

**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet du Grand Hôpital Régional des Enfants
Site de Purpan du CHU de Toulouse**

Mai 2024



Préambule

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

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

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par les réponses apportées aux questions des contre-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.

Table des matières

Introduction	4
L'offre de soins et le projet médical	5
Le volet technique et immobilier	12
La soutenabilité financière du projet	23
Conclusion.....	34

Introduction

Le CHU de Toulouse a présenté un dossier d'investissement comprenant deux opérations majeures :

- La transformation de l'actuel hôpital des Enfants du site de Purpan en un Grand Hôpital Régional des Enfants (GHRE),
- Le projet du Nouvel Hôpital de Rangueil (NHR), soit la réorganisation du site de Rangueil avec le transfert des activités adultes de Larrey.

Suite à l'examen des dossiers par le comité de pilotage de l'investissement sanitaire, le périmètre de la contre-expertise concerne le seul projet pédiatrique GHRE, le projet NHR n'ayant pas été validé en étape 1.

Le projet GHRE, estimé pour la partie travaux à 170 M€ TDC valeur fin de chantier, est une opération complexe qui associe construction neuve - une extension dédiée à la néonatalogie dans le prolongement de la maternité - pour les deux tiers de la dépense et réhabilitation lourde ou légère selon les secteurs concernés de l'actuel hôpital des enfants pour le solde.

1. L'offre de soins et le projet médical :

Le CHU de Toulouse présente un projet pédiatrique ambitieux qui se fonde sur l'analyse de l'offre de soins actuelle, anticipe une progression démographique notable et se projette dans des besoins croissants de la population.

Le CHU occupe une place majeure dans son territoire : sa zone de recrutement dépasse le département de la Haute Garonne et concerne une population de l'ordre de 2.000.000 d'habitants. Il assure des missions de proximité qui bénéficient de l'attractivité du bassin toulousain : à titre d'exemple, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) pédiatriques connaît une activité en progression de 22% entre 2017 et 2022.

En tant que CHU et école de médecine, il rayonne sur toute la moitié Ouest de la région Occitanie dont il forme les médecins et offre à sa population des soins de recours dans nombre de spécialités.

Le CHU dispose de la seule maternité de niveau 3 de la demi-région dont l'activité se situe au-delà de 5.000 accouchements par an ; à ce titre, il est le seul établissement à prendre en charge les nouveau-nés en réanimation néonatale en cas de besoin. Au chapitre des soins critiques pédiatriques, le CHU est également le seul établissement de santé à disposer d'une réanimation pédiatrique.

Par ailleurs, les surspécialités tant chirurgicales que médicales proposées par le CHU sont véritablement des activités de recours, dont certaines d'ailleurs étendent leur champ d'action sur l'ensemble de la région.

La Haute Garonne qui est le territoire le plus peuplé de la région doit connaître une évolution positive pour atteindre 1.700.000 habitants à horizon 2050 soit une progression de 17 à 18 % ; ainsi, ce département à la moyenne d'âge d'ores et déjà inférieure à celle de la région va continuer de susciter un niveau élevé de recours à l'offre sanitaire en obstétrique, en néonatalogie et en pédiatrie.

Par ailleurs, il convient de souligner plusieurs éléments de nature à favoriser le recours au CHU :

- Si à ce jour l'offre pédiatrique de première intention se situe à un niveau élevé avec un nombre de pédiatres de ville supérieur au reste du territoire français, la moyenne d'âge de ces pédiatres se traduira dans la période considérée par une diminution sensible du nombre de spécialistes.
- La faiblesse de l'offre pédiatrique des hôpitaux publics de la région est de nature à augmenter le recours aux services du CHU et cela en dépit d'un secteur privé décrit comme très concurrentiel.

Ces données confortent à la fois le rôle de proximité et de recours du CHU.

Le projet médico-soignant :

Avertissement : le projet médico-soignant est composé d'une première partie de synthèse « Fiche de présentation CNIS » et d'annexes qui décrivent les projets médicaux des services concernés par l'opération. Cette somme développe un projet hospitalo-universitaire d'excellente qualité à la hauteur des enjeux. Toutefois, il est souligné que dans la très grande majorité des monographies, les données chiffrées s'arrêtent à 2019. Il est certes communément admis de faire apparaître l'année 2019 comme année de référence en matière d'activité hospitalière au regard de la période épidémique mais d'une part c'est moins pertinent pour la pédiatrie et d'autre part c'est se priver d'une vision de la période actuelle qui fait défaut pour bien apprécier les développements

capacitaires futurs. A la question posée par la contre-expertise relative au nombre de lits ouverts en 2023, le CHU a indiqué des taux d'occupation, ce qui ne répond pas à la question posée.

Les disciplines médicales :

Cardio pédiatrie :

Les perspectives de développement des activités sont bien précisées au plan des thématiques et de la croissance. Les collaborations avec la maternité, la néonatalogie et la chirurgie sont bien mises en exergue ainsi que les circuits et les proximités qu'elles induisent.

Diabétologie pédiatrique :

Le développement du diabète de type 1, l'activité de mise en place de pompes à insuline, le recours croissant à l'éducation thérapeutique et les interactions avec les autres disciplines médicales du CHU (pneumo, hémato, réanimation) sont bien documentés.

Douleur et soins palliatifs :

Les activités transversales Douleur et Soins palliatifs sont bien explicitées dans leur fonctionnement et intégrées aux différentes prises en charge.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

L'équipe mobile connaît une progression d'activité continue qui requiert des moyens complémentaires ; pour autant cela ne se traduit pas par la demande de création d'unités dédiées.

Gastroentérologie Hépatologie, Nutrition, Métabolisme :

Les besoins définis en nombre de lits semblent tout à fait appropriés au regard des activités multiples développées dans le service et de l'offre de soins externe.

Néphrologie, médecine interne-rhumatologie-pédopsychiatrie :

Ces activités de recours sont prises en charge en hospitalisation partielle, traditionnelle et bien sûr en ambulatoire. L'augmentation prévisionnelle de l'activité de dialyse (demande de + 6 postes) ne se traduit pas in fine par une hausse du capacitaire.

Pneumologie, allergologie, sommeil :

Les activités sont à la fois de proximité et contingentes des épidémies hivernales et de recours avec la prise en charge de l'asthme, de la mucoviscidose et de maladies rares. Le projet médical décrit clairement l'augmentation de plusieurs segments de la discipline et les besoins exprimés en lits d'HC (18) ou de places d'HDJ (10) paraissent adaptés.

Endocrinologie, obésité, maladies osseuses, génétique et gynécologie médicale :

Les perspectives de croissance de ces activités très spécialisées justifient une hausse modeste des capacités en HDJ (+2) et en HDS (+ 1 à 2).

Hématologie et onco-immunologie :

Le CHU prend en charge toutes les pathologies – hématologiques et tumeurs solides- par accord avec le centre de lutte contre le cancer C Bernard. Il n'y a pas de concurrence du privé.

L'augmentation de l'activité est significative y compris pour les pathologies hématologiques non malignes. Le service fonctionne avec 20 lits d'HC dont 4 de semaine et 10 places de jour. Au regard de la croissance du nombre d'enfants dans la région, le projet médical prévoit une extension capacitaire importante étayée : soit passer à 22 lits à horizon 2029 en HC et à 14 places en HDJ en 2029.

La pédiatrie générale et les urgences pédiatriques :

Les urgences pédiatriques :

Le SAU pédiatrique a enregistré 51 636 passages en 2017, 53 515 en 2019 et 55 061 en 2021 ; dans le prolongement d'une augmentation continue dans les années passées et en se fondant sur les perspectives démographiques, le projet médical bâtit une prospective comprise entre 60 126 et 88 334 passages à horizon 2027 et retient une cible moyenne de 73 000 passages. La fourchette basse de 60 000 passages semble atteignable en 2027 ; si la cinétique n'est pas aussi rapide que prévu, il y a cependant une réserve de croissance dont il faut tenir compte pour l'avenir.

La description du futur SAU fait apparaître un besoin de 24 lits, soit + 10 pour le secteur « couchés » et de 20 box pour le parcours ambulatoire. L'ensemble est calibré pour l'hypothèse d'activité la plus haute.

Le dimensionnement du secteur de déchocage paraît correct ainsi que l'expression des besoins pour les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique.

Une UHCD de 12 lits, bien dimensionnée, complète le SAU.

La pédiatrie générale :

L'unité de pédiatrie générale assure l'aval du SAU ; elle comprend 20 lits, extensible à 24. La croissance prévisionnelle du nombre de passages a donc un impact direct sur le dimensionnement futur chiffré à 32 lits ; le capacitaire est arbitré à 24, ce qui tient compte de l'UHCD précitée.

La néonatalogie et les soins critiques :

La néonatalogie :

Le projet médical met en avant à juste titre l'insuffisante capacité de la réanimation néonatale pour une maternité de type 3 de plus de 5 000 accouchements ; il est ainsi prévu une augmentation de + 12 lits pour la partie réanimatoire et le maintien des capacités de soins intensifs à 21 et de néonatalogie standard à 16 lits.

L'implantation de la réanimation en contiguïté de la maternité est un impératif du décret organisant les activités de néonatalogie.

Les soins critiques :

La réanimation pédiatrique diminue au global de 2 lits mais l'extension de la réanimation néonatale dont une partie par transfert de la réanimation pédiatrique lui redonne en fait des capacités pour les autres patients à hauteur de + 8 lits.

Les disciplines chirurgicales :

Projet céphalique et neurochirurgical :

Le projet des disciplines « tête et cou » pose le problème spécifique des équipes à activité mixte adulte et pédiatrique ; les différentes équipes optent pour le transfert dans le GHRE mais évoquent les besoins en renfort de personnels médicaux. Les médecins retiennent le principe d'une unité mutualisée pour 4 spécialités.

Le CHU indique que seule l'activité ophtalmologique se poursuivra à l'hôpital PP Riquet en raison de l'unicité du plateau technique d'OPH.

Chirurgie orthopédique et viscérale :

Ces deux disciplines historiquement liées au sein de l'hôpital des enfants continueront d'exercer en partenariat au sein des lits mutualisés qui accueilleront également les activités pédiatriques transférées de PP Riquet ; elles ambitionnent de pouvoir développer encore leur secteur ambulatoire, ambition qui se traduit par l'augmentation des places de chirurgie ambulatoire. Enfin ces deux disciplines vont devoir accompagner la hausse prévisionnelle des urgences pédiatriques à fort impact et la transformation des lits d'hospitalisation de semaine au profit de lits d'HC traditionnels ouverts 7 jours/7 permet de récupérer du capacitaire supplémentaire.

