

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-
économique

du

**projet de modernisation et mise en sécurité du
CHU de Limoges**

13 avril 2015

Préambule

Le Commissariat général à l'investissement (CGI) a mené depuis septembre 2012 et à la demande du Premier ministre une réflexion sur les projets d'investissement public et leur évaluation. La démarche conduite dans le cas des infrastructures de transport sous le régime de l'instruction cadre de 2005 a d'ailleurs servi de référence dans cette réflexion qui avait une vocation plus large que le secteur des transports.

Entre temps, l'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012¹ est venu instaurer l'obligation d'évaluation socio-économique des projets d'investissements (sans seuil), et sa contre-expertise indépendante et préalable au-delà d'un certain niveau de financement public. Son décret d'application, le [décret 2013-1211 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics](#) précise en particulier le cahier des charges du dossier d'évaluation socio-économique à constituer, le seuil au-delà duquel la contre-expertise est obligatoire, et les modalités de son organisation.

C'est en respectant toutes les règles prévues dans ce décret d'application (compétences, déclaration d'intérêt, délais) que le CGI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante d'un projet hospitalier.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par la DGOS et les réponses apportées par l'ARS aux questions des experts. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

¹ La [loi n°2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017](#) dispose dans son article 17 que :

« Les projets d'investissements civils financés par l'Etat, ses établissements publics, les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire font l'objet d'une évaluation socio-économique préalable. Lorsque le montant total du projet et la part de financement apportée par ces personnes excèdent des seuils fixés par décret, cette évaluation est soumise à une contre-expertise indépendante préalable.

Le Gouvernement transmet au Parlement les évaluations et les contre-expertises mentionnées au premier alinéa.

Les conditions d'application du présent article sont prévues par décret. »

SOMMAIRE

Préambule	2
1. Présentation du projet, composante d'un vaste programme d'investissement	4
Les travaux de l'immeuble (la tour) Dupuytren	4
Le site restructuré	5
2. Organisation territoriale de l'offre de soins et dimensionnement capacitaire	7
3. Dimensionnement, coûts et délais	9
Le dimensionnement du projet	9
Les coûts	9
Les délais	10
4. Analyse et soutenabilité financière du projet	11
Analyse	14
Evolution de la marge brute	14
Comment évoluent les produits et les charges du CHU projetés dans le PGFP pour permettre ce niveau de marge brute non aidée ?	14
Retour sur investissement de l'opération du périmètre COPERMO	15
Synthèse sur la marge brute	15
Situation de l'endettement du CHU de Limoges	16
En conclusion, pour la partie financière,	18
5. Conclusions	19

1. Présentation du projet, composante d'un vaste programme d'investissement

Le périmètre du projet concerne le bâtiment Dupuytren, immeuble de grande hauteur qui s'élève sur 15 niveaux et déploie 121 367 m² SDO.

Le bâtiment Dupuytren regroupe les activités de MCO, 742 lits et 85 places de médecine et chirurgie.

L'ensemble du CHU comprend 1 031 lits MCO, 250 lits SSR et 145 places d'hôpital de jour si l'on compte les bâtiments Mère - Enfants, Cluzeau et Rebeyrol.

Dupuytren représente 75 % du patrimoine du CHU.

Les objectifs, exposés aux tutelles, au titre du schéma directeur de 2013 comprenaient :

- la mise en sécurité incendie de Dupuytren à la suite à l'avis défavorable de la commission départementale de sécurité en date du 25 juin 2010,
- la modernisation de l'offre de soins,
- l'amélioration des conditions d'hébergement.

Le projet répond à ces objectifs. Il s'agit d'une opération complexe pour lequel le CHU a déjà commencé des opérations préalables.

Le CHU porte l'ensemble des activités de recours et d'excellence de son territoire de santé et à ce titre il a un poids régional fort, seul susceptible d'attractivité vis-à-vis du personnel médical et soignant.

Globalement le périmètre du bâtiment Dupuytren reste constant : 55 % des surfaces sont restructurées lourdement et mises en sécurité, 6 % sont restructurées légèrement et mises en sécurité et 39 % sont uniquement mises en sécurité.

Cependant, ces travaux ont nécessité le déplacement de structures médico-administratives, de laboratoires (le Centre de Biologie et de Recherche en Santé, en partenariat avec l'Université) et la construction à venir du bâtiment médico chirurgical plus spécialement affecté au pôle cœur, poumons, reins (26 000 m² - 86 M€).

Un dimensionnement de la capacité a été établi en concertation avec l'ARS avec les outils AElipce, les guides de dimensionnement et l'observatoire des coûts développés par l'ANAP.

Les travaux de l'immeuble (la tour) Dupuytren

Le point majeur attendu est la mise en conformité incendie et sismique du bâtiment et la mise à niveau technique des performances de ce bâtiment ; le schéma directeur de mise en sécurité a été accepté par l'autorité préfectorale.

