie, SSR))	305	-	312		+2%	
Médecine (ambulatoire)	-	99	-	98	-	-1%
Chirurgie (HC et HS)	152	-	110		-28%	
Chirurgie (ambulatoire)	-	18		18		0%
Réanimation	37	-	35		-	-5%
Soins intensifs	18	-	15		-	-17%
Surveillance continue	38	-	34		-	-11%
SRPR	18	-	24		-	+33%
Lits UHCD (inclus UHCD APR)	22	-	22		0%	
SSR HC*	82	-	76		-	-6 %
UNV + USINV (création)	0		22 (16 + 6)			

Le projet ne prévoit pas de diminution du nombre de places consolidé à l'échelle du nouvel ensemble ainsi que le montre le tableau suivant, dans le cadre d'une projection des besoins en capacité conduite sur une méthodologie identique à celle opérée sur le champ MCO et qui n'appelle pas de commentaires particuliers

Places d'hôpital de jour (UMA et UCA) : Existant Cible écart evol%

APR HDJ médecine (toutes activités)	67	57	-10	-15%
RPC HDJ médecine (toutes activités)	29	41	12	41%
TOTAL HDJ médecine	96	98	2	2%
APR HDJ chirurgie (toutes activités)	15	15	0	0%
RPC HDJ chirurgie (toutes activités)	3	3	0	0%
TOTAL HDJ chirurgie	18	18	0	0%
Total places HDJ	114	116	2	2%

4.1 Un dimensionnement capacitaire calculé selon une méthodologie traditionnelle avant la crise COVID

Le premier dimensionnement capacitaire reposait sur des hypothèses réalistes d'évolution d'activités hors contexte de crise sanitaire.

La hausse d'activité retenue pour mesurer le nombre de journées d'hospitalisation cible est basée sur l'évolution démographique de l'Île-de-France au cours des 7 dernières années, soit 0,35 % par an et +2,48 % sur 7 ans, soit une base de référence solide.

La méthodologie utilisée pour le calcul de la cible du nombre de lits est basée sur le rapport entre le volume prévisionnel de journées et le produit du nombre de jours cibles avec le taux d'occupation cible.

Des modulations de la base de calcul ont été retenues pour tenir compte de situations particulières (arrivée ou départ de praticiens, création par regroupement de service à nouveaux périmètres comme l'unité de neuro orthopédie mutualisant les compétences des services de médecine physique et de réadaptation et de chirurgie orthopédique).

De même l'application des taux cibles de DMS (moyenne des trois meilleures performances au niveau national), a été modulée sur l'évaluation du nombre de journées pour tenir compte des patientèles particulières de certains services, notamment les unités avec un taux de patients handicapés supérieur à 70%.

Au total, la méthodologie utilisée pour évaluer le nombre de lits cibles, basée sur l'activité prévisionnelle et la prise en compte des aspects spécifiques de l'activité des deux établissements et de leur patientèle apparaît robuste et le nombre de lits cibles proposés par le projet est cohérent compte tenu des données d'activité constatées des deux sites.

Le tableau ci-dessous présente les causes et les effets en évolution du nombre de lits liés à l'application de cette méthodologie et l'on y constate la part très importante prise comme facteur causal par le taux d'occupation cible (94% pour le MCO)

Impact sur les lits HC par motif	DMS	Racine ambulatoire	TO	Nbre jours ouverture / an	Evolution / transfert d'activité	Densification de l'unité existante de APR	Création UNV/USINV
-23,0	-11,0	-16,0	-52,0	-15,0	18,0	29,0	22,0

Point à retenir :

Le calcul du capacitaire cible repose sur une méthodologie traditionnelle et adaptée. La première cause de la diminution du nombre de lits est le taux cible de taux d'occupation, suivi du virage ambulatoire et de l'optimisation de la DMS.

4.2 Pour autant la capacité finale du projet est modulée par la décision de création de l'unité de 30 lits de SSR post UNV et les enseignements liés à la crise COVID.

Sur le premier sujet, le projet médical associé est cohérent dans la perspective d'une filière complète autour des patients victimes d'AVC et cette création apparaît comme conséquence logique de la création des lits d'UNV, création elle-même légitime compte tenu de l'offre existante dans l'ouest parisien.

Sur le deuxième sujet, le projet mentionne la possibilité physique de densification des ailes d'hospitalisation pour permettre une moindre diminution de lits que celle prévue dans le cadre des suites de la crise COVID.

Si l'on se réfère aux tableaux transmis de la version initiale du projet, à périmètre équivalent c'est-à-dire hors UNV et hors SSR Sainte Périne, la diminution initialement prévue était de 74 lits, tombée à 45 lits dans la version finale du projet.

Si l'argument présenté dans le dossier mentionne uniquement « le retour d'expérience de la crise COVID » et qu'il n'est évidemment pas question de contester les constats opérés par l'APHP sur la disponibilité en lits à l'occasion de cette crise sanitaire, le dossier apparaît insuffisamment documenté sur le volume d'ajustement retenu à ce titre par rapport aux calculs précédents basés sur les indicateurs traditionnels.

Sans remettre en cause la pleine légitimité de cet ajustement, il aurait été utile de pouvoir disposer des données plus précises le justifiant.

Points de vigilance :

Le calcul du capacitaire cible du projet a été effectué selon une méthodologie classique basée sur l'évolution d'activité en période normale. L'irruption de la crise sanitaire est venue modifier les perspectives capacitaires par une moindre diminution du nombre de lits, certainement légitime au titre des observations enregistrées pendant la crise sanitaire mais insuffisamment documentée dans le dossier. Cet ajustement soulève la question de principe de la méthodologie d'évaluation des perspectives d'activité dans un contexte normal au vue des besoins qui peuvent survenir à l'occasion de crises sanitaires par définition peu prévisibles et de leurs conséquences sur le besoin en capacité d'hospitalisation.

4.3 Un plateau technique optimisé notamment par la mutualisation des équipements d'imagerie dont le dimensionnement repose sur les ratios normalisés.

Le principal effet du projet réside dans la création d'un plateau technique unique au profit des services du site réunifié. Les effets de cette mutualisation portent essentiellement sur la diminution du nombre de salles d'imagerie et de box de consultation selon le tableau ci-dessous :

	Nombre actuel	Nombre futur	Ecart
Salles de blocs	13	14	+1
Salles d'imagerie	21	18	-3
Box de consultation	90	75	-15

Ce résultat final ne repose évidemment pas sur l'application d'un simple principe de mutualisation uniforme.

La proposition de dimensionnement du plateau technique unique est basée sur l'application de référentiels, soit issus des travaux de l'ANAP soit issus des référentiels internes à l'APHP, selon le tableau suivant :

α	Source—Cible-de-productivitéα
IRMα	Cible-ANAP—Nombre-de-passages-cible-par-an-(5·301)¶ Cible-Benchmark-de-productivité-APHP—...110·ICR°/·passageα
Scannerα	Cible-ANAP—Nombre-de-passages-cible-par-an-(11·934)¶ Cible-Benchmark-de-productivité-APHP—...70·ICR°/·passageα
Salle-de-radiologie-conventionnelleα	Cible-ANAP—30·ICR-/·passage-/·salle·α
Salle-d'échographieα	Cible-ANAP—45·ICR-/·passage-/·salleα
Salle-de-blocα	Cible-ANAP—320°000·ICR-/·salleα
Salle-de-radiologie-interventionnelleα	Cible-productivité-moyenne-GH-car-plus-élevée-que-la-productivité-APHPα
Box-de-consultationα	Cible-ANAP—3500-consultations/box/an-pour-les-consultations-généralistes-adultes-d'APR·&·2°000-consultations-/·box-/·an-pour-les-consultations-spécialisées-de-RPC-et-les-consultations-pédiatriques-du-GH·α
Box-SAU-Adultesα	Cible-ANAP—3°000-passages-/·box-/·an-pour-patient-stable-&·1°175-passages-/·box-/·an-pour-patient-non-stables·α
Box-SAU-Pédiatriqueα	

La méthodologie appliquée selon la méthode des ratios apparaît adaptée à l'évaluation du dimensionnement des plateaux techniques, compte tenu des modulations apportées en fonction des spécificités de l'activité, notamment sur les consultations portées par le site de Raymond Poincaré, assises sur un ratio bas de productivité dans le référentiel ANAP pour tenir compte de la longueur des consultations liées au handicap des patients.

L'application de cette méthode sur les cibles d'activité permet ainsi de documenter précisément les évolutions retenues selon le tableau suivant :

Unité			Rappel Existant 2017	Production 2017	Production 2027	Cible de productivité	Cible 2027	Arrondi	Delta
Imagerie	Radiologie conventionnelle	Salle	8	2 343 402 ICR	2 456 848 ICR	398 893 ICR / Salle	6,16	6,00	- 2,00
	Ostéodensitométrie	Salle	2	214 334 ICR	221 967 ICR	439 666 ICR / Salle	0,50	1,00	- 1,00
	Scanner	Equipement	3	1 645 379 ICR	1 692 205 ICR	835 380 ICR / Machine	2,03	2,00	- 1,00
	IRM 1,5T	Equipement	2	1 209 370 ICR	1 261 792 ICR	583 160 ICR / Machine	2,16	2,00	-
	IRM 3T	Equipement	1	603 506 ICR	634 833 ICR	583 160 ICR / Machine	1,09	1,00	-
	IRM "petites articulations"	Equipement	-	-	853 569 ICR	583 160 ICR / Machine	1,46	1,00	1,00
	Echographie	Equipement	5	582 525 ICR	593 131 ICR	135 000 ICR / Machine	4,56	5,00	-
	TOTAL IMAGERIE		21				17,97	18,00	- 3,00
Interventionnel	Radiologie interventionnelle	Salle	3	1 204 946 ICR	1 252 659 ICR	401 649 ICR / Salle	3,12	3,00	-
	Blocs	Salle	13	4 247 066 ICR	4 552 189 ICR	320 000 ICR / Salle	14,23	14,00	1,00
	Lits SSPI	Lits	24	NC	NC	1,5 lits / Salle de bloc	20,89	23,00	- 1,00
Consultations et explo	Salles de consultations	Salle	60,0	90 804 consultations	94 032 consultations	3 500 cstations / box pour les cstations généralistes 2 000 cstations / box pour la pédiatrie et les cstations de RPC	43,74	43,0	- 17,00
	Box de consultation	Box	11,0	36 082 "passages stables" 2 303 "passages non stables"	37 367 "passages stables" 2 385 "passages non stables"	1 175 "passages non stables" / box 3 000 "passages stables" / box	14,33	15,0	4,00
Urgences Pédiatriques	Box de consultation	Box	6,0	20 829 "passages stables" 508 "patients non stables"	21 571 "passages stables" 527 "passages non stables"		7,56	8,0	2,00

Les points principaux à relever portent sur l'optimisation du nombre de salles de radiologie conventionnelle (-2 salles) et du nombre de scanner (-1) par augmentation de la productivité par salle, effet identique sur le nombre de box de consultations, évolutions en conséquence directes de la mutualisation du plateau technique.

La stabilité des équipements d'IRM (avec même l'ajout d'une IRM de petites articulations souhaité par l'établissement sur la base d'une étude de besoins bien documentée) est cohérente avec les volumes d'activité projetés dans le cadre du profil de spécialité de l'établissement (oncologie, blessés médullaires).

L'augmentation d'une unité de bloc opératoire est également cohérente avec les projections d'activités liés à l'ouverture récente d'un bloc de chirurgie ophtalmique sur le site d'Ambroise Paré, le tableau présenté étant basé sur la situation de 2017.

Points à retenir :

Le dimensionnement du plateau technique unique repose principalement sur l'utilisation des ratios ANAP. La mutualisation des activités d'imagerie et de consultations rendue possible par ce plateau unique, permet une optimisation du nombre de salles et de box, par référence à l'activité prévisionnelle rapportée aux niveaux de productivité cibles.