Bloc opératoire :

Le projet inclut l'extension du bloc opératoire de 2 salles pour un total de 10 salles. Au regard des projections d'activité, cette perspective est cohérente.

Le tableau ci-après montre le principe de regroupement de toutes les activités chirurgicales pédiatriques dans GHRE hors l'ophtalmologie.

REGROUPEMENT ACTIVITES CHIRURGICALES PEDIATRIQUES

(Hors O.P.H)

SITUATION ACTUELLE	G.H.R.E
<p>HC</p> <p><u>Hôpital d'enfants :</u></p> <p>20 lits (ortho-viscéral) (R+2 HE) 16 lits HDS (ortho-viscéral)</p> <p>----- 36</p> <p><u>Hôpital PP Riquet :</u></p> <p>8 lits (neuro-chir- ORL - OPH - CMF) <ul style="list-style-type: none"> • Au sein de l'unité pédiatrique de 16 lits </p>	<p>32 lits HC (2 X 16 lits)</p> <p>+ 16 lits soins continus chirurgicaux</p>
<p>H.D.J</p> <p><u>Hôpital d'enfants :</u></p> <p>10 places (ortho - viscéral - odonto) (R+1 HE) 2 places (ortho viscéral) (R+1 HE)</p> <p><u>Hôpital PP Riquet :</u></p> <p>5 places (ORL - CMF - OPH - odonto) (R+4 PPR)</p>	<p>20 places (R+1 G.H.R.E)</p> <p>2 places (futur plateau ambulatoire mutualisé)</p> <p>Hors OPH</p>

Capacitaire Synthèse :

Au total, la progression capacitaire en lits et places de jour est importante qui se situe à + 25 % environ, étant précisé que les besoins exprimés dans le projet médical ne se retrouvent pas nécessairement, après arbitrage sans doute, dans les tableaux récapitulatifs.

Elle repose sur des projections d'activité ambitieuses qui représentent la fourchette haute possible ; il convient de rappeler toutefois que plusieurs surspécialités de pédiatrie proposées par le CHU sont uniques dans le territoire et ont vocation à se renforcer dans un contexte démographique favorable.

Un tableau annexé postérieur aux projets médicaux de service recense l'activité jusqu'à l'année 2022 incluse. Il apparaît que l'activité chirurgicale suit une tendance légèrement baissière pour ce qui concerne l'HC et une diminution plus marquée en HP ; pour la médecine et les urgences la tendance à la hausse est marquée voire très importante.

La mise à niveau des capacités de néonatalogie, soit la principale hausse de l'offre du projet GHRE, paraît adaptée au regard de la situation actuelle et permet de bien individualiser la prise en charge des nouveaux nés en réanimation néonatale et celle des enfants en réanimation pédiatrique également redimensionnée.

Le dynamisme de l'activité des urgences pédiatriques est notable qui justifie une cible haute à terme.

Les ressources humaines :

Les perspectives de majoration du nombre d'emplois relèvent d'un volontarisme remarquable tant pour les personnels non médicaux que médicaux.

S'agissant du PNM (IDE et AS) au lit du patient, la cible GHRE s'élève à + 97,30 effectifs par rapport à la situation actuelle, soit une augmentation de + 16,5 % à mettre en regard des + 25 % du capacitaire ; l'augmentation concerne naturellement en premier la néonatalogie et les soins critiques.

En revanche l'hospitalisation traditionnelle de chirurgie et de médecine est en baisse (- 3,64 ETP), baisse qu'il convient de rapprocher des prévisions d'activité à la hausse précédemment analysées.

Pour les autres activités, une hausse de + 45,24 PNM, essentiellement des IDE, est mentionnée.

A noter : le CHU indique ne pas anticiper de difficultés pour recruter tous ces personnels diplômés compte tenu de son attractivité

Les efforts de réorganisation, l'adoption par certains services de schémas horaires en 12 H, les optimisations permettent de mettre en œuvre des mesures d'efficience pour les activités de soins et les activités support. Dans ce secteur, une baisse du nombre de secrétaires médicales est prévue à hauteur de - 10 ; l'accueil et la logistique doivent contribuer à hauteur de - 19 ETP. Outre les difficultés de fonctionnement qu'elles peuvent entraîner, ces mesures demandent un accompagnement RH et un dialogue social soutenus pour en garantir l'acceptabilité et, partant, la réalité à terme.

S'agissant du PM, le renforcement des activités en croissance est quasiment inexistant pour les disciplines médicales et chirurgicales.

L'augmentation de + 3,90 pour la néonatalogie avec une cible de 15,50 est très modeste pour une réanimation et une unité de soins intensifs de + de 40 lits, sans oublier les lits « standard ». Le CHU indique qu'il est prévu de doubler la garde de sénior et le maintien de l'astreinte pour assurer la permanence des soins.

Une cible de 14,90 anesthésistes en progression de + 3,40 pour assurer à la fois le bloc opératoire, la SSPI, les consultations et les soins continus semble également très productive.

L'effectif des urgentistes paraît aussi très optimisé et en progression contenue.

Synthèse :

Le CHU porte un projet pédiatrique universitaire ambitieux pour la région Occitanie, qui vise à répondre aux besoins de la population dont la croissance à long terme est documentée.

C'est un projet de développement qui requiert des ressources humaines importantes pour atteindre les cibles d'activité élevées projetées.

Les recommandations qui peuvent être formulées à ce stade sont les suivantes :

1. Anticiper les recrutements et la consolidation des équipes médicales,
2. Anticiper selon le calendrier de déploiement des différentes tranches de l'opération les recrutements des professionnels paramédicaux,
3. Accompagner dans le temps les équipes dans les changements organisationnels et managériaux et singulièrement la mise en place des mesures d'efficience,
4. Mettre en place au niveau de l'ARS un pilotage de suivi des principaux éléments et indicateurs du projet.

2. Analyse du volet immobilier et technique

2.1. Contexte général patrimonial

Au cœur de la région Occitanie Ouest et d'une agglomération au taux de croissance démographique soutenu, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse est un établissement public de santé qui assure autant une activité de proximité forte, sur l'agglomération toulousaine qu'une activité de recours et de référence ainsi que de recherche. Il est centre de référence sanitaire et d'enseignement de neuf départements.

Le CHU de Toulouse comprend plusieurs sites dédiés à des activités de soins : l'Hôtel-Dieu, La Grave, Purpan, Rangueil, Larrey, Salies du Salat. A cela s'ajoute en 2014, l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, centre dédié à la lutte contre le cancer et de soins en oncologie et hématologie.

Les activités logistiques des différents sites du CHU sont centralisées sur Cugnaux, où se trouve la plateforme Logipharma et dans la zone industrielle du Chapitre où sont regroupés les services de restauration, blanchisserie et stérilisation.

A l'origine, les hôpitaux de Purpan et de Rangueil étaient des hôpitaux miroirs, avec des spécialités identiques, pour Toulouse Sud et Toulouse Nord. La stratégie a été de mettre fin à cette organisation afin de créer des centres d'expertise localisés.

Par conséquent, le site de Purpan est aujourd'hui consacré aux spécialités prenant en charge la structure osseuse et nerveuse du corps humain ; tandis qu'à Rangueil et Larrey est regroupée la médecine des organes.

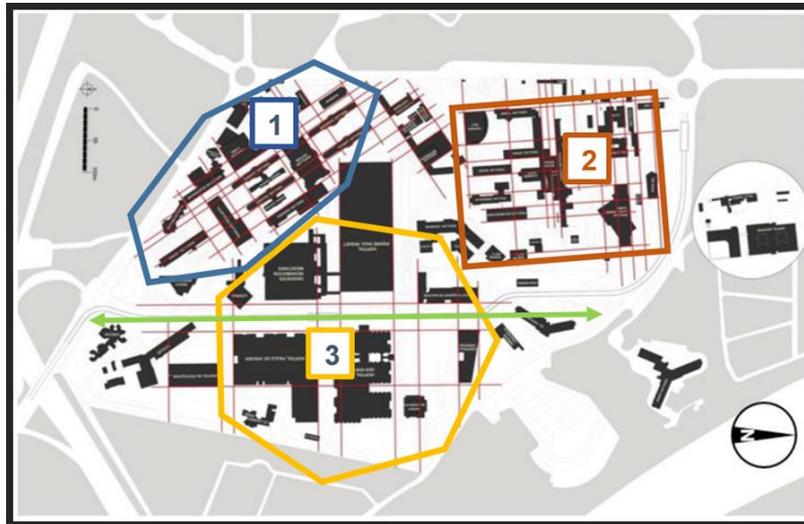


Le projet faisant l'objet de la présente contre-expertise se situe sur le **site de Purpan** et ne concerne que le bâtiment « Hôpital des enfants » nommé pour le projet **Grand Hôpital Régional des Enfants**.

2.2. Analyse du site – Identification des enjeux – Méthode

Le site a connu plusieurs périodes de construction et d'évolution (voir figure ci-dessous) :

- Période d'avant-guerre avec 60.000m² de bâtiment (1)
- Période d'après-guerre avec 150.000m² de bâtiment (2 - extension vers le Nord)
- Période 1990-2010 avec 380.000m² de bâtiment (3 - extension vers la partie basse du site). **C'est cette partie basse du site qui concerne le projet analysé.**



L'aménagement en troisième phase en partie basse du site « Purpan bas » a permis de mettre en place une desserte avec un axe ouvert sur la ville par la ligne de tramway le long de l'Allée Jean Dausset (axe vert). **Cet axe distribue les flux visiteurs sur les derniers bâtiments réalisés avec une grande accessibilité et lisibilité.**

Parmi ces bâtiments récents de cette troisième phase, on trouve à l'Ouest de l'Allée Jean Dausset, le bâtiment Urgences Réanimation Médecine et le bâtiment Pierre Paul Riquet. De l'autre côté de cet axe, on trouve principalement :

- l'Hôpital Paule de Viguier (PDV) qui regroupe les activités de :
 - o Obstétrique
 - o Gynécologies médicale et chirurgicale, ménopause, maladies osseuses et métaboliques
 - o Médecine de la reproduction
- **l'Hôpital des Enfants (HE) qui regroupe :**
 - o Toutes les spécialités de pédiatrie (urgences, soins critiques, imagerie, blocs opératoires, médico-technique, ambulatoires, hospitalisations, tertiaire, logistique).