Des avancées organisationnelles vont découler de l'opération architecturale :

- occupation de la tour dans une logique de pôle,
- transformation d'une structure de séjours en structure de parcours hospitaliers avec comme organisation principale : la chirurgie ambulatoire.
- amélioration notable de l'accueil hôtelier de CHU par la suppression des chambres à trois lits au profit d'une majorité de chambres à un lit.

La mise en sécurité concerne la totalité du bâtiment Dupuytren, notamment la stabilité au feu de la structure et la mise en œuvre de la nouvelle réglementation sismique. Les travaux seront nécessairement phasés pour permettre au CHU le maintien de son activité. Ce phasage sera travaillé dans le cadre de la mission de programmation avec l'équipe de maîtrise d'œuvre.

Le schéma directeur de mise en sécurité nécessite de rendre la structure porteuse (planchers, poteaux, poutres) coupe-feu 2h (actuellement comprise entre 0,5 h et 1,5 heures). Il y a également lieu de scinder les étages en compartiments totalement indépendants sur le plan technique : gaines de désenfumage, réseaux de fluides et de ventilation.

Il est prévu le remplacement de l'ensemble des panneaux de façade et la dépose des éléments amiantés du bâtiment.

Le schéma directeur de mise en sécurité incendie impose de reprendre entièrement les installations primaires et secondaires du réseau électrique.

A ce stade de l'étude, ni les choix des matériaux, ni les techniques retenues, sur les performances énergétiques par exemple, ne sont arrêtés.

Les surfaces non affectées, permettant les opérations tiroirs à l'intérieur de l'immeuble, sont obtenues par déplacement d'activités sur d'autres bâtiments, par la rationalisation des services restant dans Dupuytren, et la suppression des chambres à 3 lits.

Parallèlement à cette opération technique et dans le cadre du contrat de performance signé avec l'ANAP et l'ARS, il a été réalisé un pré programme des schémas d'organisation : organisation polaire, organisation des circuits patients notamment au niveau de l'activité ambulatoire...

Pour gérer le projet et maintenir sa cohérence, il est mis en place une équipe pluridisciplinaire au sein de la direction.

Il faut noter que divers scénarios ont été envisagés ces dernières années : construction d'un bâtiment neuf (imposé sur le même site par le bâtiment Mère - Enfants mais impossible à réaliser compte tenu de la réserve foncière insuffisante) ou la suppression des derniers niveaux pour échapper à la réglementation IGH (aussi complexe et aussi coûteux que le projet retenu). Le projet retenu est donc la seule solution possible pour répondre à la demande de la Commission départementale de sécurité.

Le site restructuré

A la fin des travaux, le bâtiment Dupuytren comprendra 478 lits de MCO, 178 lits de SSR et 100 places de jour de médecine, chirurgie et SSR.

Concernant le redimensionnement des pôles, la diminution des capacités en lits, l'augmentation des actes de chirurgie ambulatoire (un objectif notable à 50 % des actes de chirurgie), les rééquilibrages entre MCO et SSR, les objectifs sont clairement affichés et respectés. Les surfaces non affectées, nécessaires aux différentes phases de chantier (opérations tiroirs), permettront d'installer sur Dupuytren les activités de SSR, actuellement sur le site de Jean Rebeyrol. Le dimensionnement n'est pas optimisé en ce qui concerne l'occupation de la tour ; le programmiste devrait être sensibilisé au sujet pour dégager des axes d'amélioration.

Le bâtiment V80 de Jean Rebeyrol sera démoli (3 723 m² SDO) et le projet définitif s'accompagnera de la cession du site Cluzeau et du bâtiment HAD.

La configuration définitive du site Marcland comprendra :

- le bâtiment Dupuytren (2024) : 756 lits et places ;
- le bâtiment médico chirurgical (2018) : 313 lits et places ;
- l'hôpital Mère- Enfant (2015) : 215 lits et places ;
- le bâtiment biologie et recherche en santé et du bâtiment ;
- l'USLD Rebeyrol rénové : 191 lits et places.

L'évolution de la volumétrie, en lits et places d'accueil, est somme toute modeste mais elle traduit l'estimation d'une activité qui n'a probablement pas de tendance expansionniste compte tenu du contexte local. C'est la volonté de privilégier la qualité et la sécurité qui soutient ce projet.

On notera que le PGFP global s'élève à 570 M€ sur 13 ans et au final le CHU s'agrandit de 3 600 m².

2. Organisation territoriale de l'offre de soins et dimensionnement capacitaire

La place du CHU est importante dans son territoire de santé puisqu'il représente :

- 48 % des séjours ;
- 48 % de parts de marché, plutôt stables, en distinguant une forte attractivité en médecine et obstétrique (70 %) en progression, mais une concurrence plus forte sur les chirurgies.

On notera des exemples de complémentarités territoriales :

- circuit du patient AVC au niveau régional,
- coopération ville-hôpital en hématologie,
- coopération public - privé en rythmologie et angioplastie,
- coopération régionale en radiothérapie,
- pilotage de l'unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement.