5/ Le projet documente ses effets attendus dans plusieurs domaines

Les effets attendus en matière d'offre de soins ont été présentés précédemment, notamment dans leurs conséquences sur les établissements concurrents. L'aspect essentiel sur ce dernier point réside dans une perspective d'augmentation d'activité basée uniquement sur l'évolution démographique et non sur une augmentation des parts de marché au détriment des autres établissements, élément favorable à la crédibilité des hypothèses d'évolution d'activités présentées tout autant que dans la perspective des complémentarités envisagées notamment à l'échelle du GHU.

La démarche environnementale est présente dans le dossier. Son aspect principal réside dans l'adoption d'une démarche de certification HQE, déclinée sur l'ensemble des opérations de construction. La cession des bâtiments de Raymond Poincaré, très consommateurs en énergie compte tenu de leur vétusté, est un élément favorable complémentaire à retenir.

Les conséquences du projet sur les personnels des deux établissements constituent évidemment un aspect essentiel s'agissant du regroupement sur un seul site de deux établissements préexistants.

Le dossier fait état d'une forte adhésion du corps médical au projet, basée notamment sur la possibilité de mutualisation des contraintes de garde et astreinte liée à l'augmentation de la taille des équipes concernées par une fusion (anesthésie, douleur, pédiatrie)

Concernant le personnel para médical, le dossier évoque une amélioration des conditions de travail liée aux nouveaux locaux comme facteur favorisant une adhésion des équipes au projet, argument évidemment valable également pour les équipes médicales.

Sans mettre en cause ces aspects positifs, deux points de vigilance méritent cependant d'être relevés.

Recommandation n°2 :

La première recommandation porte sur le transfert des effectifs de Raymond Poincaré sur le site d'Ambroise Paré. Parmi ces 1.312 agents, 282 (21 %) résident dans 82 communes qui n'offrent pas de desserte en transport en commun vers Ambroise-Paré. La question de l'évolution des parkings disponibles sur le site apparaît donc essentielle pour pallier cette difficulté qui ne manquerait pas d'être soulevée par le personnel concerné.

Nous recommandons un accompagnement spécifique et anticipé sur ce point pour éviter des difficultés majeures à l'ouverture du site dans sa configuration finale.

Recommandation n°3 :

La recommandation porte sur les éventuelles conséquences sociales du plan d'efficience déployé par l'APHP, qui vient à l'appui du financement du projet aux côtés des actions spécifiques décrites. Les conditions de déploiement du plan d'efficience sont peu documentées dans le dossier, qui évoque des ordres de grandeur en 2021 et 2024 notamment, sans précisions aussi fines que celles apportées sur les gains d'emploi documentés dans le cadre du périmètre du projet lui-même.

Cette remarque s'applique également au personnel médical. Avec un gain estimé de 3,7 M € sans précision de cartographie des postes supprimés, il convient d'accompagner de manière précoce et concertée la phase de mise en œuvre de ces suppressions.

Nous recommandons une évaluation plus précise de la cartographie des suppressions d'emploi envisagée et un accompagnement aussi concerté que possible sur ce thème nécessairement sensible dans le contexte actuel.

Après avoir évalué positivement la pertinence stratégique du projet, il convient d'en évaluer maintenant la faisabilité immobilière et technique.

Faisabilité immobilière et technique

6/ Le projet NGAP a pour socle un programme fonctionnel globalement efficient, qui devra faire l'objet d'ajustements dans le cadre des prochaines étapes de programmation.

6.1 La version de septembre 2021 du programme fonctionnel répond à l'objectif de regroupement et de mutualisation des activités médicales et médico-techniques des sites de Raymond Poincaré et d'Ambroise Paré.

Ainsi que le mentionne le RSE NGAP (pages 4 et 5), l'APHP a poursuivi l'instruction du dossier afin de prendre en compte les recommandations de l'expertise menée par le COPERMO, mais également de tirer les premiers enseignements de la crise Covid.

Le nouveau projet amendé et remanié répond de façon très claire et lisible aux points de fragilité qui avaient pu être identifiés par le Copermo.

Cette évolution est particulièrement sensible concernant le regroupement des activités médicales et médico-techniques (consultations, plateau technique, etc...), l'identification d'un bâtiment dédié à la filière handicap (Extension Sud) et la réorganisation des fonctions supports.

Il faut donc souligner cette évolution très positive du projet NGAP dont finalement « le périmètre est à l'échelle du site au-delà d'un simple regroupement » et apporte « davantage de fonctionnalités à l'ensemble du futur hôpital ».

L'effet de mutualisation et de gain d'efficacité va jouer à plein pour le plateau technique et les fonctions supports.

➤ Concernant le plateau technique, il s'agit d'un point fort du projet NGAP qui va permettre d'organiser ce plateau en 3 secteurs spécifiques desservant l'ensemble des activités regroupées :

- un plateau d'urgences adultes et d'imagerie,
- un plateau interventionnel proposant tous les types de prise en charge (chirurgie lourde, unité de chirurgie ambulatoire, imagerie interventionnelle et diagnostic)
- des plateaux de soins techniques dédiés à la réanimation et à la surveillance continue adulte et pédiatrique ainsi qu'à l'unité neuro vasculaire créée dans le cadre du projet

En synthèse, il apparaît donc que les différentes composantes de ce plateau technique restructuré et mutualisé permettront d'apporter une réponse complète à l'ensemble des besoins du site tant dans le domaine de la prise en charge de l'urgence que dans celui des filières d'hospitalisation ou de réadaptation.

➤ Concernant les fonctions supports, le projet pose les bases d'une réflexion cohérente et satisfaisante concernant la logistique médicale et non médicale. Il s'agit là également

d'un point positif du projet considérant que les fonctions supports sont souvent sous-évaluées et font parfois l'objet d'une réflexion tardive ou accessoire. Ce n'est pas le cas pour le projet NGAP qui prévoit des surfaces adaptées et un positionnement satisfaisant pour les plateaux médicaux :

- Pharmacie
- Unité des dispositifs médicaux stériles
- Biologie
- Stérilisation

Il en est de même pour la logistique non médicale qui identifie des plateaux pour :

- Les fonctions hôtellerie et lingerie
- Les services techniques et biomédicaux
- Les services informatiques

Au total, on peut constater en considérant les données du tableau ci-dessous que le gain de surface lié à la fusion des deux sites est certes considérable mais que la balance entre les surfaces démolies et les surfaces futures d'Ambroise Paré témoigne de la très forte densification à venir du site.

Site	SDPC (en m ²)					Gain en surface
	Surfaces actuelles	Surfaces démolies	Surfaces construites	Surfaces cédées	Surfaces futures	
APR	55 430	13 500	47 823		89 753	34 323
RPC	57 013			57 013		- 57 013
Total	112 443	13 500	47 823	57 013	89 753	- 22 690

Source : RSE juillet 2021

6.2 Le programme fonctionnel répond de façon satisfaisante à l'implantation de toutes les activités en site unique.

Compte tenu de ce qui précède, un des enjeux du programme fonctionnel du projet NGAP, réside dans une intégration pertinente et efficace des différentes disciplines et spécialités des deux sites plus que dans une simple juxtaposition sur un site unique.

L'analyse du Tome 1 du programme fonctionnel NGAP (du 14/09/2021) n'a pas permis de détecter des impasses tant en termes de localisation d'activités que de surfaces utiles affectées aux principaux sous-ensembles fonctionnels.

Ainsi, les principes généraux de fonctionnement et la répartition des surfaces entre le bâtiment existant (Bloc Hôpital) et les constructions neuves (Extensions Nord et Sud) permettent d'identifier des sous-ensembles cohérents et des articulations qui à ce stade du projet semblent opérationnelles.

Ainsi, on retrouve ainsi un maillage spatial bien identifié concernant :

- Le centre ambulatoire adultes
- Le centre ambulatoire enfants
- L'hospitalisation adulte
- L'hospitalisation pédiatrique
- Le plateau technique unifié
- Le plateau de rééducation adultes
- Le plateau de rééducation pédiatrique

Tableau de synthèse des surfaces		
Fonction	Surfaces utiles	Surface UO
	Total	Total
Total SDO (UF SOINS + Logements et autres)	39 334	50 307
Accès et Hall	387	426
Centre ambulatoires Adultes	3 463	4 605
Centre ambulatoires Enfants	1 327	1 781
Hospitalisation adulte	3 500	4 690
Hospitalisation pédiatrie	1 043	1 385
Plateau technique	10 436	13 762
Plateau de rééducation	4 460	5 405
Plateau de rééducation pédiatrie	889	1 109
Laboratoires / recherche	2 380	2 974
Logistique Médicale	4 208	5 184
Logistique non médicale	2 229	2 698
Tertiaire	3 161	4 111
Logements et autres	1 850	2 178
Total général SDO (UF SOINS)+ autres (CG et LT)		60 324
CG		3 339
LT	402	6 677
Total surfaces (SDO et SDP)		66 224
Stationnement enterré et dépose en infrastructure		5 900

Ces surfaces n'intègrent pas les 1 068 m² réaffectés aux hospitalisations.

Source : RSE juillet 2021

Le tableau des surfaces est cohérent. Toutefois le plateau de rééducation de pédiatrie apparaît probablement un peu sous dimensionné.

Points de vigilance :

Il est mentionné dans les différents documents mis à disposition de la contre-expertise (avis du Copermo, avis général de l'Île de France, tome 1 du programme fonctionnel NGAP) que certaines opérations de transfert d'activités en provenance du site de Raymond Poincaré sont hors périmètre du projet. Il s'agirait principalement d'un IFSI, d'une Ecole Régionale d'Enseignement Adapté (EREA) et de locaux d'enseignement et de recherche. Il est indiqué également que des discussions sont en cours sur le financement de ces transferts de locaux.

Recommandation n°4 :

Ce point méritera d'être éclairci car il est susceptible d'avoir un impact direct sur le périmètre du projet et son financement. À ce stade, l'ampleur d'éventuels travaux hors NGAP est difficilement identifiable.

7/ Le projet NGAP s'inscrit dans une organisation spatiale cohérente, mais au prix d'une densification du site à la limite des possibilités de l'espace foncier disponible.

7.1 Le projet NGAP implique une refonte complète du site d'Ambroise Paré.

Cette opération de fusion/reconstruction nécessite l'enchaînement de 3 phases afin d'intégrer les activités du site de Garches.

À l'examen du projet, il est clair que les locaux existants doivent être considérablement remaniés, voire pour certains d'entre eux détruits.

Il apparaît également qu'un programme de construction de surfaces neuves de cette ampleur constitue une contrainte extrêmement forte de continuité d'activité en site occupé.

7.1.1 Un impact fort sur l'existant

Il faut préciser tout d'abord que la mise en œuvre du projet NGAP nécessite la réalisation d'opérations préliminaires de « rocade » relativement lourdes afin de permettre de libérer de l'espace foncier. Ces opérations de travaux sont des préalables nécessaires à :

- La réalisation des bâtiments Entrée et Extension Nord
- La restructuration des ailes G et C du bâtiment Bloc Hôpital

Ces opérations tiroirs bien qu'indispensables contribuent à la complexité et à la durée globale du chantier

7.1.2 Le « cœur » du projet NGAP comporte 3 phases successives.

Les phases 2 et 3 étant les plus lourdes et les plus invasives au regard du maintien en fonctionnement optimal du site.

Ainsi de façon très synthétique, le projet va devoir enchaîner 3 phases de complexité croissante :

Phase 1 :

- Démolition des bâtiments Entrée et logements
- Création des bâtiments, Entrée et BAC afin de libérer les emprises nécessaires à la construction de l'Extension Nord

Phase 2 :

- Démolition des bâtiments de l'emprise nord dont les fonctions ont été délocalisées dans les bâtiments Entrée et BAC
- Construction de l'Extension Nord avec le nouveau bloc et les nouvelles urgences

Phase 3 :

- Démolition de l'emprise sud (l'ensemble des bâtiments service technique, anapath et chambre mortuaire)
- Construction de l'Extension Sud avec l'ensemble des filières handicap et une partie du plateau de consultations adultes.