Le travail s'appuie sur un bon diagnostic du site qui a permis de correctement identifier les enjeux, notamment sur les thématiques suivantes :

A. Les accès et flux pour ce site en cœur de ville :

Depuis cette organisation générale des flux sur le site, un objectif est fixé dans le préprogramme pour séparer et organiser les flux dès l'extérieur de l'ensemble construction/restructuration projeté :

- Des zones de stationnement réservé de proximité pour la dialyse, les ambulances, les hôpitaux de jour de médecine et d'oncologie, les urgences, etc...
- Une zone de fonctions logistiques et flux correspondants entre l'Hôpital des Enfants et l'Hôpital Paule de Viguier,

- Des points d'entrée distincts par fonctions : hall d'entrée principal pour les visiteurs et patients en ambulatoire, accès urgences valides, accès urgences couchés, accès garage SMUR, accès pour le personnel, accès pour le service mortuaire, accès pour la logistique.

B. Une bonne cartographie et analyse des forces et faiblesses du patrimoine bâti a permis de parfaitement distinguer les bâtiments sur lesquels le CHU a vocation à s'appuyer pour y implanter son projet.



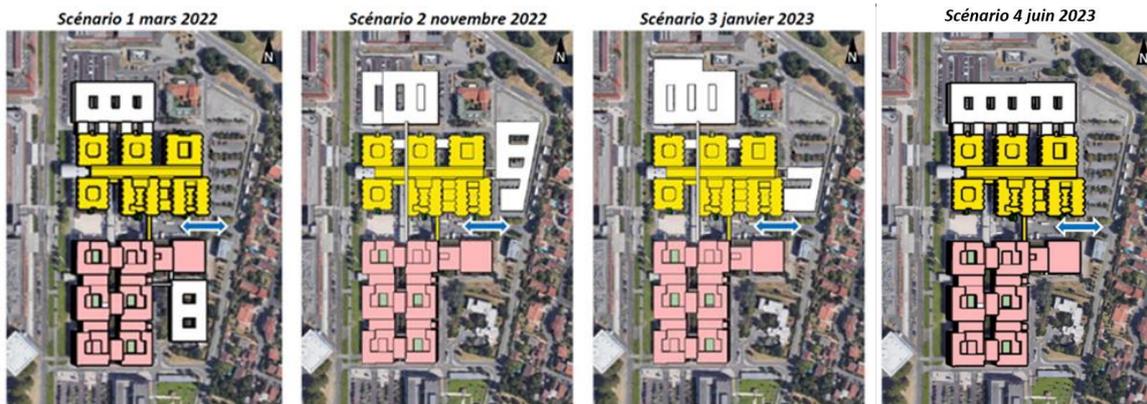
L'Hôpital des Enfants (HE) encadré en rouge sur l'image, dispose de certaines possibilités d'extension sur l'emprise de parcs de stationnement représentés en bleu (d'une part, le parking P2 de 300 places au Nord et d'autre part le parking Personnel de 165 places à l'Est).

Les bâtiments d'hébergement des Familles « Le Laurier rose » et d'hébergement des parents « Maison des parents MacDonald », en contiguïté de ces parcs de stationnement, viennent assurer les fonctions d'hôtellerie pour les familles et accompagnants et sont confortés dans ces fonctions.

L'analyse patrimoniale du site et des bâtiments existants concernés par le projet a été correctement menée. **La pertinence du projet d'extension / rénovation du Grand Hôpital Régional pour Enfants du CHU de Toulouse est donc avérée.**

2.3. Analyse des différents scénarios

Quatre scénarios d'implantation ont été envisagés. Ils ont été comparés méthodiquement selon différents critères (faisabilité, flux, phasage, connexion des bâtiments, coût, surfaces, ...). Les trois premiers scénarios sont issus du travail réalisé par l'établissement en lien avec son assistant à maîtrise d'ouvrage. Le quatrième a été proposé dans le cadre de l'expertise - étape 2 réalisée par le CSIS.



Chacun des trois premiers scénarios prévoient deux constructions indépendantes en extension des bâtiments Paule De Viguier et l'Hôpital des Enfants ainsi que des restructurations / rénovations dans l'Hôpital des Enfants :

- Scénario 1 : extension sur le Laurier rose et une extension sur parking P2,
- Scénario 2 : extension sur parking Personnel et une extension sur parking P2,
- **Scénario 3** : extension limitée sur parking Personnel et une extension plus importante sur parking P2.

Un quatrième scénario qui conserverait les avantages du scénario 3 et pour lequel il y aurait une seule opération de construction neuve au Nord de l'Hôpital des Enfants sur le parking P2 et dans lequel toute la réserve foncière serait préservée à l'Est, ainsi que le parking Personnel avec ses 165 places a été discuté et « refusé » par l'établissement.

Les arguments mis en avant sont les suivants :

- Non construction d'une extension à l'Est :
 - L'implantation intégrale du service de NN au sein d'HE repousse dans tous les cas la livraison du service d'au moins une phase de restructuration lourde d'un des plots (soit près de 12 à 18 mois),
 - Le service de Néonatalogie, abritant parmi les patients les plus fragiles de l'hôpital des Enfants, serait maintenu en tension constante pendant la durée des travaux de restructuration lourde des plateaux.
- Relogement de la Maison des Parents :
 - A ce jour le bâtiment donne entière satisfaction aux utilisateurs,
 - Le surcoût de cette opération représente 5,5M€ TDC,
 - Le bâtiment appartient à un tiers (Fondation Ronald McDonald) qui assurera donc la maîtrise d'ouvrage en cas d'opération de travaux,
 - Cette opération fait peser un risque supplémentaire sur le planning général de l'opération.

C'est donc le scénario 3 qui a été retenu pour le projet.

Différents scénarios ont été étudiés. Le scénario 3 retenu permet de prendre en compte les différentes contraintes et enjeux identifiés (patrimoine, déclivité du site, axes de dessertes...) et de répondre aux enjeux médicaux, tout en favorisant les connections entre les bâtiments.
Le scénario 4 - mono extension - aurait mérité une analyse plus approfondie de la part de l'établissement, le surcoût présenté étant faible à l'échelle du projet et aurait été compensé par une unité de lieu pour l'extension générant vraisemblablement des optimisations.

2.4. Le schéma d'organisation spatial

Le schéma d'organisation spatial au sein du nouvel ensemble Grand Hôpital Régional pour Enfants s'appuie sur des liaisons fonctionnelles privilégiées parfaitement décrites. Les éléments se sont construits avec les évolutions capacitaires du projet notamment pour les plus importantes en néonatalogie, aux urgences et en surveillance continue. Le projet conserve aussi ces forces actuelles, comme le lien par passerelle entre le bâtiment Paule de Viguié permettant de mettre en continuité la néonatalogie du GHRE et la maternité.

De plus, la notion d'évolutivité a été prise en compte avec un fonctionnement des secteurs en "accordéons" permettant d'adapter l'offre de soins aux besoins et aux variations d'activité saisonnière.

L'implantation des unités de soins a été réalisée en cohérence avec les parcours de soins.

Ainsi l'implantation des lits d'USC (médicale) au sein du GHRE permet leur regroupement sur une même entité à proximité de la réanimation facilitant ainsi les parcours des enfants en décompensation organique.

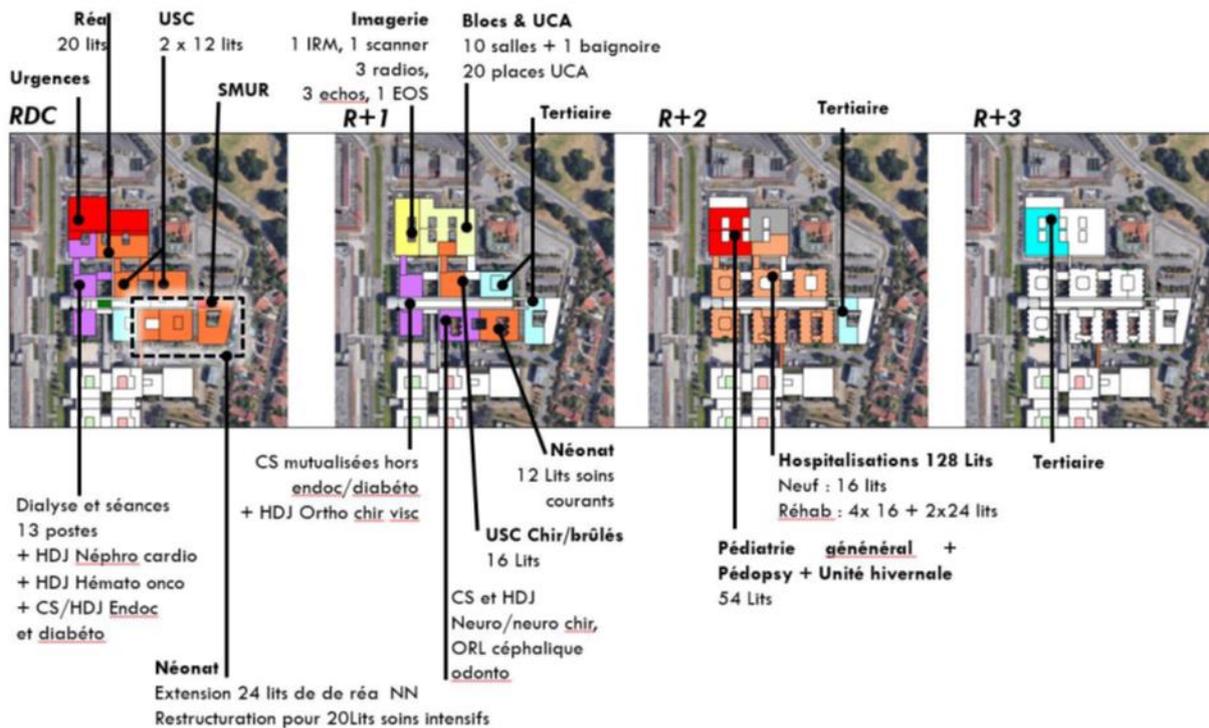
La restructuration du service de néonatalogie s'inscrit aux côtés des autres spécialités médicales dans les recommandations de prise en charge et d'accompagnement des 1000 premiers jours, avec une réanimation étendue pour accueillir les nouveau-nés de la seule maternité de niveau 3 de l'Occitanie Ouest.

Ainsi, l'implantation des urgences au rez-de-chaussée et près de la maison médicale de garde reprenant l'implantation initiale est cohérente pour faciliter les prises en charge des patients les plus aigües mais aussi pour offrir au public un accès facilité.

Le bloc opératoire est positionné dans une cohérence des activités d'anesthésie comme l'imagerie ou l'Unité de Soins Continus prenant en charge les enfants brûlés, regroupant ainsi des ressources humaines rares en anesthésie.

Enfin la segmentation du plateau ambulatoire avec l'Hôpital de Jour d'endocrinologie, diabétologie, hématologie oncologie sur un étage différent de l'HDJ neurologie, neurochirurgie, ORL et odontologie peut être source de parcours patients moins lisible.