Points de vigilance :

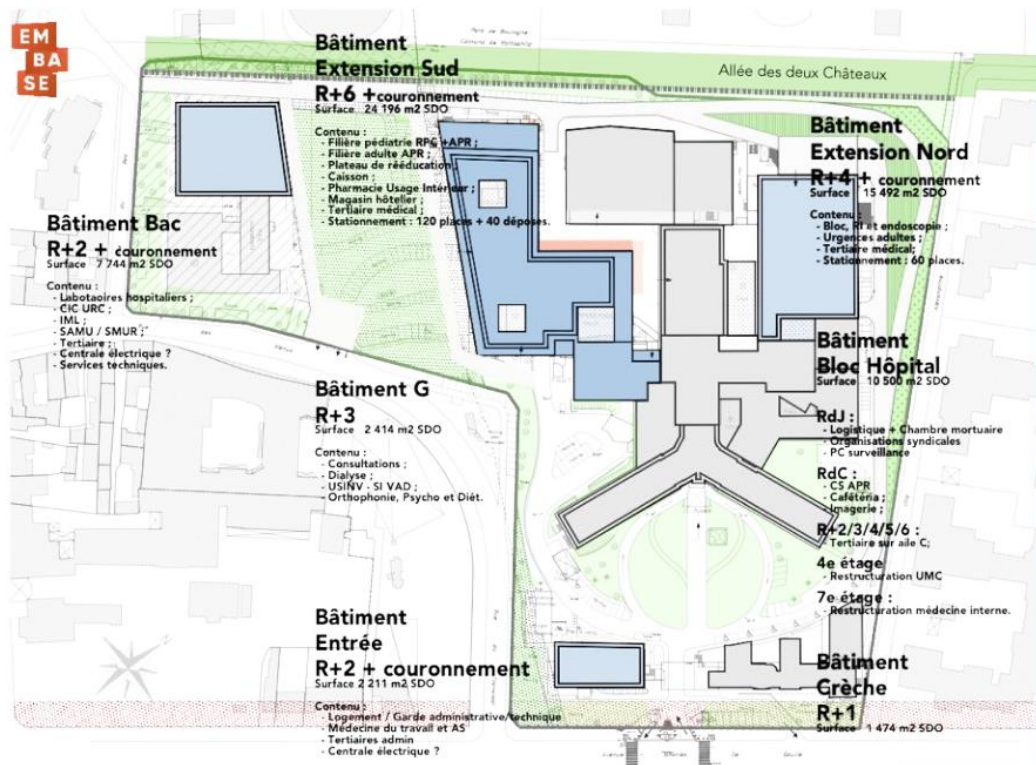
Si l'articulation des 3 phases de travaux est certes bien décrite et identifiée tant dans le dossier RSE de l'APHP que dans le programme fonctionnel, nous attirons toutefois l'attention sur les risques de dérapage liés à l'enchaînement des phases et donc de la durée globale du chantier.

Recommandation n°5 :

À ce titre nous recommandons d'être particulièrement attentif à la teneur de la mission Ordonnancement Pilotage Coordination qui sera primordiale dans le déroulement de cette opération. Le montant de ce poste de dépense ne devra pas être sous-évalué. Il existe également un risque de fractionnement de cette mission puisque l'APHP prévoit de lancer 3 consultations pour la passation de marchés globaux sectoriels.

7.2 La répartition des différentes filières

La répartition des différentes filières et des plateaux médico-techniques sur les Extensions Nord et Sud est lisible et propose une organisation des parcours patients qui apparaît efficiente.



Source : Tome 1 programme fonctionnel septembre 2021

Le triptyque Bloc Hôpital/Extension Sud/Extension Nord du projet NGAP comporte des points forts parmi lesquels on peut plus particulièrement mentionner :

- Une « spécialisation » de chaque bâtiment autour de 3 grands axes :
 - La prise en charge du handicap locomoteur adultes et enfants
 - Le regroupement de l'essentiel des secteurs d'hospitalisation
 - Les blocs opératoires et les urgences
- L'organisation de liaisons horizontales qui ouvrent des axes de circulation entre chacun des bâtiments principaux
- Les liaisons verticales par ascenseurs patients et logistiques sont bien positionnées et devraient permettre une bonne « irrigation » des activités des étages

Ainsi, on peut considérer que cette organisation spatiale est le fruit d'une réflexion bien coordonnée avec les équipes médicales et soignantes et que le projet pose les bases d'une bonne cohérence et d'une articulation tout à fait fonctionnelle des parcours patients.

- Coupes de principe

Bloc hôpital et extensions Sud et Nord

		Extension Sud			Bloc Hôpital			Extension Nord			
					Aile G	Ailes A, B, D, E et F		Aile C			
	R+7	LT	PT de rééducation de Pédiatrie	HdJ MPR pédiatrique		HC Médecine APR/RPC		Expositions fonctionnelles			R+7
Sur hauteur	R+6	SC Péd + PT de rééducation de Pédiatrie pour SC				UMA, Dermatologie CS/HdJ/HC		Tertiaire			R+6
	R+5	HC Pédiatrie Centre Ambu Pédiatrie	Urgences pédiatriques	Consultations pédiatriques		HC Pneumologie et Chirurgie Vasculaire + HdJ/CS Pneumologie		Tertiaire	USINV	Tertiaire RPC + Tertiaire APR	R+5
	R+4	HC adulte Lésé-médullaire + Neuro AVC/TC				HC médico chir APR/RPC	Libre, HC post urgence et Gériatrie	Tertiaire	LT		R+4
Sur hauteur	R+3	SC Adulte + Caisson hyperbare SI VAD + Tertiaire		Tertiaire	Tertiaire	HC, SI et CS Cardiologie, HdJ Néphrologie		UCA	Bloc ambulatoire 8 salles + 3 bloc endoscopie 15 places de SSPI		R+3
	R+2	LT	SRPR	Forum, PT rééducation Adulte Ergo, Reinsertion professionnelle, Laboratoire d'analyse de la marche	Forum, PT Psycho/Social/Diét	HC Chirurgie digestive, Endocrinologie		Tertiaire	LT		R+2
	R+1	Forum, PT rééducation Adulte : Kiné, mise en situation écologique			CS APR + Dialyse	Réanimation et Surveillance continue Médico-Chirurgicale HC Onco/pédi, CS d'orthopédie		Tertiaire	Bloc général 6 salles dont une hybride + 3 salles RI 15 places de SSPI		R+1
Accès principal -> dépose urgences et dépose minute pédiatriques (40 places) ->	RdC	CS RPC Adulte	Hall, CS RPC adulte	UMA Handicap Adulte	CS APR	Hall et CS APR	Imagerie programmée et non programmée	Urgences adulte et UHCD			Dépose <- ambulance
Cour logistique ->	RdJ	Balnéothérapie, salle de spectacle, Gymnase	PUL, Log Gén, LT	PUL, Log Gén, LT	PUL	Cuisine, Biologie Lingerie Magasin	Chambre mortuaire PC sécurité Vestiaire	Self Stérilisation et UDMS UMJ, Médecine du travail			<- Accès logistique nord
	SS-1	Stationnement 14 places + dépose 40 places				Galerie de liaison		Stationnement 60 places Archives			SS-1
	SS-2	Stationnement 106 places									SS-2

Les secteurs contourés en rouge sont concernés par les travaux.

Source : Tome 1 programme fonctionnel septembre 2021

Points de vigilance :

Les urgences pédiatriques sont positionnées au R+5 du bâtiment Extension Sud. La zone de dépose des urgences pédiatriques est située au rez-de-chaussée de ce même bâtiment. Cette configuration crée une rupture de niveau importante et des délais accrus d'acheminement des patients.

La coupe de principe fait également apparaître que les urgences pédiatriques sont certes situées au contact de l'hospitalisation et des consultations pédiatriques (localisées au même étage), mais très à distance du plateau technique (imagerie, bloc opératoire).

En réponse à cette question, l'établissement développe un argumentaire circonstancié et tout à fait recevable axé sur un choix de proximité entre les différentes activités pédiatriques des niveaux supérieurs de l'Extension Sud. Il n'en demeure pas moins que l'éloignement et les ruptures de niveau avec l'imagerie et le bloc pourraient à terme constituer une contrainte dans le cadre du parcours patient notamment si l'activité d'urgence pédiatrique était amenée à se développer.

Concernant la question de l'hélistation, l'établissement précise que sont envisagées l'utilisation (jusqu'en 2025) soit de l'héliport d'Issy les Moulinaux à une quinzaine de minutes de trajet du site d'Ambroise Paré, soit de l'hélistation du Kremlin-Bicêtre (20 à 30 minutes de trajet). Il est également précisé que les contraintes du PLU de Boulogne Billancourt ne permettront pas la construction d'une hélistation dans le cadre du projet NGP.

L'établissement considère que les temps de trajet sont compatibles avec une prise en charge optimale des patients.

Bien que conscients des contraintes urbanistiques sur Boulogne Billancourt, nous émettons toutefois une réserve sur les délais d'acheminement des patients présentant un AVC jusqu'à l'Unité Neuro Vasculaire.

8/ Le projet NGAP « sature » le foncier d'Ambroise Paré et la faisabilité immobilière soulève plusieurs réserves

8.1 Un projet aux limites du PLU

Ainsi que le mentionne l'avis de l'ARS IDF, la version actualisée du projet NGAP validée par l'APHP en juin 2021 est beaucoup plus ambitieuse que la précédente sur un plan immobilier.

La surface globale du projet s'élève à pratiquement 60 000 M² SDO comprenant les surfaces neuves, les surfaces restructurées ainsi que les infrastructures de stationnement. Il faut considérer que cette expansion considérable du bâti doit s'insérer sur la parcelle de l'hôpital Ambroise Paré développant environ 49 000 m².

À ce stade, le programme fonctionnel de septembre 2021 évalue l'emprise au sol du projet à 22 000 m² laissant environ 10 000 m² pour les aménagements paysagers du futur site hors VRD.

Cette densité de construction a pour conséquence une élévation des constructions nouvelles aux limites du PLU (R+5 pour l'extension nord, R+7 pour l'extension sud) et une occupation des sols (bâtiments + VRD) qui ne laisse peu ou pas de marges de manœuvre en cas d'évolution du projet lié aux études de programmation à venir.

Points de vigilance :

Le programme fonctionnel NGAP indique que le projet a été présenté au stade de la faisabilité aux riverains en concertation avec la ville de Boulogne Billancourt et GPSO (Grand Paris Seine Ouest), dans le cadre de l'actualisation du PLU.

Il est précisé qu'à l'issue de cette présentation aux riverains, le PLU modifié a été voté à l'unanimité en décembre 2018.

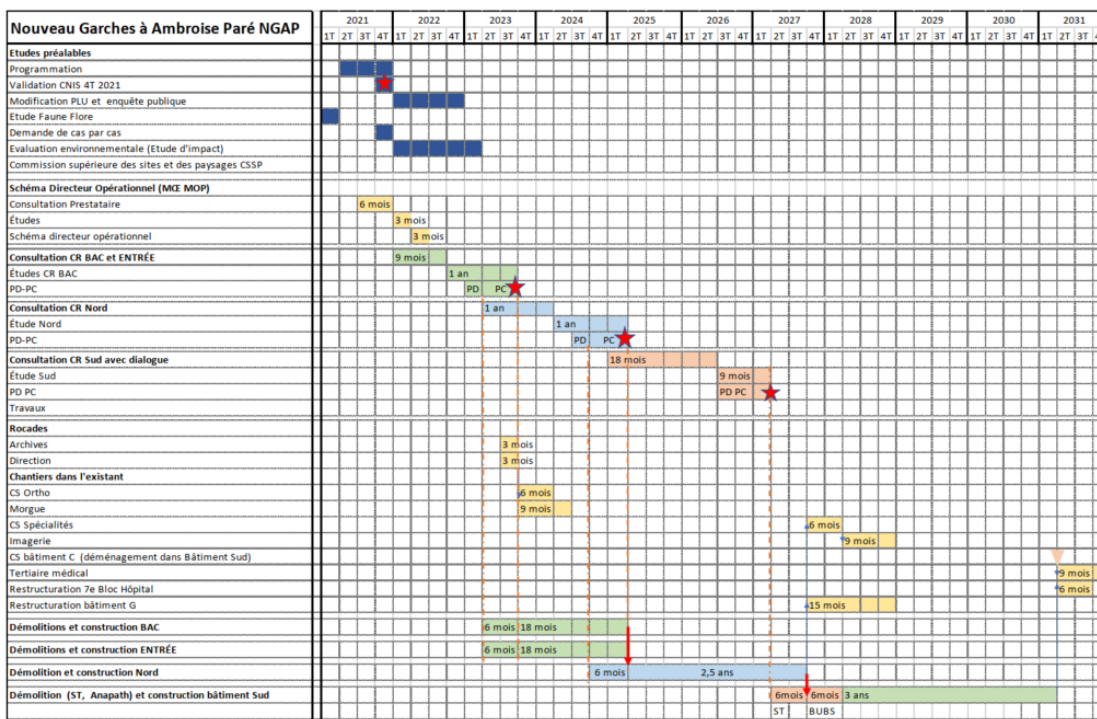
Il est toutefois indiqué dans ce même document que les partenaires concernés (ville de Boulogne Billancourt, GPSO et Préfecture) ont acté que les études se poursuivaient et que les nouvelles hypothèses de faisabilité devaient « intégrer toutes les incidences urbaines de l'insertion du NGAP dans le tissu urbain très spécifique de la ville de Boulogne Billancourt » (page 8 du programme fonctionnel NGAP de l'APHP).

Recommandation n°6 :

La dernière faisabilité validée par l'APHP datant de juin 2021 et le rapport socio-économique datant de juillet 2021, nous attirons l'attention sur la nécessité de lever toute discordance potentielle entre la dernière version du projet NGAP et les dispositions du PLU dont la dernière actualisation semble dater de décembre 2018.

8.2 Une durée de chantier très longue et un phasage complexe

Ainsi que mentionné précédemment, le phasage de cette opération s'avère long et complexe. Le tableau de phasage ci-dessous illustre la durée considérable du chantier et la complexité de l'articulation des différentes phases.



Source : Tome 1 programme fonctionnel septembre 2021

8.2.1 Un chaînage des opérations de travaux qui va générer des nuisances importantes en site occupé

L'établissement a bien conscience de la contrainte qui va peser sur la continuité de l'activité du site puisqu'il est mentionné dans le programme fonctionnel (page 17) la prescription générale que « la continuité de service doit être maintenue dans tous les cas » et que « le chantier devra être conduit de sorte qu'aucun trouble ne soit apporté à la tenue des bâtiments et ouvrages voisins ».

Ces dispositions générales sont censées s'appliquer également au maintien des voies de circulation logistique et de sécurité incendie, aux coupures de fluides, au niveau des nuisances sonores et à la limitation des risques de pollutions aérauliques.

La phase critique du projet NGAP va concerner l'enchaînement des travaux Bloc Hôpital/Extension Nord/Extension Sud.

Dans les réponses qu'elle a apportées, l'APHP décrit de façon détaillée les différentes opérations tiroirs et les déménagements successifs et considère que « techniquement et opérationnellement, cette phase ne pose pas de difficultés majeures d'interfaces ».

Il faut toutefois considérer que, hors phase d'étude, les opérations de travaux vont s'enchaîner sur une période de près de 10 ans. Même si l'établissement précise que chaque phase est autonome et qu'il est prévu de préserver l'activité hospitalière et les flux logistiques, il est légitime de considérer qu'une telle durée de chantier va fragiliser le fonctionnement du site et va générer des nuisances qui ne manqueront pas d'avoir un impact sur le niveau global d'activité.

Points de vigilance :

Le pilotage du chantier va constituer un enjeu majeur de coordination entre les différents acteurs (maitrise d'ouvrage, maitrise d'œuvre, bureau de contrôle et OPC...).

Recommandation n°7 :

Nous ne doutons pas de la capacité des services d'ingénierie et de conduite de travaux de l'APHP à mener une opération de cette ampleur, mais nous souhaitons attirer l'attention sur les difficultés qui ne manqueront pas de survenir dans un contexte de travaux en site occupé. À ce titre, la mission du coordonnateur SPS notamment sera déterminante.

Nous recommandons également vivement d'associer le plus en amont possible le service d'hygiène hospitalière. Il s'agit en particulier de prendre en compte le risque aspergillaire lors des phases de fouille et de terrassement.

Dans le cadre du projet NGAP les secteurs d'hospitalisation, mais surtout le bloc opératoire et les secteurs de réanimation seront vulnérables dans un contexte de grande proximité entre le chantier et les services qui demeureront en fonctionnement.

8.2.2 L'organisation du chantier

L'organisation du chantier soulève également un certain nombre d'interrogations. En effet, compte tenu du peu de foncier restant disponible sur le site, la question de la logistique du chantier est centrale.

Un chantier de cette ampleur nécessite une base vie ainsi que des zones d'approvisionnement et de stockage importantes.

Sur ce sujet, l'établissement précise être en contact avec le maître d'ouvrage du projet « Rothchild » se situant sur une parcelle concomitante et avec un accès direct à celle de l'hôpital pour y implanter la base vie. La piste d'une implantation sur le foncier de « collectivités territoriales » est également évoquée sans plus de précision.

Points de vigilance :

L'ampleur et la durée de cette opération nécessitent de clarifier dès que possible la question de la logistique du chantier qui ne peut être considérée comme secondaire.

Le recours à du foncier « extérieur » est probablement la meilleure solution mais peut soulever des questions sur la durée de mise à disposition, voire de surcoût potentiel.

Recommandation n°8 :

Nous prenons acte des démarches en cours qui démontrent que l'établissement a bien pris en compte cette question.

Nous recommandons toutefois que la question de l'implantation de la base vie et des zones d'approvisionnement soit tranchée le plus en amont possible afin d'éviter un dérapage éventuel du phasage du projet et d'en mesurer un possible impact financier.

9/ Un schéma directeur technique nécessitant des précisions quant à son périmètre et à son coût

Au chapitre faisabilité technique du programme fonctionnel (pages 68 à 72), il est mentionné et annoncé une modernisation et un redimensionnement de l'ensemble des installations techniques.

Le document de programmation fait état d'un certain nombre d'options non encore arrêtées (rénovation de la chaufferie ou raccordement au réseau urbain de Boulogne Billancourt par exemple). Les montants d'opération ne sont pas clairement identifiés.

Dans les réponses qu'elle a pu apporter, l'APHP précise que « l'élaboration du schéma directeur technique du site par les équipes techniques du GHU APHP Paris Saclay et celles du Département Immobilier et Investissement du Siège, assistées par le prestataire ESSOR, bureau d'études en charge de la programmation technique du projet, est en cours de finalisation. »

L'APHP indique également dans ses réponses que le coût des mises à niveau techniques liées au projet NGAP est bien pris en compte dans l'enveloppe des travaux.

Il est annoncé, concernant la production de chaleur et la centrale électrique, un montant prévisionnel des travaux de 5,4 me d'€ HT.

Il faut toutefois mentionner que l'établissement a par ailleurs fixé un cadre ambitieux au projet NGAP en matière de développement durable.

Ainsi une démarche de certification HQE doit accompagner le projet en particulier sur les volets maîtrise de l'énergie et exploitation maintenance. Il est également visé des travaux d'amélioration énergétique du Bloc Hôpital. Toutefois ceci implique une reprise des façades par l'extérieur ainsi qu'un changement des menuiseries extérieures.

Cette amélioration des performances thermiques aura bien évidemment comme conséquence des nuisances sonores.

Points de vigilance :

Compte tenu de la refonte complète du site d'Ambroise Paré et du volume considérable de surfaces construites, nous considérons que les précisions apportées par l'établissement concernant le périmètre financier du schéma directeur technique et son intégration dans le coût des travaux laissent subsister des zones d'incertitude.

Recommandation n°9 :

L'établissement précise que le schéma directeur technique du site est en cours de programmation. Il est également indiqué que les études techniques seront terminées à la fin du premier semestre 2022.

Nous recommandons donc que l'impact financier du programme technique fasse l'objet d'un suivi spécifique par l'ARS IDF afin d'une part d'en évaluer l'exhaustivité et d'autre part, de vérifier la compatibilité du montant de ce programme technique avec l'enveloppe de travaux identifiée à ce jour (pour rappel : 7,56 M€ TDC VFE).

10/ Analyse du coût de l'opération et des ratios coût construction

10.1 Montant de l'opération

- Le montant de l'opération s'élève à 316,2 M€ en coût Valeur Finale Estimée (VFE) pour les travaux.
- Le coût total VFE travaux + équipement s'élève à 334,1 M€.

L'analyse des tableaux récapitulants les postes de dépenses versés au dossier, ne permet pas de relever d'erreur ou d'omission. Tous les postes de dépenses sont renseignés et les montants sont cohérents. Tout juste peut-on relever que le projet ne prévoit pas de souscription d'une assurance dommage-ouvrage mais cela est probablement lié à une politique institutionnelle de l'APHP.

10.2 Ratios coût construction

L'analyse des ratios du coût de la construction n'est pas « une science exacte » et les ratios peuvent bien évidemment varier selon la nature de l'opération et la localisation sur le territoire. Toutefois, après recoupement avec des programmes de nature similaire, on peut identifier les tendances suivantes :

- Coût/m² hors taxe neuf : 2 685 € HT/m² neuf hors stationnement, cour logistique, VRD, aménagements des espaces extérieurs, démolition et désamiantage → le ratio se situe en limite inférieure. Le ratio moyen se situant plutôt autour de 3 000 € HT.
- Coût/m² hors taxe restructuration : 1 872 € HT/m² restructuré hors stationnement, cour logistique, VRD, aménagements des espaces extérieurs, démolition et désamiantage → cela correspondrait à 70% du prix du neuf. Le ratio paraît cohérent.
- Coût unitaire place de parking TDC : 30 000 € HT/place de parking enterrée hors dépose-minute et places extérieures, soit 51 400 € TDC VFE/place. → ratio cohérent
- Le ratio hors taxe TDC : 1.45 (incluant les travaux neufs, de restructuration, d'humanisation, le stationnement, les VRD, les aménagements extérieurs, les ouvrages spécifiques, la démolition et le désamiantage) → ratio faible (1,50 à 1,55 sur opérations similaires)
- Le ratio hors taxe VFE : 1.65 (incluant les travaux neufs, de restructuration, d'humanisation, le stationnement, les VRD, les aménagements extérieurs, les ouvrages spécifiques, la démolition et le désamiantage) → ratio faible (conséquence du ratio supra)
- Sur le global projet le ratio SDO/SU : 1,53 compris CG et LT, mais hors LT existantes et CG des zones restructurées. Les CG et LT des surfaces restructurées existantes représentent 2 800 m² SDO le ratio réel global SDO/SU sur l'ensemble des surfaces SU est de 1,60 → ratio faible, la fourchette se situant entre 1,65 et 1,80

Points de vigilance :

L'analyse des ratios, avec toute la prudence qui s'impose en matière d'évolution du coût de la construction, permet toutefois de mettre en évidence la faiblesse de certains ratios. Il s'agit du ratio m² HT neuf, et des ratios HT/TDC et HT/VFE.

Nous attirons donc l'attention sur un risque de dépassement du montant global de l'opération NGAP.

Recommandation n°10 :

L'ampleur de ce risque ne peut bien sûr être à ce jour précisément évaluée ou documentée, mais le contexte de l'activité du BTP en IDF lors de la phase de lancement des consultations sera probablement très tendu notamment en raison de la concomitance de programmes d'autres grands opérateurs (Grand Paris, JO 2024 voire autres opérations hospitalières...).

Nous préconisons donc un suivi rapproché entre l'APHP et l'ARS IDF de la trajectoire entre le coût prévisionnel des travaux et les résultats des appels d'offre notamment lors des phases 1 et 2 du projet NGAP.

11/ Adaptation du projet NGAP à la gestion crise

Par gestion de crise, on entend :

- L'afflux massif de patients dans le cadre d'un accident majeur ou d'un évènement de type attentat.
- Une crise sanitaire de type pandémie Covid.