L'établissement a favorisé les HDJ chirurgicaux près des blocs opératoires au second étage et les HDJ médicaux au rez-de-chaussée. L'implantation de la dialyse au rez-de-chaussée est rendue nécessaire par les contraintes techniques en lien avec ces secteurs. Il est cohérent de positionner l'HDJ de néphrologie en périphérie pour optimiser les temps médicaux.



Le schéma d'organisation spatial au sein du nouvel ensemble Grand Hôpital Régional pour Enfants s'appuie sur des liaisons fonctionnelles privilégiées parfaitement décrites. **L'implantation des unités de soins a été réalisée en cohérence avec les parcours de soins.**

2.5. Analyse du dimensionnement surfacique et évolutivité

L'analyse du Programme Technique Détaillé (tome 1 – Document A2MO Version 0 – de janvier 2024) fait ressortir des ratios de dimensionnement surfacique différenciés selon les unités fonctionnelles. Les différents ratios proposés sont cohérents et contenus dans les fourchettes des référentiels ANAP.

La difficulté majeure consistera classiquement à réussir de respecter ces ratios dans les surfaces en restructuration.

2.6. Développement durable et RSE

Les orientations DD et RSE ne sont pour l'instant que des intentions et sont très sommairement décrites. Elles devront être précisées dans le cadre du programme technique définitif.

2.7. Le montage opérationnel

L'établissement a fait le choix de lancer l'opération en **une procédure unique** et en « **Marché Global Sectoriel** » (Conception Réalisation). Les arguments mis en avant sont les suivants :

Pour le Marché Global Sectoriel :

- Sécuriser le coût de l'opération dès le lancement de celle-ci et ainsi avoir une meilleure maîtrise de l'investissement et des décaissements à venir,
- Verrouiller le phasage et le planning de l'opération, enjeux clés du projet, en particulier afin d'assurer la liaison de services les plus en difficulté à ce jour dans un calendrier tenu (...)

- *Prendre en considération des objectifs de performance énergétique attendus et intégrer les enjeux environnementaux de notre politique RSE.*
- *Les aspects techniques et environnementaux sont des enjeux essentiels du projet GHRE, permettant d'inscrire ce bâtiment, pourtant conçu en 1994, dans une logique à hauteur des ambitions d'un projet du XXI^e siècle. Par conséquent, associer l'entrepreneur de manière précoce dans la réflexion du projet et dans les études de conception permettra de sécuriser ces aspects à divers égards.*

Pour une procédure unique :

- *L'opération prévoit deux constructions neuves et une restructuration en particulier du niveau 0, répondant à un projet médical global et cohérent. La déclinaison programmatique a validé la pertinence du projet et les imbrications fonctionnelles qu'il génère entre les différents services. Ces derniers occupent les parties neuves comme restructurées dans un souci d'optimisation du phasage de l'opération, du planning, des coûts et des liaisons fonctionnelles à respecter.
Par conséquent de nombreux secteurs interdépendants demandent une réelle réflexion entre partie neuve et existante quand ils ne sont pas franchement répartis entre neuf et existant, comme c'est le cas pour les Soins Critiques, la Néonatalogie mais aussi les services des plateaux d'ambulatoires ou d'hospitalisation conventionnelle dans leurs interconnexions. Ainsi, en toute logique ces dispositions fonctionnelles ont des incidences directes sur les lots techniques (production et distribution), les circuits logistiques et le phasage. Par ailleurs les objectifs environnementaux ne pourront être atteints de façon cohérente qu'avec une approche globale du projet. (...)
Enfin, côté autorisation administrative, un permis de construire global favorisera le traitement des questions de sécurité incendie et d'accessibilité dans un bâtiment recevant du public.*

Sur le choix d'une conception unique pour l'ensemble de l'opération les arguments mis en avant par l'établissement sont pertinents et cohérents.

Par contre le choix d'une procédure unique en « Marché Global Sectoriel » (Conception Réalisation) **est totalement discutable / contestable.**
 Pour rappel, les acheteurs soumis au livre IV de la 2^{ème} partie du code de la commande publique ne peuvent recourir à un tel marché que s'ils sont en mesure de justifier que des motifs d'ordre technique ou un engagement contractuel sur un niveau d'amélioration de l'efficacité énergétique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage. (Al. 2 de l'article L. 2171-2 du code de la commande publique).
 L'établissement ne fait aucunement la démonstration ni n'apporte aucune justification que l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage est nécessaire.
De plus cette position va aussi à l'encontre de l'obligation d'allotissement et restreint fortement la concurrence.

Enfin, comme énoncé plus bas (Analyse du budget de l'opération), l'établissement n'a pas pris en compte dans le chiffrage de l'opération le choix de la procédure.

Au contraire, cette opération permettrait pleinement, derrière une opération unique de conception, une réalisation, telle que proposée dans le phasage, de différentes opérations de travaux, avec des allotissements différenciés (Entreprise générale en rénovation, macro lots et/ou lots séparés pour les extensions).

2.8. Calendrier, délai et ordonnancement de l'opération

Un calendrier suffisamment détaillé est proposé. Le démarrage de la procédure « MGS » est programmé pour le 15 avril 2024 ! La durée de chantier est très optimisée dans le cadre d'un MGS.

2.9. Analyse du budget de l'opération

L'analyse du coût de l'opération se fait selon deux axes :

- Le calcul du coût Hors Taxes des travaux
- Le passage du coût HT Travaux à la valeur finale TDC (Toutes Dépenses Confondues) en TTC.

2.9.1. Analyse du coût Hors Taxes Travaux

Le tableau Excel communiqué (*CHU de Toulouse_Etape 3 GHRE_chiffrage définitif GHRE*) se décompose en deux parties :

- Constructions neuves + extérieurs pour 65.574.402 € HT
 - Constructions neuves 23.654m² pour 56.481.950 €
Soit un ratio de **2.388 € HT/m²**
 - Prestations particulières/extérieurs pour un total de 8.092.452 €HT

Le ratio à 2.388 €HT ne reflète pas la réalité des opérations récentes de travaux. Selon une extraction de la base OSCIMES/ANAP (19 opérations Médecine Chirurgie Obstétrique en neuf réalisées depuis 2019 – échantillons représentatifs totalisant 275.536m²) le coût ressort à **2.724 € HT/m²** soit une sous-estimation de 14%.

Les actualisations sont calculées sur la base du dernier indice BT01 connu (Février-2024)		
13 opérations sélectionnées	275 536 m ² SDO	SDO/SU : 1,92
2 724 € HT/m ² travaux hors lots d'équipement et parkings		

L'établissement a vraisemblablement pris comme base de référence des prix AVANT la crise 2019/2020. Ce même raisonnement est à appliquer sur la partie rénovation dont le ratio calculé de l'établissement à 1.470€ HT est aussi très largement sous-estimé.

Le montant Hors Taxes travaux de l'établissement doit donc être « corrigé » de +14%. Il s'établit à 113m€HT au lieu des 99m€HT.

2.9.2. Calcul de la valeur finale TTC TDC

Le calcul de la valeur finale TTC TTC communiqué par l'établissement est issue du tableau Excel communiqué (13-*CHU de Toulouse_Etape 3 Bilan d'opération*). La valeur finale proposée, pour un coût HT Travaux à 99,469 m€, est de **170m€** :

A) TRAVAUX	HT	TTC
Travaux restructuration et extension	99 469 962 €	119 363 954 €
A) TOTAL TRAVAUX	99 469 962 €	119 363 954 €
B) FRAIS PRELIMINAIRES		
Programmist	250 000 €	300 000 €
B) TOTAL FRAIS PRELIMINAIRES	250 000 €	300 000 €
C) MONTANT DES HONORAIRES		
Maîtrise d'œuvre	12 931 095 €	15 517 314 €
Indemnité concours	740 000 €	888 000 €
Contrôle Technique	497 350 €	596 820 €
Cordonnateur sécurité	198 940 €	238 728 €
Assurance Dommage-Ouvrage + TRC	1 094 170 €	1 313 003 €
Provision pour honoraires	537 138 €	644 565 €
C) TOTAL HONORAIRES	15 258 692 €	19 198 431 €
D) PROVISION ACTUALISATION / REVISION DES PRIX/ALEAS TRAVAUX		
Actualisation / Révision Travaux	19 096 737 €	22 916 084 €
Actualisation / Révision honoraires	1 907 337 €	2 288 804 €
Aléas sur travaux	3 978 798 €	4 774 558 €
D) TOTAL ACTUALISATION / REVISION	21 004 073,52 €	29 979 446 €
E) REMUNERATION AMO		
ATMO	994 700 €	1 193 640 €
E) TOTAL REMUNERATION DE L'AMO	994 700 €	1 193 640 €
Total TDC (*) en €TTC	136 977 427 €	170 035 471 €
COEFFICIENT TDC / HT TRAVAUX	1,709	

Un calcul plus précis selon le simulateur ANAP/OSCIMES :

- Pour une estimation de travaux à 99,47 m€.
- En Marché Global Sectoriel
- Durée procédure et études de 36 mois
- Durée de travaux à 47 mois
- Révision actualisation à 3%/an
- Taux d'imprévis/aléas provisionné à 3%
- Pourcentage des travaux sujet à révision de 85%

Le coût estimé fin d'opération est de 183 m€, soit un coefficient de 1,84.

Le calcul effectué par l'établissement est sous-évalué de 13m€, il ne prend pas suffisamment en compte le choix de la procédure (« frais du groupement » à 15% selon OSCIMES/ANAP)

2.10. Conclusion du volet immobilier

Les points forts du projet sont les suivants :

L'analyse patrimoniale du site et des bâtiments existants concernés par le projet a été correctement menée. **La pertinence du projet d'extension/rénovation du Grand Hôpital Régional pour Enfants du CHU de Toulouse est donc avérée.**

Le schéma d'organisation spatial au sein du nouvel ensemble Grand Hôpital Régional pour Enfants s'appuie sur des liaisons fonctionnelles privilégiées parfaitement décrites.
L'implantation des unités de soins a été réalisée en cohérence avec les parcours de soins.

Un point aurait dû mériter une attention plus importante :

Différents scénarios ont été étudiés. Le scénario retenu permet de prendre en compte les différentes contraintes et enjeux identifiés (patrimoine, déclivité du site, axes de dessertes...) et de répondre aux enjeux médicaux, tout en favorisant les connections entre les bâtiments.

Le scénario 4 - mono extension - aurait mérité une analyse plus approfondie de la part de l'établissement, le surcoût présenté étant faible à l'échelle du projet et aurait été compensé par une unité de lieu pour l'extension générant vraisemblablement des optimisations.

Deux points d'attention majeure sont à mettre en exergue :

Le choix d'une procédure unique en « Marché Global Sectoriel » (Conception Réalisation) est totalement discutable/contestable.

Pour rappel, les acheteurs soumis au livre IV de la 2^{ème} partie du code de la commande publique ne peuvent recourir à un tel marché que s'ils sont en mesure de justifier que des motifs d'ordre technique ou un engagement contractuel sur un niveau d'amélioration de l'efficacité énergétique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage. (Al. 2 de l'article L. 2171-2 du code de la commande publique).

L'établissement ne fait aucunement la démonstration ni n'apporte aucune justification que l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage est nécessaire.

De plus cette position va aussi à l'encontre de l'obligation d'allotissement et restreint fortement la concurrence.

Le coût estimé fin d'opération est de 203 m€ (contre 170m€ calculé par l'établissement). Au global, en restant sur une procédure Marché Global Sectoriel avec un planning optimisé, le calcul effectué par l'établissement est sous-évalué de 33m€.

3. La soutenabilité financière du projet

Le CHRU présente son projet de Grand Hôpital Régional des Enfants (GHRE) qui combine une extension et une réhabilitation du bâtiment ouvert en 1998. Le périmètre du SDI présenté initialement comprenait deux opérations : le GHRE sur le site de Purpan mais aussi le projet du Nouvel Hôpital du site Rangueil (NHR). Seule la soutenabilité financière du projet du GHRE est considérée ici mais la 2^{ème} opération sur le site de Rangueil est maintenue au sein du projet médical et même intégrée dans la trajectoire financière du PGFP 2024-2033 pour un montant prévisionnel de 279M€ dès 2028. Ce qui, compte tenu des nombreuses incertitudes tant sur le coût global que sur les projections d'activités et le calendrier de réalisation liés à ce projet de NHR fragilise et relativise l'expertise portée sur les grands équilibres financiers surtout à compter de 2028/2029. (Infra)

La contre-expertise partage l'avis de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie¹ sur la grande qualité du dossier présenté par le CHRU de Toulouse. Les options retenues tout au long de la trajectoire financière sur 10 ans sont bien explicitées et argumentées, les réponses données aux questions sont aussi pour la plupart cohérentes avec un souci d'exhaustivité louable.

3.1. Le diagnostic financier

Le bilan financier construit à la clôture du dernier exercice connu affiche les grands équilibres suivants :

Tableau Bilan financier 2022 (M€)

Fonds de roulement d'investissement (FRI)	10 955
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	92 737
Fonds de roulement net global (FRNG)	103 692
Besoin en fonds de roulement (BFR)	85 718
Trésorerie	17 974

Le fonds de roulement global (FRNG) qui approche les 104 M€ (26 jours d'exploitation) grâce à un nouvel apport de 9,4 M€ en 2022 est principalement alimenté par le fonds de roulement d'exploitation (FRE) de 93 M€ avec des provisions pour plus de 200 M€ malgré un « effet » résultat négatif de plus de 174 M€ (somme du résultat de l'exercice 2022 et des reports à nouveau excédentaires ou déficitaires).

Le report à nouveau déficitaire qui va dépasser les 180 M€ fin 2023 (il est intéressant de relever que c'est le montant indiqué du projet du GHRE) devrait encore s'aggraver puisque tout au long de la trajectoire financière proposée de 2024 à 2033, à l'exception d'un exercice, le résultat comptable de l'entité juridique serait déficitaire. (Infra) A ce stade il est couvert par le niveau des provisions (principalement les provisions règlementées) mais qui ont vocation à donner lieu à reprises.

Comme le souligne le COPIL d'octobre 2023, le niveau d'endettement constaté à fin 2022 frôle les seuils de risque du décret de décembre 2011 avec un taux de dépendance financière de près de 48%, et une durée apparente de la dette de presque 8 années.² Le tableau qui suit détaille la constitution du fonds de roulement et met en évidence le poids des déficits cumulés :

¹ Courrier de l'ARS à la DGOS en date du 8 février 2024 – Présentation du projet du GHRE en étape 3, pages 1&8

² Comité de pilotage de l'investissement sanitaire du 19 octobre 2023, page 30

Tableau Bilan financier 2022/Fonds de roulement

BIENS	2022	FINANCEMENTS	2022
Biens stables		Financements stables	
Immobilisations incorporelles	34 371	Apports	134 633
		Excédents affectés à l'investissement	196 544
Immobilisations corporelles brutes :		Amortissements (total)	991 476
- Terrains	31 711	- Immobilisations incorporelles	27 205
- Constructions	1 223 570	- Terrains (agencements, aménagements)	25 131
- Installations techn. matériel, outill. industr.	202 306	- Constructions	624 375
- Autres immobilisations corporelles	174 066	- Installations techn., matériel, outillage	170 468
Immobilisations corporelles en cours	26 317	- Autres	144 297
Immobilisations affectées et reçues	4 856	Subventions d'investissements	20 922
Immobilisations financières	28 211		
		Dettes financières (c/16) hors c/165 et c/1688	392 788
Charges à répartir		Dépôts et cautionnements reçus (c/165)	
		Dépréciation des immobilisations	
		Droits de l'affectant	
TOTAL II	1 725 408	TOTAL I	1 736 363
Fonds de roulement d'investissement négatif (II - I)		Fonds de roulement d'investissement positif (I - II)	10 955
Actifs stables d'exploitation		Financements stables d'exploitation	
		Réserve de trésorerie	41 107
Créances article. 58	2 491	Réserves de compensation	2 183
		Résultat de l'exercice	-8 733
Créances sur l'Etat (secteur psy)			
		Reports à nouveau excédentaires	7 771
		Provisions réglementées	138 561
		Report à nouveau déficitaire (signe -)	-173 119
		Provisions pour risques et charges	62 756
		Dépréciation stocks, créances, cptes financiers	24 702
TOTAL IV	2 491	TOTAL III	95 228
Fonds de roulement d'exploitation négatif (IV - III)		Fonds de roulement d'exploitation positif (III - IV)	92 737
Fonds de roulement net global négatif		Fonds de roulement net global positif	103 692

Le tableau suivant détaille le besoin en fonds de roulement « de façade » (infra) et la trésorerie nette affichés à la clôture de l'exercice 2022.

Le BFR est valorisé pour un montant total de 85,7M€ (21 jours d'exploitation) qui apparaît **sous-évalué puisque les délais de paiement des fournisseurs d'exploitation sont de près de 81 jours**³. Si on ramène le montant des dettes fournisseurs au délai réglementaire de 50 jours, le besoin en fonds de roulement serait de 125 M€ à la clôture de l'exercice 2022 soit 32 jours d'exploitation courante.

La trésorerie est limitée à 18 M€ (seulement 4,5 jours d'exploitation) tout en « bénéficiant » de cet allongement non réglementaire des délais de paiement des fournisseurs. Ces valeurs bilantielles mesurées en nombre de jours d'exploitation courante doivent être rapportées aux médianes du groupe CHU : ainsi le FRNG et la trésorerie nette sont nettement inférieurs à ces valeurs nationales : FRNG : 26 jours contre 54 jours, trésorerie 4,5 jours contre 23,7 jours.

L'année 2023 (infra) devrait se clôturer avec un prélèvement sur le fonds de roulement de 8M€ (contre 14M€ et 17M€ prévu initialement) en cohérence avec le remboursement in fine de l'emprunt obligataire (30M€). Compte tenu de ces handicaps (fonds de roulement et trésorerie -

³ Délai global de paiement moyen des EPS de + de 150M€ : 41,2 jours (rapport annuel de 2022 de l'Observatoire des délais de paiement)

plus faible qu'affiché - sans aucune marge de manœuvre possible) la trajectoire financière 2024-2033 a été obligatoirement construite sans mobilisation du fonds de roulement qui serait maintenu autour de 25 jours d'exploitation.

Tableau Bilan financier 2022/Besoin en fonds de roulement

Valeurs d'exploitation		Dettes d'exploitation	
Stocks	26 333	Avances reçues	4 207
Hospitalisés et consultants (valeur brute)	12 662	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	106 888
Caisse pivot (hors article 58)	156 692	Dettes fiscales et sociales	66 811
Autres tiers payants	54 559		
Créances admises en non valeur		Dettes diverses d'exploitation	
Autres débiteurs	112 231		
		Dettes sur immobilisations	3 916
Charges constatées d'avance	408	Produits constatés d'avance	92 349
		Autres	1 516
Dépenses à classer	1 788	Recettes à classer	3 268
TOTAL VI	364 673	TOTAL V	278 955
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	85 718	Excédent de financement (V - VI)	
Liquidités		Financements à court terme	
Valeurs mobilières de placement			
Disponibilités	21 150	Fonds déposés par hospitalisés et hébergés	21
		Intérêts courus (c/1688)	3 155
		Ligne de trésorerie	
		Autres SC classe 5	
TOTAL VIII	21 150	TOTAL VII	3 176
Trésorerie positive (VIII - VII)	17 974	Trésorerie négative (VII - VIII)	

La contre-expertise rappelle la nécessité d'inscrire dans la trajectoire du PGFP le pilotage du BFR incluant un programme de rétablissement des délais légaux de paiement des fournisseurs et les éléments prévisionnels de trésorerie.

Le diagnostic des valeurs bilantielles restreint donc la capacité de l'établissement à financer de nouvelles opérations majeures en investissement : un fonds de roulement « plombé » par les déficits cumulés, une trésorerie indisponible malgré un BFR sous-évalué, un endettement qui atteint les plafonds de sécurité... Et la trajectoire financière du PGFP initial a dû se caler sur un exercice 2022 clôturé sur une situation financière en dégradation.

3.2. La trajectoire financière

Le compte de résultat 2022 dégage ainsi une capacité d'autofinancement (CAF) de 49.7 M€ en diminution de 10 M€ par rapport à 2021. La CAF nette 2022 s'élève à 20.1 M€, en recul de 7.9 M€ par rapport à 2021. Enfin le résultat consolidé est déficitaire de 8.7 M€.

Il est vrai que ces données sont à considérer à l'aune du contexte post covid : une garantie de financement a été introduite dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en 2020 et reconduite jusqu'en 2022.