Les orientations déterminées par le RSE du projet NGAP démontrent qu'une réflexion approfondie a été menée pour intégrer la gestion de crise dans l'organisation spatiale du futur site.

11.1 Dans le cadre d'un afflux massif de patients, le circuit est clairement identifié :

- Le pré-hospitalier serait localisé sur l'emprise de la dalle autoroutière. Y seraient déployés les moyens du SAMU (véhicules et structures foraines) ainsi que l'unité de décontamination hospitalière.
- En intra-hospitalier, l'UHCD des urgences constituerait une structure de premier accueil qui pourrait éventuellement être complétée par des structures foraines.

11.2 Dans le cadre d'une crise de type pandémie

Dans le cadre d'une crise de type pandémie, le principe retenu consiste à dédier les locaux de l'Extension Sud aux patients infectés nécessitant un isolement.

- Ce choix est justifié par une possibilité de fonctionnement autonome de l'Extension Sud en termes de locaux d'hospitalisation et de réanimation.
- L'Extension Sud présente également l'avantage d'avoir un accès par une voie indépendante.

11.3 Concernant le plateau technique

Concernant le plateau technique, le scénario prévoit des circulations dédiées pour les patients infectés et non infectés réparties sur les 2 niveaux du bloc (bloc lourd et bloc ambulatoire).

11.4 Concernant l'imagerie

Concernant l'imagerie, la répartition des patients s'effectuerait sur la base d'une séparation des secteurs d'imagerie programmés et non programmés.

Ainsi, on peut constater que le dispositif de crise met en œuvre toutes les ressources et les circuits nécessaires.

L'analyse de la pertinence stratégique du projet et de sa faisabilité technique doivent maintenant être mise en perspective de ses conditions de financement.

Soutenabilité financière

Le travail d’instruction supplémentaire intervenu après l’avis du COPERMO de septembre 2019 a très sensiblement impacté l’économie générale du projet. Le coût de l’opération est passé de 195 M€ TDC à 334 M€ TDC, équipements compris. Le retour sur investissements du projet a augmenté significativement (23 M€ vs 19 M€) mais dans des proportions nettement moindres. Dans le même temps, l’impact du plan d’efficience global piloté par le siège de l’APHP est resté inchangé pour le groupement hospitalier dont dépend le projet (31 M€).

L’équation globale du projet doit par ailleurs tenir compte de réalisations budgétaires moins bonnes que projetées au cours des 2 dernières années. Le contexte actuel du projet est potentiellement plus dégradé que prévu au moment de l’avis rendu par le COPERMO. Le déficit de l’APHP atteint 234 M€ fin 2020. Sur le plan financier, le projet analysé par l’ARS dans le RSE de 2021 est sensiblement modifié par rapport au projet initial.

Ces modifications imposent un niveau de vigilance important quant à la soutenabilité du projet dans le contexte budgétaire propre au GHU Paris-Saclay et à l’APHP.

12/ Plus dégradée que prévu, la situation financière initiale offre des marges limitées pour investir

12.1 Après une brève amélioration en 2018, la situation du groupement promoteur du projet s’est détériorée à la fois en 2019 et en 2020

L’ancien groupement HUPIFO a été intégré dans le nouveau groupement HU (GHU) Paris-Saclay.

Le constat d’une détérioration de la situation financière de la structure de rattachement du projet n’est pas modifié par le changement de périmètre du groupement porteur du projet.

Dans son rapport rédigé en 2019, le COPERMO notait une forte amélioration du taux de marge brute du GHU en 2018 (2,8 % en 2018).

Or, l’annexe financière fournie à l’appui du RSE, actualisée en août 2021, fait apparaître un taux de marge de 0,7 % pour le GH en 2019 soit une baisse de plus de 2 points. Cette baisse est antérieure à la crise sanitaire.

Le taux de marge du GH reste faible en 2020, avec un taux de marge s’établissant à 0,2 %.

De même, si le déficit comptable du GH avait diminué de moitié en 2018, il passe de 44 M€ à 65 M€ entre 2019 et 2020.

La tendance apparaît ainsi divergente par rapport aux attentes qui figurent dans l’avis du COPERMO.

Ce constat s'inscrit également dans la tendance observée à l'échelle de l'APHP

Le déficit du compte de résultat principal de l'APHP passe de 169 M€ en 2019 à 244 M€ en 2020. Le taux de marge brute est passé 1,8 % à 1,7 % entre 2019 et 2020. Il était de 2,8 % en 2018 et devait initialement atteindre 4,2 % en 2020.

Le projet revisité suite à l'avis du COPERMO s'inscrit ainsi dans un contexte moins favorable par rapport à la trajectoire de redressement associée au projet initial.

12.2 Les objectifs budgétaires fixés par l'APHP n'ont pas été atteints au cours des 2 dernières années

La gestion de la dette des hôpitaux parisiens faisant l'objet d'une approche centralisée, la soutenabilité du projet doit être appréciée en partie à l'aune du bilan de l'APHP.

Le niveau d'endettement de l'entité juridique est élevé avec un taux d'endettement (dette rapportée aux recettes d'exploitation) s'établissant à 34 % en 2019 au niveau consolidé de l'entité APHP.

Le ratio d'indépendance financière s'établit à 61% et reflète la part importante de la dette initiale dans le financement des capitaux permanents.

Les marges pour investir apparaissent donc relativement faibles, le GHU s'inscrivant dans une trajectoire budgétaire récente assez éloignée des objectifs fixés au moment de la présentation du projet au COPERMO en 2019.

13/ La réalisation de gains financiers importants et d'un plan d'efficience particulièrement ambitieux conditionne la soutenabilité financière du projet

Le montant du projet NGAP (334 M€ TDC) doit être mis en regard de la situation financière du groupement HU et de l'APHP.

La viabilité du projet, compte tenu des surcoûts qu'il génère, requiert un retour sur investissement (ROI) important. L'objectif de ROI recherché a pour but de compenser les surcoûts engendrés par cet investissement sur l'exploitation mais il n'est pas suffisant pour sécuriser la trajectoire budgétaire de l'entité. L'APHP prévoit ainsi d'associer à ce ROI un plan d'action plus global permettant de générer des gains financiers significatifs.

13.1 Le ROI du projet, désormais majoritairement alimenté par les recettes, a été revu à la hausse en 2021

Le ROI concerne les gains nets exclusivement liés à la réalisation du projet. Ces gains n'auraient pas eu lieu en l'absence du projet.

Le premier projet, présenté au COPERMO en 2019, prévoyait un gain sur investissement de 19,35 M€ en base annuelle.

Ce montant est passé à 23,67 M€ par an, sur la base du projet actualisé en 2021. La moitié du gain est réalisé en 2028, au moment de la mise en service de l'opération (11 M€ sur 23,67 M€). Cette hausse

du niveau de retour sur investissement est d'autant plus surprenante qu'elle intervient malgré la révision à la baisse de l'objectif d'optimisation du capacitaire.

Point de vigilance :

La part des gains ROI imputable aux recettes atteint 58 % vs 42 % pour les charges. Ce ratio est éloigné des ratios cibles fixés par le ministère dans le cadre des opérations ex COPERMO même si le montant des recettes liées au ROI représente au total moins de 2 % des recettes consolidées du groupement. La version du projet présentée en 2019 était basée sur un ratio inversé donc plus vertueux (42 % recettes/58 % charges)

Recommandation n°11 :

Sécuriser le ROI proposé en rééquilibrant le ratio recettes / dépenses

Le projet permet de mobiliser 9 leviers d'efficience principalement axés autour de l'optimisation du capacitaire et le regroupement des fonctions supports sur un site unique.

Le levier capacitaire reste limité en dépenses. Le retour d'expérience Covid et la prise en compte des remarques de l'ARS se sont traduits par un réajustement capacitaire à la hausse de 59 lits par rapport à la version initiale. Le solde net du capacitaire global en hospitalisation complète passe de - 52 (-74 + 22 lits UNV) à + 7 lits. Le nombre de places d'hôpitaux de jours augmente de 2. Pourtant cette évolution génère des gains en charges (hors UNV et hors lits Ste Perrine) et surtout en recettes (DMS réduite, densifications des unités, taux d'occupation). Le gain capacitaire au titre des produits passe de 5,1 M€ (version 2019) à 10,6 M€ (version 2021). Ces recettes s'ajoutent au tendanciel APHP (voir infra). L'objectif est ambitieux.

Point de vigilance :

Aucune documentation précise de cette cible actualisée (10,6 M€ vs 5,1 M€) n'est fournie à l'appui du dossier permettant de faire le lien entre le chiffre d'affaires supplémentaire et la prise en charge (DMS, Taux d'occupation, ambulatoire).

Recommandation n°12 :

Préciser de façon plus explicite le lien entre le capacitaire (DMS, taux d'occupation des lits, ambulatoire, stabilité du capacitaire global) et les gains en charges et recettes proposées.

La création d'une UNV génère un gain net marginal (274 K€), les surcoûts annulant les recettes supplémentaires liées à la T2A.

L'optimisation des plateaux techniques hors biologie constitue un levier séparé. Le gain généré serait de 2,9 M€.

La fermeture d'un des 2 sites, en l'occurrence celui de l'hôpital Raymond Poincaré (RPC) permet d'économiser mécaniquement plus de 3,7 M€ dont 1 M€ sur la masse salariale (direction du site RPC, vague-mestres, loge, équipes de sécurité, secrétaires médicales) et 2,7 M€ sur les dépenses hôtelières (baisse des dépenses d'énergie, de maintenance du bâtiment, de nettoyage, des dépenses de sécurité incendie sous-traitée). Les économies d'énergie et de maintenance attendues au titre du regroupement (site unique, optimisation des surfaces, bâtiment neuf) restent à démontrer. De même la rationalisation des fonctions tertiaires est susceptible d'engendrer 2,7 M€ de baisses de dépenses (standard, DRH, Direction des soins, DAF, système d'information, services techniques).

Point de vigilance :

Les économies d'énergie et de maintenance attendues au titre du regroupement (site unique, optimisation des surfaces, bâtiment neuf) restent à démontrer.

Recommandation n°13 :

Compléter l'évaluation des économies d'énergie et de maintenance par une estimation des surcoûts inévitables liés à un bâtiment neuf : technicité des installations à maintenir, climatisation, normes plus exigeantes etc....

Le personnel médical constitue un des leviers. Ce levier rend possible 0,9 M€ d'économies (réduction des doublons tel le dépôt de sang et la stérilisation, rationalisation de la permanence des soins, diminution du temps de travail additionnel).

Le levier « facturation/consultations » représente un gain actualisé de 2 M€ (création de 76 chambres particulières grâce à cette opération, mutualisation des consultations).

Le ROI permet au global de supprimer environ 220 ETP hors UNV (-162 ETP avec UNV). Le gain sur le titre 1 de dépenses (hors PM) avoisine 10 M€ sur le périmètre du projet.

Il convient de noter l'effort de prudence des porteurs de projet qui ont intégré les dépenses de remplacement dans la masse salariale cible qui viennent réduire d'autant les économies générées par le ROI. Le surcoût (1,3 M€) vient en déduction des gains décrits précédemment.

13.2 Le ROI propre au projet est complété par un plan d'efficience défini par l'APHP dont l'impact pour le GHU pourrait avoisiner 31 M€ par an

Le plan de transformation de l'APHP a été élaboré dans le courant de l'année 2018. Le cumul des gains attendus sur la période 2019-2029 est de 1,3 Mds €.

Le montant est très ambitieux. La part du plan d'action consacrée au développement de recettes supplémentaires est anormalement élevée au regard des standards habituels (67 %). L'absence de documentation concernant les modalités précises de déclinaison par site géographique des objectifs de gains fixés par l'APHP constitue un autre point de vigilance. Le dossier ne permet pas de connaître la clé de répartition de la cible par groupement ni les critères qui ont présidé à la ventilation du montant à atteindre par le GHU. La réponse de l'APHP aux questions complémentaires posées montre qu'il a été procédé principalement à une déclinaison comptable au regard du poids des dépenses et

des recettes du GHU. Ceci constitue un risque non négligeable, susceptible de nuire à la fois à la lisibilité du plan d'action tel que décliné localement et à sa crédibilité.