Un retour aux modes de financement normaux de la tarification à l'activité en court séjour est initié en 2023 ce qui représente en recettes T2A socles à peine plus de la moitié des recettes versées par l'assurance maladie. Un dispositif d'accompagnement transitoire de la sortie de la garantie de financement a été inscrit pour 2023 avec un versement limité à 50% des recettes historiques. Le CHRU de Toulouse devrait clôturer l'exercice 2023 avec des résultats meilleurs que les prévisions initiales (CF § 3.2.2)

La trajectoire financière soumise à la contre-expertise intègre donc la construction du GHRE dès 2023 pour une fin d'opération (décaissements) en 2032. Le coût TDC hors équipements de l'ensemble de l'opération est estimé à 170 M€ avec les prix actualisés à janvier 2024. Les équipements et SI sont estimés à 10,7M€, soit un coût total de 180,7 M€ TTC TDC VFE. Mais, en restant sur une procédure Marché Global Sectoriel avec un planning optimisé, le calcul effectué par l'établissement apparaît sous-évalué de 33m€, soit 19,41% pour un montant à corriger de 203M€ (Voir §1.10 supra)

Le calendrier initial des décaissements permet de mesurer le montant supplémentaire de CAF à dégager sur les exercices 2026 et 2027 (la cession d'actif de « Notre Dame de la Porte » valorisée à hauteur de 25M€ est utilement prévue en 2027 permettant ainsi de limiter l'emprunt au cours de cet exercice⁴) :

Tableau décaissements prévisionnels⁵ (en milliers d'€)

		(Version février 2022)
2024	3 662	2931
2025	3 015	2319
2026	37 309	44 666
2027	52 195	61 868
2028	16 117	18 154
2029	12 291	13 507
2030	13 556	15 024
2031	9 980	10 680

Ce calendrier sera à recalculer en fonction du nouveau montant précédemment indiqué. Pour le projet du GHRE, le plan de financement prévoit un endettement supplémentaire (96M€) pour 53% et l'affectation de l'intégralité de la subvention Ségur (54M€) pour 30%. Le solde est de l'autofinancement puisque l'établissement doit mobiliser sur le projet la CAF nette pour 31M€.

Pour la totalité du PGFP sur 10 ans, le tableau de financement global soumis par l'établissement (2024-2033) mobilise les ressources **propres** à l'établissement (CAF) à hauteur de 58 %. Le recours à l'emprunt est limité à 38 %. Se rajoute le produit de cession de 25M€ programmé en 2027. Ces prévisions permettaient d'abonder le Fonds de roulement de 29M€ :

Tableau de financement simplifié initial (M€)

Remboursement dette	384,9	754,8	CAF
Immobilisations	887	488	Endettement
		4,7	Subventions
Apport au fonds de roulement (FRNG)	28,9	53,3	Autres ressources (dont cessions)
TOTAL	1 300,8	1 300,8	TOTAL

Il est utile de souligner que la CAF reprise sur l'ensemble de la trajectoire financière est soutenue par des aides à l'investissement nationales et régionales significatives (338 M€ sur la période). Compte tenu de l'antériorité de ces aides, le fonds de roulement a été principalement constitué grâce à elles. Cette CAF annoncée comme disponible et donc alimentée à 40% par des subventions d'investissements consolide la trajectoire financière ainsi projetée, mais oblige, notamment si le projet du NHR se concrétisait, à « sanctuariser » ce soutien à l'investissement au compte de résultat à minima pour 25M€ annuel.

La construction du GHRE s'inscrit dans le programme pluriannuel d'investissement du PGFP qui comprend aussi des investissements courants dont le montant moyen annuel prévu sur la période 2024 -2033 est ramené à 38 M€ (et même 35M€ ou moins - soit 2% des produits courants - à

⁴ Rapport d'évaluation socio-économique préalable page 95

⁵ Comité de pilotage de l'investissement sanitaire du 19 octobre 2023, page 27

compter de 2026) contre près de 43M€ annuel (3%) pour les 3 dernières années 2021–2023 ; ce qui représente, comme le souligne le COPIL un « *changement de braquet* » du cycle d'investissement⁶ non négligeable : **la trajectoire financière intègre ainsi une baisse des investissements courants de 10M€ annuel de 2026 à 2033**. À titre d'exemple, les opérations courantes d'investissement financées en 2027 ne pourront représenter que 50% par rapport à celles prévues en 2025. C'est incontestablement un risque que le CHRU anticipe et qu'il devra assumer ; il aurait été intéressant de connaître le dernier taux de vétusté des équipements.

On peut ainsi considérer que l'équilibre financier du PPI n'est possible que si 45% environ du coût de la construction du GHRE est compensé par une baisse équivalente du programme d'investissements courants alors même que cet équilibre est construit sur un coût global d'opération à réévaluer de 19%.

Le nouveau tableau de financement simplifié qui intègre le coût estimé fin d'opération de 203 M€ efface la consolidation espérée du fonds de roulement pour, a contrario, anticiper une légère reprise sur le fonds de roulement :

Tableau de financement simplifié (M€) avec réévaluation du coût global

Remboursement dette	384,9	754,8	CAF
Immobilisations	887+33	488	Endettement
		4,7	Subventions
Apport au fonds de roulement (FRNG)		53,3	Autres ressources (dont cessions)
		4,1	Prélèvement sur le fonds de roulement
TOTAL	1 304,9	1 300,8	TOTAL

3.2.1. Le plan d'efficience

Le plan d'efficience détaillé par le CHU est donc calé sur un coût initial sous-évalué du projet GHRE. Avant d'en tirer les conséquences, il faut rappeler que la soutenabilité financière de cette opération repose sur la maîtrise de l'endettement couplé avec des gains financiers en exploitation permettant de garantir un taux de marge brute acceptable.

La trajectoire financière du PGFP vise ainsi à dégager un taux de marge brute hors aide qui atteindrait 3,4% à compter de 2027, puis 3,9% en 2029 et 2033 ce qui constitue, si on retient comme donnée de calage les valeurs de 2022, un gain de 16,7 M€ en 5 exercices budgétaires entre 2022 et 2027 + encore un gain de 12 M€ entre 2027 et 2033 :

Tableau d'évolution prévisionnelle de la marge brute non aidée (M€)

2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
35,8	17,3	37,4	41,7	46,4	52,5	54,3	61,9	60,6	63,2	60,8	64,5
2,6%	1,2%	2,4%	2,7%	3,0%	3,3%	3,4%	3,8%	3,7%	3,9%	3,7%	3,9%

La constitution d'un « retour sur investissement » (RSI), chiffré à hauteur de 2,7 M€ (voir supra) et ancré sur des efforts importants de restructuration a été détaillée dans les annexes fournies au dossier. Il constitue un engagement à réaliser de la part de l'établissement.

La démarche capacitaire (augmentation et optimisation de l'existant) fait partie des éléments centraux d'orientation stratégique, conditionnant à la fois la faisabilité du SDI et le cadrage des effectifs médicaux et de soins (-40 ETP)⁷. Comme évoqué en première partie, l'évolution de la marge brute est dépendante des impacts de cette extension capacitaire du GHRE (avec le passage de 326 à 394 lits) et des réhabilitations de l'existant pour une recette escomptée de 24,7M€ (en 100% T2A), dont 4,3 M€ liés à l'effet prix 2023.

⁶ Comité de pilotage de l'investissement sanitaire de juillet 2023, page 35

⁷ Comité de pilotage de l'investissement sanitaire du 19 octobre 2023, page 31

Ce RSI est donc chiffré à moins de 10% de l'évolution de la marge brute hors aides dont l'évolution favorable est très majoritairement liée au développement des recettes d'activité du GHRE dont près de 9 M€ à l'ouverture du nouveau site :

Tableau n° : Tableau de variation de la marge brute(M€)

Marge brute hors aides (en M€) ⁸	35,8	%
Mesures d'efficience GHRE (2033) – plan d'actions	2,7	9,4%
Développement des recettes d'activité	24,7	86%
Charges du projet GHRE	-8,7	-3%
Autres effets hors GHRE (effets prix etc...valeurs 2033)	10,3	35,8%
Marge brute hors aides programmée en 2033	64,5	
Variation de la marge de 2022-2033	+ 28,7	

En complément, le tableau qui suit affiche le montant global de marge brute à dégager sur la période du PGFP et l'importance des aides accordées :

MARGE BRUTE (en M€) projetée sur la période 2024-2033		
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION	16 038	
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION	15 494	
Marge brute hors aide	544	3,4%
Aide à l'investissement	311	
Marge brute aidée CRP	855	5,3%
Marge brute aidée Entité juridique	864	5,3%

Cette marge brute permettrait ainsi de sécuriser - sur un projet initialement chiffré à 180M€ - le remboursement de la charge de la dette valorisée, en moyenne sur la durée du PGFP, à **3.1%** des produits courants pour un niveau d'investissement courant stable plafonné, comme on l'a vu, à 2.3% en moyenne des produits courants.

3.2.2. Les éléments de solidité de la trajectoire

Le CHU de Toulouse avait présenté initialement un EPRD 2023 avec un déficit nettement aggravé de 30 M€ probablement dû aux incertitudes liées à la sortie partielle de la garantie de financement (supra) et à l'impact des mesures salariales, qui plus est, dans le contexte inflationniste de la période. La soutenabilité de la trajectoire financière doit d'abord être réexaminée à la lumière des évolutions récentes. Ce diagnostic sera centré sur le compte de résultat principal (CRP) qui porte l'ensemble de l'activité hospitalière du CHRU et représente 98 % de ses produits totaux.

En l'absence du compte financier 2023 non encore validé, le diagnostic financier actualisé à fin 2023 est projeté à partir du rapport infra annuel actualisé (RIA 2) transmis par l'établissement et des réponses apportées aux questions de la contre-expertise. Mais sans connaître les valeurs bilantielles réelles de clôture de l'exercice 2023.

Dans un contexte national peu favorable, il est intéressant de noter une relative amélioration de la situation financière en 2023 par comparaison avec les prévisions initiales et le dernier EPRD

⁸ Montant actualisé avec le RIA 2023

exécutoire. Les 2 tableaux suivants illustrent cette tendance tout en rappelant que les éléments de clôture ne sont pas tous finalisés à la date de la rédaction du présent rapport (attente notamment de la 4^{ème} circulaire budgétaire).

Tableau n° : projection clôture 2023/ compte de résultat principal

CRPP	2022	EPRD	PROJECTION 2023	Variation/ EPRD	Variation/2022
PRODUITS					
Tarification séjours MCO	586,7	618,2	624,3	0,99%	6,41%
TITRE 2	94,4	98,3	98,9	0,61%	4,77%
TITRE 3	201,7	202,1	209,5	3,66%	3,87%
TOTAL PRODUITS	1491,6	1550	1590	2,58%	6,60%
CHARGES					
TITRE 1	855,1	902	899	-0,33%	5,13%
TITRE 2	376,9	393,8	418,7	6,32%	11,09%
TITRE 3	143,4	166,2	169,3	1,87%	18,06%
TITRE 4	124,8	116	115	-0,86%	-7,85%
TOTAL CHARGES	1500,2	1578	1602	1,52%	6,79%

L'ARS, en étape 3, rappelait bien que « *L'établissement prévoit une trajectoire financière visant un taux de marge brute hors aide cible à 3,9% en 2033. L'atterrissage 2023 prévoit un TMB hors aide à 1,2% (vs 1,5% à l'EPRD)* »⁹ Or, l'exécution projetée de l'EPRD 2023 devrait placer l'Etablissement dans une situation plus favorable que celle qui avait été retenue comme « donnée de calage » pour le PGFP 2024-2033. Si le financement du projet de GHRE doit être assuré par la politique ambitieuse de redressement de la situation financière permettant un gain de plus de 28 M€ de marge, **l'atterrissage 2023 prévoit un résultat comptable, une marge brute et une CAF brute supérieure de 15 à 16 M€ aux prévisions de fin 2022.**

Tableau projection clôture 2023 et tableau de financement

Compte de résultat principal							
	Compte financier 2022	PGFP exercice 2023	dernier EPRD exécutoire	Projection 2023 (RIA 2)	Variation / EPRD du PGFP	Variation /dernier EPRD exécutoire	Variation / 2022
Résultat comptable	-8,8	-27,8	-28	-12,1	-56,47%	-56,79%	37,50%
Taux de résultat	-0,59%	-1,80%	-1,81%	-0,76%			
Marge brute	61,9	41,9	41,5	56,1	33,89%	35,18%	-9,37%
Taux de marge brute	4,40%	2,82%	2,82%	3,71%			
Tableau de financement (M€)							
CAF	49,7	33,7	33,7	49,2	45,99%	45,99%	-1,01%
Taux de CAF	3,28%	2,20%	2,13%	3%			
FRNG	103 691	86 927	88 974	95 627	10,01%	7,48%	-7,78%
Variation du FRNG	9 393	-16 764	-14 717	-8 064			

Tableau projection clôture 2023 (écarts prévisionnels et dette)

⁹ Courrier de l'ARS à la DGOS en date du 8 février 2024 – Présentation du projet du GHRE en étape 3, page 7

	Réalisation 2022	Dernier EPRD exécutoire	Projection annuelle actualisée au 31/12/2023	Ecart en €
	(1)	(2)	(3)	(3-2)
Résultat toutes activités confondues	-8 732 696,	-28 035 722	-11 237 797	16 797 925
CAF	49 716 358	33 665 816	49 239 027,62	15 573 211
Taux de CAF	3,28%	2,13%	3,04%	
CAF nette	20 092 524	-28 150 080,07	-12 166 367	15 983 712
CAF nette / investissements courants	46,70%	-61,91%	-23,04%	
CAF nette - Investissements courants	-22 930 212	-73 618 631	-64 978 683	8 639 948
Apport au fonds de roulement	9 393 294,95	-14 717 873	-8 064 836,97	6 653 036
Encours de la dette	392 787 369	390 971 473	391 381 974	410 501
Taux d'endettement	25,87%	24,74%	24,13%	
Durée apparente de la dette	7,90	11,61	7,95	-3,66

Cette anticipation plus favorable des résultats de l'exercice 2023 consolide un certain nombre des hypothèses retenues dans le PGFP qui apparaissent réalistes et évaluées avec une louable prudence :

- Le montant total des aides nationales et régionales de soutien à l'investissement au compte de résultat représentant sur les 10 ans 34% du coût total du PPI.
- Le recours à l'emprunt (96M€ pour le projet) prévu sur une durée d'amortissement maîtrisée de 20 à 25 ans cohérente avec la durée de l'amortissement moyenne de l'ensemble du nouveau site (24 ans) et avec des taux d'intérêts réalistes (entre 3 et 3,8%) dans un contexte international d'évolution des taux redevenu moins défavorable en 2024.
- Concernant l'évolution des recettes, le PGFP prévoit une évolution moyenne des produits de titre 1 de 2% sur la période 2024-2033. Ces hypothèses d'évolution de l'activité retenues (+0,3% en HC, +2% en HDJ) restent prudentes au regard de la dynamique d'activité constatée en 2023 (infra) et des perspectives de démographie sur le territoire de santé. Le CHU souligne que ces hypothèses d'évolution intègrent la poursuite de la bascule ambulatoire.

Les recettes d'activité T2A du PGFP prennent effectivement en compte la montée en charge progressive et l'évolution de l'activité attendue à l'ouverture du GHRE (impact de l'augmentation capacitaire et optimisation du capacitaire existant). Ce tendancier d'évolution des produits liés à l'activité intègre une hypothèse de montée en charge rapide à l'entrée dans le GHRE en matière d'efficience de l'hospitalisation (maintien des IP-DMS avec une augmentation de recettes annuelles de 17.5 M€ et une montée en charge progressive entre 2029 et 2031 en cohérence avec la réalisation des opérations de travaux de réhabilitation du bâtiment existant).

Cette hypothèse est assez volontariste mais les rédacteurs du dossier développent une argumentation pour la soutenir non dénuée d'un certain réalisme. Le CHU confirme par exemple qu'aucune recette complémentaire n'est ainsi intégrée au PGFP au titre du plan épidémique alors que l'identification d'une unité dédiée de 36 lits doit permettre une augmentation des recettes à hauteur de 1.75 M€.

Enfin, ces hypothèses sont également à apprécier à la lecture de l'arrêté récent du 15 avril 2024 qui vient d'officialiser une augmentation dans le secteur public des tarifs MCO de 4,3% (adossée à une progression en volume de 2,5%) sachant plus précisément que les tarifs pour la chirurgie ont augmenté de 3% pour près de 44 % des GHM. Pour la médecine et la maternité, les augmentations de tarifs progressent de 5,8% environ pour près de 56 % des GHM. Dans le même secteur, les tarifs de 10 GHM ont augmenté de 4,16 %, ceux de 10 autres GHM de 4,73 %, et ceux de 8 GHM de 11,86 %, avec leurs GHS associés. Les prévisions du CHRU (produits versés par l'Assurance maladie) apparaissent ainsi gagner en fiabilité.

- Concernant les charges prévisionnelles, le taux d'évolution annuel moyen semble réaliste comme le souligne l'ARS d'autant que le contexte inflationniste semble se stabiliser depuis

la construction de la trajectoire financière proposée (l'objectif d'une inflation limitée à 2% au 2^{ème} semestre 2024 étant considéré comme probable par la BCE).

Les charges de titre 2 progressent entre 0.2% et 0.5% en moyenne sur la période du PGFP 2024-2027 en cohérence avec l'évolution de l'activité prise en compte sur cette même période qui est de +2.6% (en particulier +0.45% en HC, +4.15% en HDJ).

La maîtrise des dépenses de titre 3 s'explique principalement par les charges d'énergie. Le CHU confirme qu'en 2024, les dépenses prévisionnelles d'énergie sont en diminution de 7.2 M€ en lien avec l'évolution des tarifs en restant supérieures aux dépenses constatées en 2022 (+11 M€) et qu'une hypothèse de poursuite des baisses des tarifs sur la période 2025-2027 a été retenue pour la construction du PGFP.

Les autres postes de dépenses de titre 3 progressent entre 0.2% et 0.5% sur la période.

La trajectoire financière défendue par le CHU affiche donc ces réels éléments de solidité encore renforcés par la dynamique 2023, et les réponses données ont été pour la plupart satisfaisantes sans pour autant masquer l'ampleur de la tâche à accomplir pour finaliser le projet.

3.2.3. Les points de fragilité de la trajectoire

Si effectivement les indicateurs s'améliorent en 2023, la situation du CHRU reste toutefois préoccupante avec un report à nouveau déficitaire programmé à plus de 200 M€ à fin 2027. Le résultat cumulé non aidé du CHRU reste déficitaire de plus de 22 M€. Le cumul de ces déficits constatés année après année interroge sur la dynamique à moyen et long terme affichée par le CHRU, notamment si le projet du NHR devait être confirmé. De plus, le gain de 15 à 16M€ projeté à la clôture anticipée de 2023 par rapport aux prévisions initiales ne compense que la moitié environ du surcoût de la construction estimé par la contre-expertise (+33M€).

Le tableau de financement qui suit a été construit en actualisant le coût estimé fin d'opération à 203M€ et en programmant une remise à niveau progressive du BFR sur 4 ans (30 jours d'exploitation courante¹⁰ avec le respect des délais réglementaires de paiement). Cette simulation¹¹ met en exergue les besoins trésorerie à combler : autour de 20M€ dès 2024 pour s'aggraver encore et atteindre 35 et 40M€ annuels à partir de 2027 :

Tableau de financement (en M€)

	N 2023 (RIA-1)	N+1 2024	N+2 2025	N+3 2026	N+4 2027	N+5 2028	N+6 2029	N+7 2030	N+8 2031	N+9 2032	N+10 2033	Total
CAF	48 248	80 221	83 401	61 691	68 445	70 371	78 156	76 762	79 065	76 576	80 158	
CAF en % des produits	3,1%	4,9%	5,1%	3,8%	4,1%	4,3%	4,7%	4,6%	4,7%	4,5%	4,6%	
Taux de CAF nette	-0,8%	0,8%	1,1%	1,2%	1,3%	1,6%	2,3%	2,1%	2,1%	2,0%	2,0%	
Emprunt	60 000	35 000	30 000	50 000	25 000	60 000	50 000	50 000	70 000	60 000	58 000	
Remboursement dette financière	61 405	34 865	36 806	39 543	40 891	38 085	34 094	35 311	38 864	41 918	44 499	
Immobilisations	72 916	84 391	73 440	78 398	89 363	99 021	99 865	90 078	108 319	95 338	91 092	982 228
Dont (GHRE)		4 114	3 387	42 365	59 482	22 381	27 003	20 845	16 829	6 311	-	202 721
Dont (NHR)						38 000	38 000	36 500	56 500	55 000	55 000	(279 000)
Dont opérations courantes	52 812	49 307	60 802	35 295	29 881	35 640	31 862	32 733	34 989	34 027	36 092	(433 445)
Investissement courant (%)	3,3%	3,2%	3,9%	2,2%	1,9%	2,2%	1,9%	2,0%	2,1%	2,0%	2,1%	
FRNG	94 635	87 299	97 463	96 972	88 922	85 946	83 901	85 393	87 395	86 834	88 632	
FRNG nbre de jours	23,66	21,27	23,68	23,45	21,33	20,38	19,69	19,89	20,21	19,92	20,18	
Niveau du BFR Réévalué	105 000	110 000	115 000	120 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	

¹⁰ La médiane du groupe des CHU est de 30,6 jours (données 2022)

¹¹ En gardant les coûts prévisionnels du NHR positionnés dans le PGFP transmis à partir de 2028

BFR en nbre de jours	26	26,80	27,94	29,01	31,19	30,83	30,52	30,28	30,06	29,83	29,60	
Trésorerie au 31/12	- 10 364	- 22 700	- 17 536	- 23 027	- 36 077	- 39 053	- 41 098	- 39 606	- 37 604	- 38 165	- 36 367	
Trésorerie avec BFR 2022 ¹²	4 172	- 513	9 427	8 691	339	- 2 698	- 5 107	- 3 522	- 1 629	- 2 045	- 411	

Cette probable tension forte sur la trésorerie nécessiterait un recours aux crédits de trésorerie sauf à envisager d'aggraver l'endettement.