Point de vigilance :

L'absence de documentation concernant les modalités précises de déclinaison par site géographique des objectifs de gains fixés par l'APHP.

Recommandation n°14 :

Documenter les modalités de déclinaison par site géographique des gains d'efficience du plan d'action APHP hors périmètre du projet et sécuriser le plan d'action par un ratio recettes/dépenses plus équilibré.

Certaines actions sont peu ou pas documentées. Le gain global de 3,7 M€ sur le personnel médical prévu à terme (principalement lié au plan de transformation de l'APHP) ne résulte pas de gains de productivité médicale identifiés ni chiffrés en ETP.

Point de vigilance :

Les gains de dépenses de personnel médical sont très peu explicités.

Recommandation n°15 :

Documenter les gains liés aux charges de personnel médical (3,7 M€)

Le cumul annuel des gains en fin de période représente un montant de 31 M€. Il s'ajoute au ROI du projet (23,7 M€) pour atteindre 54,7 M€ par an pour le GHU.

Le plan de transformation porté par le siège de l'APHP s'articule autour de 7 axes et 60 actions. Les sites seront restructurés, ainsi que les organisations et les prises en charge. La logique de numérisation de l'hôpital sera accentuée et accélérée. Ce plan d'action comprend un volet maîtrise des dépenses et un volet optimisation des recettes.

Les économies générées viennent en déduction des évolutions tendanciennes du PGFP (voir infra).

14/ Un projet qui s'inscrit dans une trajectoire globale de financement vertueuse, mais fragile

14.1 Certaines hypothèses retenues pour construire le plan global de financement pluriannuel de l'APHP et du groupement HU Paris-Saclay sont optimistes

La masse salariale constitue environ 60 % des dépenses de l'établissement. Le taux d'évolution tendanciel intégré dans le plan de financement avant gains et avant mise en œuvre du plan efficacité avoisine 1 % (1,2 % pour le personnel non médical, 0,8 % pour le personnel médical). Ce taux a pour vocation de couvrir le GVT et l'ensemble des mesures générales et catégorielles. Le taux d'évolution des dépenses du personnel médical (0,8 %) est particulièrement optimiste. La prudence justifierait une évolution globale moyenne proche de 1,5 % pour les dépenses globales de titre 1. Le taux retenu par l'APHP (+ 1%) ne tient par ailleurs pas compte des effets récents du protocole Ségur. Un postulat de financement à l'euro près du Ségur est adopté. Le non financement complet de l'impact du Ségur constitue un risque réel. Son impact potentiel n'est pas pris en compte dans le PGFP.

Point de vigilance :

Le taux d'évolution tendanciel intégré dans le plan de financement avant gains et avant mise en œuvre du plan efficacité avoisine 1 %.

Recommandation n°16 :

Les hypothèses de tendanciel sur la masse salariale doivent être évaluées de façon moins optimiste.

Les dépenses de titre 2 évoluent tendanciellement de 1,5 % avant efforts. Les dépenses de titre 3 augmentent de 1 %. La progression des charges hôtelières intégrée dans la trajectoire avant efficacité, ne permettra pas de couvrir le tendanciel d'inflation (alimentation, énergie, prestations de services etc...). Un risque d'écart majeur existe en la matière dans le contexte macro-économique actuel post Covid.

Point de vigilance :

Les dépenses de titre 3 augmentent de 1 % par an seulement.

Recommandation n°17 :

Intégrer le risque inflation dans le tendanciel de charges hors personnel de façon à construire le PGFP sur des hypothèses plus réalistes

Les recettes d'activité (titre 1) comprennent l'effet prix (0 %) et l'effet volume moyen attendu. L'effet prix est estimé avec prudence. L'effet volume retenu par les porteurs du projet additionne une hausse tendancielle estimée par l'APHP et le GH hors projet (+ 1,5 % par an) et des hausses ciblées liées au projet. Le tendanciel représente un surplus de 16 M€ de recettes. Les hausses ciblées (UNV, hôpital de jour) représentent une hausse de recettes de 11,2 M€. Au total l'augmentation du volume sur le périmètre du projet est supérieure à 27 M€. Les leviers identifiés pour accentuer la hausse des recettes tendancielle sont l'amélioration de la gestion des lits afin de limiter les transferts depuis le service d'urgence, le développement de la RAAC, l'optimisation des plateaux techniques, les activités nouvelles, un meilleur adressage (prise de RDV, organisation des consultations). L'addition des deux taux d'évolution en partie intégrée dans le plan d'efficacité, s'éloigne sensiblement du taux d'évolution démographique retenu pour le dimensionnement du projet (+ 0,35 % par an).

Les recettes de titre 2 prennent en compte une stabilité du tarif journalier de prestation (TJP). Cette hypothèse ignore l'impact potentiel de la réforme des TJP à compter de 2022, qui devrait s'étaler sur plusieurs années.

Point de vigilance :

L'impact de certaines réformes de financement n'est pas évalué.

Recommandation n°18 :

Tenir compte de l'impact des réformes de financement récentes

14.2 Le montant des amortissements et les frais financiers générés par le projet ont un impact important sur la trajectoire du groupement

Les méthodes de calcul des frais financiers et des amortissements liés au projet NGAP diffèrent au sein du PGFP du CHU.

Le montant des frais financiers qui vient s'imputer sur le compte de résultat du groupement ne tient pas compte du projet lui-même. Les charges financières et la gestion de la dette sont centralisées par l'APHP. Le coût d'un emprunt n'est pas fléché sur un projet en particulier. Les frais financiers liés au projet NGAP n'apparaissent pas dans le PGFP du groupement d'appartenance Paris Saclay. Ils apparaissent au sein du PGFP de l'APHP. Les frais financiers font l'objet d'une approche mutualisée. Le projet NGAP ne pèse donc que marginalement et indirectement sur la trajectoire du groupement lui-même. Le montant des frais financiers assumé par le groupement dans son compte de résultat fait l'objet d'une mutualisation. Les charges financières moyennes de l'APHP sont refacturées à l'établissement à hauteur de 1 % des produits selon une clé. Le montant des frais financiers du groupement passe de 2 M€ en 2019 à 3,5 M€ en 2029.

Le plan de financement de l'opération NGAP actualisé en juillet 2021 prévoit un recours modéré à l'emprunt (29,7 M€). Compte-tenu des taux d'intérêt en vigueur il est raisonnable d'estimer que le montant des frais financiers avoisinera 300 K€ à 500 K€ par an en début de période.

Plan de financement sur la base du coût TTC TDC du projet immobilier (valeur fin de chantier)	
Plan de financement	Montant en K€
Autofinancement (A)	167 085
L'autofinancement couvre en moyenne 50 % des investissements de l'AP-HP	
Hypothèse : Dont cession éventuelle d'immobilisations	26 734
Les cessions contribuent en moyenne à financer 8 % des investissements de l'AP-HP sur la période 2021/2030	
Emprunts (B)	29 751
Hypothèse : Dont emprunt non aidé	
Hypothèse : Dont emprunt non aidé à taux préférentiel	
Hypothèse : Dont part aidée (montant aidé AC/DAF) au niveau national	
Hypothèse : Dont part aidée (montant aidé AC/DAF) au niveau régional	
Subventions (C.)	
Hypothèse : Subventions aide en capital FMESPP (niveau national) 35% des 316M€ (hors Eq)	110 600
Hypothèse : Subventions du conseil régional / général	
Hypothèse : Subventions des collectivités territoriales	
Hypothèse : Subventions autres (à préciser)*	
Total (=A+B+C)	334 169
<i>*Précisions sur les autres aides</i>	

Source : ARS île de France

Le faible recours à l'emprunt s'explique par les hypothèses retenues par l'APHP pour assurer le financement de l'opération. La subvention demandée au titre du projet atteint 110,6 M€ en capital soit 35 % du montant de l'opération, équipements compris. Une part des cessions d'actifs, dont le pilotage est assuré par le siège de l'APHP, est affectée au projet sur la base d'un taux moyen de 8 % de la valeur du projet soit 26,7 M€. L'autofinancement couvre 50 % du projet soit 158 M€.

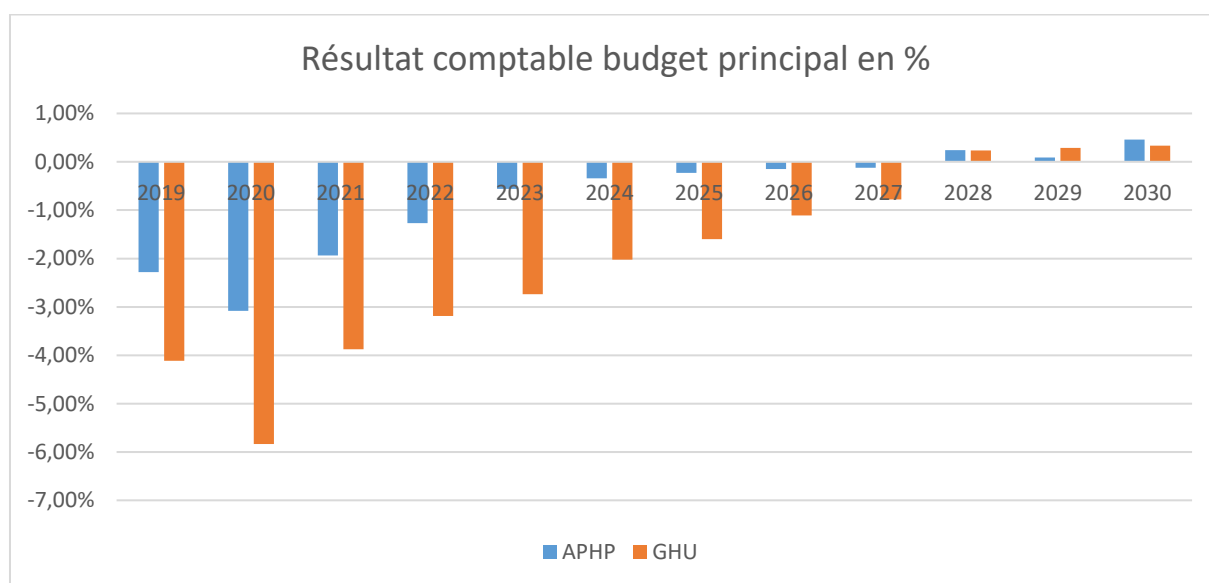
Les amortissements font en revanche l'objet d'une imputation au réel sur le compte de résultat. Les durées ont été validées par les commissaires aux comptes. Le principe de l'amortissement par composants a été appliqué concernant l'opération NGAP. Le projet lui-même représente un surcoût annuel en amortissement de plus de 16 M€ par an en base, soit environ 1,5 % du budget d'exploitation du groupement Paris-Saclay.

Le taux de marge supplémentaire que le groupement doit dégager pour neutraliser le montant des amortissements est donc à minima de 1,5 points et de 1,8 points après intégration des frais financiers. Il convient de rappeler que le taux de marge du GHU Paris-Saclay en 2020 est de seulement 0,2 %.