Même si le BFR était maintenu à un niveau plus faible en maintenant les délais élevés de paiement des fournisseurs, la trésorerie structure serait (à un degré moindre) négative dès l'exercice 2028, exercice qui intègre dans le PGFP le début de l'opération NHR ; c'est la conséquence, par suite de la réévaluation du coût global, de la dégradation du fonds de roulement d'investissement, et donc du FRNG telle que détaillée ci-après :

Tableau du FRNG (en M€) avec réévaluation du coût du GHRE

	FRNG de la trajectoire financière initiale (M€)	FRNG corrigé du coût de construction à 203M€	Variation
2023	94 636	94 636	0
2024	87 300	87 300	0
2025	97 836	97 464	-372
2026	102 002	96 973	-5 029
2027	100 490	88 923	-11 567
2028	99 973	85 946	-14 027
2029	100 897	83 902	-16 995
2030	104 679	85 394	-19 285
2031	108 532	85 394	-23 138
2032	108 695	87 395	-21 136
2033	102 659	86 835	-21 860

Les taux de marge brute non aidée (en amélioration mais toujours inférieur à 4%) et les taux de CAF nette (inférieur à 2% jusqu'en 2028 puis plafond à 2%) restent faibles et inférieurs aux moyennes nationales tout au long du PGFP ; cela supposera d'être suivi au plus près puisque la dynamique des recettes et des dépenses principales retenues dans le PGFP est- par construction - la condition de l'amélioration de la marge brute.

Comme déjà mentionné (infra) le CHU anticipe un net ralentissement de son programme d'investissements courants. Ce qui, en cas de besoins nouveaux ou d'urgences non prévisibles, peut se révéler problématique dans un contexte où un endettement supplémentaire ferait franchir les seuils d'alerte déjà mentionnés et où toutes diminutions des aides nationales et régionales compromettraient la soutenabilité de la trajectoire financière proposée par l'établissement toulousain.

3.3. Elément de synthèse financière

Pour le CHRU de Toulouse, le risque financier pour construire le GHRE à un coût global révisé à 203M€ peut apparaître comme réduit : **Ce projet représente environ 12% des produits d'exploitation de l'établissement et seulement 22% du programme d'investissement programmé sur les 10 ans à venir (2024-2033).**

Compte tenu des paramètres précités, la contre-expertise peut donner un **accord d'opportunité favorable sur la soutenabilité financière du projet de construction du seul GHRE.** En

¹² BFR de 2022 affecté du taux d'évolution de la marge brute prévisionnelle

soulignant que cette opération confirme la consommation de la plus grande partie des marges de manœuvres potentiellement disponibles (capacité d'endettement, marge brute aidée, CAF nette) comme l'illustre la nécessité revendiquée de réduire le volume des investissements courants pouvant être financés chaque année pendant 10 ans, comme l'illustrent encore les taux d'endettement maîtrisés mais toujours proches des seuils d'alertes et donc rendant aléatoire, sauf nouvelles subventions, tout nouveau projet d'investissement hors normes.

Compte tenu du niveau des aides garanties, du fonds de roulement existant, d'un recours mesuré à l'endettement et de la montée en charge progressive du RSI, cet accord d'opportunité favorable doit s'accompagner de fortes recommandations. Il est attendu que le PGFP prévoit une marge brute non aidée à un niveau permettant de couvrir à la fois le remboursement de la charge de la dette (capital + intérêts) et les investissements courants afin de garantir que, **même après la réalisation du nouveau site, l'établissement conserve sa capacité future d'investir sans dépendre des aides financières**. En conséquence, le CHRU de Toulouse doit reconstruire un PGFP 2024-2033 en intégrant les données suivantes :

- Le surcoût identifié de 33M€ du coût de la construction (Total 203M€) ;
- Les données de calage plus favorables issues de la clôture de l'exercice 2023 (bilan financier anticipé 2023) ;
- L'assainissement du BFR (retour progressif aux délais réglementaires de paiement des fournisseurs) avec une cible autour de 30 jours d'exploitation courante ;
- La suppression du projet NHR dans la trajectoire financière 2028-2033 en attendant les éléments permettant d'évaluer la faisabilité de cette 2^{ème} opération sur une base objectivée et actualisée.

Comme le souligne le COPIL d'octobre 2023¹³, « *s'il est entendu que la conception du projet NHR est moins avancée, et fera l'objet d'une autre instruction, mais une trajectoire financière, elle, ne peut être que globale et doit couvrir tous les investissements prévus par le CHU sur la période* ».

Bien qu'il s'agisse ici de l'instruction du projet GHRE, le COPIL souligne pertinemment « *qu'en l'état des éléments présentés, la capacité du CHU à soutenir un projet de l'ampleur du NHR dans la temporalité indiquée par l'établissement doit être questionnée* ».

¹³ Comité de pilotage de l'investissement sanitaire du 19 octobre 2023, page 36

Conclusion

Les experts qui ont travaillé sur ce dossier tiennent à souligner la grande qualité des documents transmis, la parfaite complétude des éléments communiqués.

Comme énoncé en préambule, le périmètre de la contre-expertise concerne le seul projet pédiatrique du Grand Hôpital Régional pour Enfants.

Le projet GHRE, estimé pour la partie travaux à 170 M€ TDC valeur fin de chantier, est une opération complexe qui associe construction neuve – une extension dédiée à la néonatalogie dans le prolongement de la maternité - pour les deux tiers de la dépense et réhabilitation lourde ou légère selon les secteurs concernés de l'actuel hôpital des enfants pour le solde.

Le CHU porte un projet pédiatrique universitaire ambitieux pour la région Occitanie, qui vise à répondre aux besoins de la population dont la croissance à long terme est parfaitement documentée. L'adaptation des urgences pédiatriques à la croissance continue de l'activité, la nécessaire extension de la réanimation néonatale de l'unique maternité de niveau 3 du territoire et le renforcement des soins critiques en sont les principaux déterminants.

C'est un projet de développement qui requiert des ressources humaines importantes pour atteindre les cibles d'activité élevées projetées.

Les recommandations concernant l'offre de soins et le projet médical qui peuvent être formulées à ce stade sont les suivantes :

- Anticiper les recrutements et la consolidation des équipes médicales,
- Anticiper selon le calendrier de déploiement des différentes tranches de l'opération les recrutements des professionnels paramédicaux,
- Accompagner dans le temps les équipes dans les changements organisationnels et managériaux et singulièrement la mise en place des mesures d'efficience,
- Mettre en place au niveau de l'ARS un pilotage de suivi des principaux éléments et indicateurs du projet.

Concernant le volet patrimonial et immobilier, les points forts du projet sont les suivants :

- L'analyse patrimoniale du site et des bâtiments existants concernés par le projet a été correctement menée. La pertinence du projet d'extension/rénovation du Grand Hôpital Régional pour Enfants du CHU de Toulouse est donc avérée.
- Le schéma d'organisation spatial au sein du nouvel ensemble Grand Hôpital Régional pour Enfants s'appuie sur des liaisons fonctionnelles privilégiées parfaitement décrites. L'implantation des unités de soins a été réalisée en cohérence avec les parcours de soins.

Un point aurait dû mériter une attention plus importante :

- Différents scénarios ont été étudiés. Le scénario retenu permet de prendre en compte les différentes contraintes et enjeux identifiés (patrimoine, déclivité du site, axes de dessertes...) et de répondre aux enjeux médicaux, tout en favorisant les connections entre les bâtiments.

Le scénario 4 - mono extension - aurait mérité une analyse plus approfondie de la part de l'établissement, le surcoût présenté étant faible à l'échelle du projet et aurait été compensé par une unité de lieu pour l'extension générant vraisemblablement des optimisations.

Deux points d'attention majeure sont à mettre en exergue :

- Le choix d'une procédure unique en « Marché Global Sectoriel » (Conception Réalisation) est totalement discutable/contestable.

Pour rappel, les acheteurs soumis au livre IV de la 2^{ème} partie du code de la commande publique ne peuvent recourir à un tel marché que s'ils sont en mesure de justifier que des motifs d'ordre technique ou un engagement contractuel sur un niveau d'amélioration de l'efficacité énergétique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage. (Al. 2 de l'article L. 2171-2 du code de la commande publique).

L'établissement ne fait aucunement la démonstration ni n'apporte aucune justification que l'association de l'entrepreneur aux études de l'ouvrage est nécessaire.

De plus cette position va aussi en l'encontre de l'obligation d'allotissement et restreint fortement la concurrence.

- Le coût estimé fin d'opération est de 203 m€ (contre 170m€ calculé par l'établissement). Au global, en restant sur une procédure Marché Global Sectoriel avec un planning optimisé, le calcul effectué par l'établissement est sous-évalué de 33m€.

La synthèse financière fait ressortir les éléments suivants :

La construction du GHRE, même à un coût global révisé à 203M€ représente un risque financier acceptable mais exige la consommation de la plus grande partie des marges de manœuvres budgétaires et financières potentiellement disponibles.

Compte tenu du niveau des aides garanties, du fonds de roulement existant, d'un recours mesuré à l'endettement et de la montée en charge progressive du RSI, la contre-expertise peut donner un accord d'opportunité favorable sur la soutenabilité financière du projet de construction du seul GHRE. Mais cet accord doit s'accompagner de fortes recommandations.

Il est attendu que le PGFP prévoit une marge brute non aidée à un niveau permettant de couvrir à la fois le remboursement de la charge de la dette et les investissements courants afin de garantir que, même après la réalisation du nouveau site, l'établissement conserve sa capacité future d'investir sans dépendre des aides financières.

En conséquence, le CHRU de Toulouse doit reconstruire un PGFP 2024-2033 en intégrant les données suivantes :

- Le surcoût identifié du coût de la construction,
- Les données de calage issues de la clôture de l'exercice 2023,
- L'assainissement du BFR,
- La suppression du projet NHR dans les prévisions 2028-2033.

Un réexamen de la trajectoire financière 2024-2033 ainsi modifiée doit permettre d'évaluer sérieusement la faisabilité et les risques financiers de l'autre opération majeure que constitue le NHR.