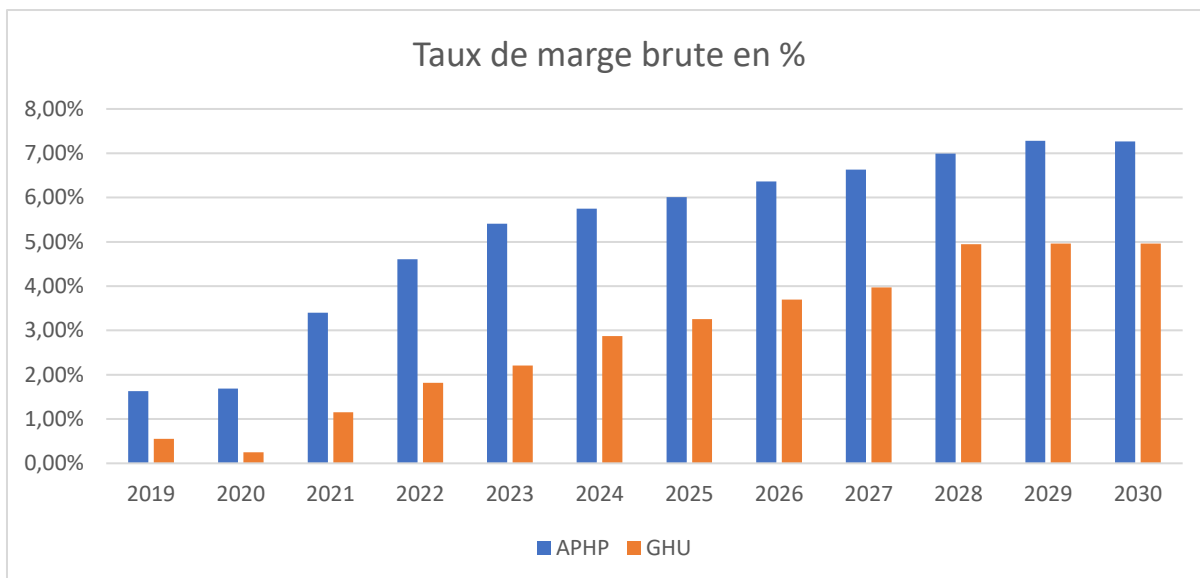
14.3 Les paramètres retenus permettent d'assurer la soutenabilité financière du projet

Le haut niveau de ROI lié au projet couplé au plan de transformation de l'APHP se traduit par le redressement rapide et continu de la situation financière du GHU et de l'APHP. Le taux d'évolution des dépenses nettes des gains (ROI et efficacité) est régulièrement inférieur au taux d'évolution des recettes.

Le déficit du budget principal de l'APHP tombe sous le seuil de 1 % à partir de 2023 (contre -3,1 % en 2020). Le déficit du budget principal du GH Paris-Saclay franchit ce seuil en 2027. L'équilibre est atteint en 2028 pour l'APHP et le GHU.

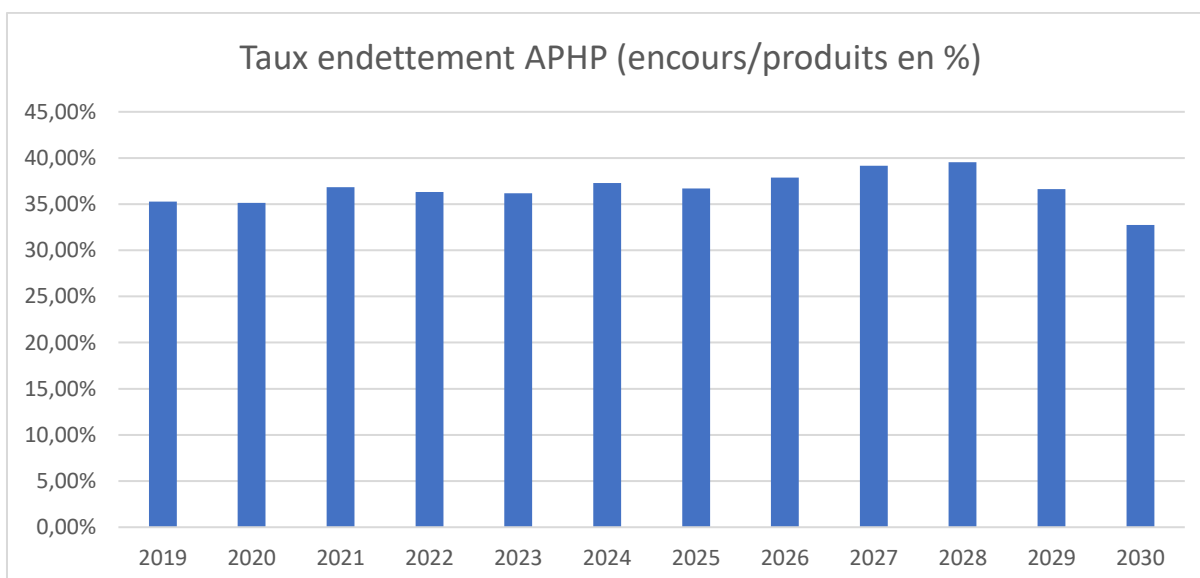


La marge brute se redresse rapidement (7% en 2030 contre 1,7 % en 2020 pour l'APHP, 4,8 % en 2030 contre 0,2 % en 2020 pour le GH Paris-Saclay). La marge couvre la charge annuelle de la dette dès 2021 pour l'APHP (+ 53 M€ en 2021 contre un solde négatif de 72 M€ en 2019). Le solde est également positif à partir de 2021 pour le GHU Paris-Saclay.



La marge brute, disponible après paiement de la charge annuelle de la dette, doit permettre de couvrir sans recourir à l'emprunt les investissements courants à hauteur d'environ 3 % des produits annuels. L'objectif est atteint en fin de période et dans tous les cas avant la mise en service du projet (2025 pour l'APHP et 2028 pour le GHU).

La trajectoire financière projetée par l'APHP montre une maîtrise réelle du taux d'endettement. L'encours de la dette rapportée aux recettes de l'APHP reste quasiment stable sur toute la période (35 % en 2019, 33 % en 2030, après avoir atteint un pic à 39,5 % en 2028). Le niveau d'endettement dépasse légèrement le ratio cible fixé par le code de la santé publique (30 %).



Il convient de noter l'obtention par l'APHP d'une subvention en capital de 200 M€ au titre du volet « restauration des capacités de financement » inscrit dans le Ségur de la santé. Cette aide a vocation à sécuriser la trajectoire de maîtrise de la dette de l'APHP.

Les ratios bilanciaux s'améliorent globalement. La trésorerie, négative en 2019 (-12 jours) devient positive à partir de 2024. Elle reste toutefois proche de 0 sur la période 2025-2030. Un moindre

prélèvement sur le fonds de roulement (qui tombe à 24 jours en 2030 contre 33 en 2019) est souhaitable. Un plus haut niveau d'endettement est une des solutions possibles. Cette hypothèse remettrait en cause le taux d'endettement plafond affiché (33 % en 2030).

Point de vigilance :

La trésorerie, négative en 2019 (-12 jours) devient positive à partir de 2024. Elle reste toutefois proche de 0 sur la période 2025-2030 f

Recommandation n°19 :

Fixer un objectif de trésorerie plus élevé pour avoir une marge de précaution plus grande en fin de période

14.4 La sécurisation du chiffrage et de la trajectoire doit être renforcée

Les paramètres constitutifs du PGFP des 2 échelons concernés (APHP, GHU) comprennent les taux d'évolution tendanciels, l'impact du projet sur le titre 4 de dépenses du compte de résultat, le ROI de l'opération et les gains de gestion liés au plan de transformation de l'APHP.

La combinaison de ces divers paramètres permet d'assurer la soutenabilité du projet. Les gains réalisés se traduisent par un net redressement de la situation respective du groupement et de l'APHP. La mise en service du nouveau bâtiment ne fragilise pas la situation financière de l'établissement.

Les hypothèses retenues, pour la plupart bien documentées, comportent toutefois une série de fragilités qui sont autant de risques qui pèsent sur la réalisation de la trajectoire annoncée.

Les risques identifiés sont de nature diverse.

Les principaux risques sont les suivants :

- la base d'entrée provisoire sur laquelle le dernier PGFP fournie (celui de 2021) a été construit est sensiblement différente des prévisions faites en 2019. Les réalisations définitives à fin 2020 actualisées sont plus dégradées qu'annoncé. Ce constat nuit à la crédibilité de la trajectoire elle-même. La situation de crise sanitaire empêche de tirer pleinement les enseignements de cette période quant aux facteurs réellement explicatifs de la non-réalisation des gains d'efficience annoncée ;

Recommandation n°20 :

Actualiser la base d'entrée et le début de trajectoire, au vu des réalisations les plus récentes

Prévoir les mesures correctrices au prorata des écarts observés

- les modalités d'articulation entre les 2 niveaux (GHU/APHP) sont peu documentées. Les 2 trajectoires de redressement (GHU et APHP) diffèrent fortement sans explication majeure. Le gain de marge brute hors aides est de 4,5 % entre 2020 et 2029 pour le GHU contre plus de 9 % pour l'APHP. L'APHP précise que le PGFP de l'APHP intègre 2 projets à très fort ROI (projets Hôpital Nord et Nouvel Lariboisière) ;

Ces projets expliqueraient l'amélioration plus importante de la trajectoire de l'APHP par rapport à celle du GHU. Les modalités d'imputation et de ventilation des actions d'efficience de l'APHP sur le GHU s'apparentent par ailleurs à une clé comptable. Il convient de mieux justifier les modalités de consolidation financière (gains, actions du plan efficience, tendancier) entre le niveau GHU et le niveau APHP ;

- les hypothèses du tendancier sont pour certaines assez optimistes (PGFP). La hausse totale d'activité, même si elle intègre l'impact du plan de transformation de l'APHP, au-delà du seul tendancier, dépasse largement les hypothèses démographiques associées au projet lui-même (+ 0,35 % par an)

Il serait souhaitable de corriger certains taux d'évolution à priori optimistes (recettes d'activité notamment) ;

- la trajectoire proposée offre très peu de visibilité sur la prise en compte de l'impact des réformes les plus récentes (réforme du financement des urgences, du SSR, de la psychiatrie, des tarifs journaliers de prestations) et des protocoles SEGUR. Le plan de financement proposé part d'un postulat de neutralité du Ségur salarial sur le PGFP. Cette hypothèse reste incertaine ;

Il faudrait mieux prendre en compte l'impact des réformes récentes, y compris le risque Ségur.

- la progression du taux de marge brute sur l'ensemble de la période est particulièrement forte. Son caractère continu sur une période aussi longue exigera un très haut niveau de maîtrise des dépenses. Le taux d'évolution de la masse salariale devra rester durablement proche de 0 % après gains d'efficience. Intégrer des hypothèses plus réalistes (masse salariale, dépenses hôtelières) pour crédibiliser la trajectoire de marge brute, et intégrer des mesures correctrices pour atteindre l'objectif initial constituent des pistes de sécurisation ;

- les risques de mise en œuvre des gains et du plan d'action sont réels compte tenu du caractère ambitieux des objectifs poursuivis. Les modalités opérationnelles de réduction des ETP associées au plan, l'impact du nouveau groupement (Paris-Saclay), l'impact des travaux sur le chiffre d'affaire ne sont pas documentés. Les mesures de maîtrise de ces risques et les mesures de couverture potentielles sont peu explicitées. Ces gains reposent majoritairement sur les recettes. Ce choix constitue un risque identifié de non-réalisation de la trajectoire prévue. Les mesures de couverture en amont de l'opération doivent être adoptées ;

- la trésorerie (niveau APHP) reste très limitée en fin de période. L'importance des prélèvements sur le fonds de roulement opéré constitue une des explications. Un prélèvement moindre sur le fond de roulement est sans doute à rechercher.

Conclusion et recommandations

Le projet porté par l'APHP et soumis à la contre-expertise du SGPI consistant à transférer intégralement les activités de l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches sur le site de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt constitue un enjeu important pour l'APHP dans la modernisation et la structuration de l'offre de soins sur l'ouest parisien.

Si le projet peut être caractérisé par une grande pertinence stratégique, il mobilise également des enjeux techniques de réalisation complexes compte tenu notamment d'un phasage d'opérations en site très densément occupé.

L'enjeu de soutenabilité financière est conditionné par un plan d'efficience particulièrement ambitieux dont les conditions de réalisation devront être davantage sécurisées.

La pertinence stratégique du projet repose tout d'abord sur la réponse apportée à la situation de vétusté et d'inadaptation du site de Raymond Poincaré. Elle repose ensuite sur le regroupement en site unique d'activités identiques ou complémentaires, desservant au sein d'un même GHU, un territoire de santé commun. Le nouvel ensemble ainsi constitué proposera une activité consolidée adossée aux orientations du SROS PRS, notamment sur le champ du neuro handicap, faisant du nouvel ensemble un acteur majeur du territoire en complémentarité de l'offre existante.

Sur ce champ disciplinaire, la création de l'UNV et les 30 lits de SSR post UNV localisés à Sainte Périne apparaissent particulièrement pertinents.

Le regroupement de disciplines existantes sur les deux sites (orthopédie, anesthésie) et surtout une projection capacitaire adossée à des standards pertinents tant sur les capacités d'hospitalisation que sur les capacités d'un plateau technique unique dans le futur projet, permettent une réduction de capacités et d'équipements générant des gains d'efficience en termes d'emplois.

Les enseignements tirés de la crise COVID ont amené la correction des projections capacitaires calculées en limitant la diminution du nombre de lits à 45 (hors périmètre UNV et SSR Sainte Périne), alors que cette diminution était de 74 dans la première version du projet.

Cette correction justifiée par le retour d'expérience aurait mérité d'être davantage documentée dans son niveau. Elle pose dans tous les cas la question de la pertinence des modèles de prévision capacitaires en cas de crises sanitaires, par nature imprévisibles dans leurs conséquences en termes de besoins de lits d'hospitalisation.

Sur un plan plus formel, l'évolution très sensible du projet par rapport à la version présentée initialement au COPERMO, aurait mérité un document stabilisé sur la version finale du projet, le document de présentation actuel compile les deux versions par ajouts successifs, rendant l'analyse du dossier et son suivi ultérieur, particulièrement complexe.

Au titre de la faisabilité immobilière et technique, si le projet apparaît pertinent en termes d'organisation spatiale et d'utilisation du foncier, il est cependant caractérisé par des contraintes et des fragilités liées à la réalisation du futur chantier.

Malgré les réserves formulées dans le rapport, il faut saluer l'évolution positive du dossier puisque l'APHP a pris en compte les recommandations de l'expertise menée par le COPERMO.

Ainsi, il faut souligner que le nouveau rapport amendé et remanié répond de façon très claire et lisible aux points de fragilité qui avaient pu être identifiés par le COPERMO.

La construction de deux bâtiments en extension (Nord et Sud) connectés au bloc-hôpital « historique » permet de développer toutes les surfaces nécessaires à la refonte totale du site et à la détermination des circuits patients bien adaptés aux filières du futur hôpital.

Sur le plan de la mise en œuvre du projet et de la conduite du chantier, il convient tout d'abord de rappeler que le projet NGAP « sature » le foncier du site d'Ambroise Paré.

Cette densification peut être perçue comme le fruit d'une bonne utilisation de l'espace disponible et d'une adaptation maximale aux contraintes du PLU. C'est effectivement le cas. Il faut toutefois souligner que la densité du futur bâti, la durée prévisionnelle du chantier (9 ans) et le phasage complexe des opérations vont générer des nuisances importantes en site occupé.

Le pilotage de cette opération des travaux et la gestion des différentes phases constituent donc un enjeu majeur pour sa réussite.

Au-delà du champ strict des surfaces et des coûts identifiés au titre des activités médicales, logistiques et de support, il conviendra également de finaliser dès que possible le schéma directeur technique qui est une des dimensions primordiales du projet afin d'en confirmer l'impact financier sur l'enveloppe globale d'investissement.

Toujours sur le plan du cadrage de cette enveloppe d'investissement, la relative faiblesse de certains ratios coût/construction retenus dans le cadre du projet NGAP dans un contexte prévisible de tension du secteur BTP en Ile de France doit inciter à une certaine vigilance sur le niveau de réponse aux appels d'offres qui seront lancés.

Enfin, un point d'attention particulier devra être porté sur le sujet du stationnement pour le personnel, 282 agents de Raymond Poincaré habitant une commune sans desserte de transport en commun avec le site d'Ambroise Paré.

Sur le plan de la soutenabilité financière, la combinaison des divers paramètres du plan global de financement pluriannuel permet d'assurer la soutenabilité du projet. Les gains potentiellement réalisés se traduisent par un net redressement de la situation respective du groupement et de l'APHP. La mise en service du nouveau bâtiment ne fragilise pas la situation financière de l'établissement.

Pour autant, l'enjeu et le montant du projet proposé par l'APHP nécessitent de renforcer la sécurisation de la trajectoire de financement.

Les hypothèses retenues, pour la plupart documentées, comportent en effet une série de fragilités qui sont autant de risques qui pèsent sur la réalisation de la trajectoire annoncée.

La capacité de l'institution et du GHU à tenir les objectifs affichés nécessite ainsi d'actualiser la base d'entrée et le début de trajectoire, au vu des réalisations les plus récentes et de prévoir les mesures correctrices au prorata des écarts observés.

Certains gains significatifs annoncés (personnel médical, progression des recettes...) et la méthode de mise en œuvre de ces gains (gestion des effectifs, modalités de dialogue social, plan de communication interne) méritent d'être davantage documentés.

En particulier, la part des réductions d'emploi liée au plan d'efficience global de l'APHP, insuffisamment documentée, nécessitera un accompagnement particulier et anticipé pour en faciliter l'acceptation sociale. Ce point concerne surtout le gain global annoncé sur les personnels médicaux, la situation actuelle des effectifs non médicaux à l'APHP (nombreux postes non pourvus) limitant l'acuité de cette observation.

Il apparaît également nécessaire de rééquilibrer le ratio recettes/dépenses appliqué aux gains annoncés (périmètre projet et hors projet) et de préciser les modalités de déclinaison et de ventilation des économies et recettes supplémentaires générées par le plan d'efficience de l'APHP sur le GHU lui-même pour sécuriser la trajectoire annoncée.

Enfin, il serait opportun d'intégrer de façon plus réaliste l'impact de l'inflation dans le tendancier annoncé (en particulier pour les titres 1 et titre 3 de dépenses) et de prévoir ainsi des compensations adaptées, afin de sécuriser davantage le fond de roulement et la trésorerie

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1

Nous recommandons la rédaction d'un dossier de présentation basé uniquement sur la version actualisée du projet de façon à en faciliter le suivi ultérieur.

Recommandation n°2

Nous recommandons un accompagnement spécifique sur la question des parkings disponibles sur le futur site, car, 282 agents sur les 1.312 que compte l'hôpital Poincaré résident dans 82 communes qui n'offrent pas de desserte en transport en commun vers Ambroise-Paré.

Recommandation n°3

Le caractère peu documenté des gains d'efficience en termes de personnel médical (3, 7 M€) et de personnel non médical dans le cadre de la contribution du plan d'efficience de l'APHP au projet, sont susceptibles de générer une séquence de dialogue social délicate lors de la phase de réalisation effective. Nous recommandons donc une évaluation plus précise de la cartographie des suppressions d'emploi envisagée et un accompagnement aussi concerté que possible sur ce thème nécessairement sensible dans le contexte actuel.

Recommandation n°5

Au titre de la conduite de ce chantier complexe, nous recommandons d'être particulièrement attentif à la teneur de la mission Ordonnancement Pilotage Coordination qui sera primordiale dans le déroulement de cette opération. Le montant de ce poste de dépense ne devra pas être sous-évalué. Il existe également un risque de fractionnement de cette mission puisque l'APHP prévoit de lancer 3 consultations pour la passation de marchés globaux sectoriels.

Recommandation n°6

Sur la question sensible du PLU, la dernière faisabilité NGAP validée par l'APHP date de juin 2021 et le rapport socio-économique datant de juillet 2021, nous attirons l'attention sur la nécessité de lever toute discordance potentielle entre la dernière version du projet NGAP et les dispositions du PLU dont la dernière actualisation semble dater de décembre 2018.

Recommandation n°7

Concernant le pilotage du dossier NGAP, nous ne doutons pas de la capacité des services d'ingénierie et de conduite de travaux de l'APHP à mener une opération de cette ampleur mais nous souhaitons attirer l'attention sur les difficultés qui ne manqueront pas de survenir dans un contexte de travaux en site occupé. Une structure de pilotage étoffée devra être constituée pour toute la durée de l'opération.

À ce titre, par exemple, la mission du coordonnateur Sécurité Protection de la Santé sera déterminante. Nous recommandons également vivement d'associer le plus en amont possible le service d'hygiène hospitalière. Il s'agit notamment de prendre en compte le risque aspergillaire lors des phases de fouille et de terrassement.

Dans le cadre du projet NGAP les secteurs de réanimation et de soins critiques, mais surtout le bloc opératoire et les secteurs de réanimation seront vulnérables dans un contexte de grande proximité entre le chantier et les services qui demeureront en fonctionnement.

Recommandation n°8

L'implantation de la base vie constitue un préalable indispensable au démarrage du chantier. Nous prenons acte des démarches en cours qui démontrent que l'établissement a bien pris en compte cette question.

Nous recommandons toutefois que la question de l'implantation de la base vie et des zones d'approvisionnement soit tranchée le plus en amont possible afin d'éviter un dérapage éventuel du phasage du projet et d'en mesurer un possible impact financier.

Recommandation n°9

L'établissement précise que le schéma directeur technique du site est en cours de programmation. Il est également indiqué que les études techniques seront terminées à la fin du premier semestre 2022.

Nous recommandons donc que l'impact financier du programme technique fasse l'objet d'un suivi spécifique par l'ARS IDF afin d'une part d'en évaluer l'exhaustivité et d'autre part, de vérifier la compatibilité du montant de ce programme technique avec l'enveloppe de travaux identifiée à ce jour (pour rappel : 7,56 M€ TDC VFE).

Recommandation n°10

Compte tenu de la faiblesse de certains ratios, il existe un risque de dépassement de l'enveloppe prévisionnelle.

L'ampleur de ce risque ne peut bien sûr être à ce jour précisément évaluée ou documentée mais le contexte de l'activité du BTP en IDF lors de la phase de lancement des consultations sera probablement très tendu notamment en raison de la concomitance de programmes d'autres grands opérateurs (Grand Paris, JO 2024 voire autres opérations hospitalières...).

Nous préconisons donc un suivi rapproché entre l'APHP et l'ARS IDF de la trajectoire entre le coût prévisionnel des travaux et les résultats des appels d'offre notamment lors des phases 1 et 2 du projet NGAP.

Recommandation n°11

Sécuriser le ROI proposé en rééquilibrant le ratio recettes / dépenses.

Recommandation n°12

Préciser de façon plus explicite le lien entre le capacitaire (DMS, taux d'occupation des lits, ambulatoire, stabilité du capacitaire global) et les gains en charges et recettes proposées.

Recommandation n°13

Compléter l'évaluation des économies d'énergie et de maintenance par une estimation des surcoûts inévitables liés à un bâtiment neuf : technicité des installations à maintenir, climatisation, normes plus exigeantes etc....

Recommandation n°14

Documenter les modalités de déclinaison par site géographique des gains d'efficience du plan d'action APHP hors périmètre du projet, mieux justifier les modalités de consolidation financière (gains, actions du plan efficience, tendanciel) entre le niveau GHU et le niveau APHP, et sécuriser le plan d'actions APHP par un ratio recettes/dépenses plus équilibré.

Recommandation n°15

Documenter les gains liés aux charges de personnel médical (3,7 M€).

Recommandations 16 et 17

Corriger certains taux d'évolution à priori optimistes (recettes d'activité notamment), intégrer des hypothèses plus réalistes après prise en compte de l'inflation (masse salariale, dépenses hôtelières) pour crédibiliser la trajectoire de marge brute, et intégrer des mesures correctrices pour atteindre l'objectif initial, identifier les risques, identifier les risques (modalités de dialogue social peu explicitées pour accompagner les réductions d'effectifs, impact des travaux sur le chiffre d'affaires, part des recettes dans les gains) et les mesures de couverture en amont de l'opération.

Recommandation n°18

Tenir compte de l'impact des réformes de financement récentes y compris le Ségur.

Recommandation n °19

Fixer un objectif de trésorerie plus élevé pour avoir une marge de précaution plus grande en fin de période.

Recommandation n°20

Actualiser la base d'entrée et le début de trajectoire, au vu des réalisations les plus récentes.

Prévoir les mesures correctrices au prorata des écarts observés.