Comme le précise la synthèse de l'ARS, le programme de modernisation semble répondre aux besoins du territoire tels que décrit dans le SROS. La présentation du projet est cohérente, selon les axes aujourd'hui privilégiés : l'ambition affichée est de passer d'une structure de séjours à une structure de parcours, ce qui est en effet souhaitable. Cela suppose notamment d'accentuer très fortement la part de l'ambulatoire. L'effort à faire en la matière est important, le CHU étant plutôt en retard.

Cependant si l'axe ambulatoire est clairement engagé en chirurgie et le programme capacitaire dans ce cas est adapté, les propositions marquant le passage en ambulatoire sur la médecine sont plus floues.

Ce sentiment est renforcé par l'absence de proposition sur l'impact de l'augmentation des lits de médecine gériatrique sur les autres services de médecine tels que la neurologie pour laquelle il n'est pas proposé de diminution de capacité ; il en est de même pour la cardiologie qui voit une augmentation de capacité dans le cadre de la filière AVC. Ce raisonnement est moins évident pour la pneumologie qui voit son nombre de lits diminuer. En outre l'impact de cette orientation sur les services internes et infectieuse n'est pas renseigné.

Le point fort est la structuration de la filière gériatrique ; encore faut-il qu'elle soit relayée par une organisation territoriale incluant fortement le secteur ambulatoire pour éviter comme le précise le SROS sur la prise en charge des personnes âgées les déplacements et les hospitalisations inutiles des personnes âgées.

Cette remarque renvoie à l'organisation territoriale organisée en CHTS.

S'agissant de la prise en charge des maladies chroniques, les axes de coopération sont peu développés. Au vu des conventions signées, les projets médicaux et notamment l'organisation des différentes filières envisagées restent à formaliser. Comment pourraient s'organiser les différentes consultations avancées dans les hôpitaux de proximité et les centres de santé afin d'accompagner le déploiement des filières maladies chroniques par exemple, ou les filières spécifiques telles que décrites dans le SROS ?

Bien évidemment cette structuration centrée sur le parcours du patient a un impact sur les capacités d'hospitalisation traditionnelle. Cette évolution va dans le sens d'une diminution des lits d'hospitalisation et une mutualisation des lits restants par regroupement des spécialités de médecine. Cette évolution rend possible l'adaptation des effectifs soignants en lien avec les capacités redimensionnées.

En conclusion il faut encore approfondir et améliorer les axes de développement de l'activité ambulatoire proposés.

Les éléments d'optimisation de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) et la substitution de la chirurgie classique en chirurgie ambulatoire ont été pris en compte.

3. Dimensionnement, coûts et délais

Le dimensionnement du projet

Le travail de pré programme a porté sur les surfaces utiles cibles, partant du principe que les surfaces dans œuvre allouées à chaque secteur ne sont pas optimisées du fait de la configuration intangible de l'immeuble existant.

Le parti pris du projet qui consiste à restructurer une tour existante induit un ratio surfaces dans œuvre / surfaces utiles peu performant à hauteur de 1,56.

La surface occupée de 121 367 m² pour 756 lits et places entraîne un ratio de 160 m² SDO / lit qui est un chiffre important en regard d'une réalisation neuve qui aboutirait à des ratios de l'ordre de 110 à 120 m² SDO / lit ; le ratio SDO/SU et les contraintes du bâtiment existant sont des explications mais une optimisation reste possible sur ce sujet.

Il restera *in fine* 2 000 m² non occupés dans la tour ; on peut considérer que c'est la réserve foncière du CHU pour des activités futures.

La phase de programmation devrait comprendre un objectif d'optimisation de l'occupation spatiale de la tour afin de dégager des réserves voire alléger la construction du bâtiment médico technique.

Les coûts

Le montant global de l'opération est estimé à 253,3 M€ TDC (dont 7,2 M€ d'équipements) valeur fin de chantier. C'est un montant basé sur un référentiel de coûts; compte tenu de la technicité des travaux, facteur assez généralement inflationniste, il est donc à confirmer.

Un programme fonctionnel et un pré programme ont déjà été établis, figeant ainsi les organisations projetées (étude A2MO de janvier 2013).

Les procédures à venir combinent une consultation d'une compétence de programmiste (niveau PTD) et d'une maîtrise d'œuvre liée au Maître d'ouvrage par un contrat MOP.

Sur le montage des consultations de prestations intellectuelles et de conception, le CHU s'appuie à juste titre sur l'expertise d'un cabinet juridique.

Durant les différentes phases, programmation et études architecturales et techniques au niveau APD, avanceront de concert ; la maîtrise d'œuvre intervient ensuite sur les missions d'exécution par tranches conditionnelles successives.

Le taux de la maîtrise d'œuvre et des prestations intellectuelles diverses est correct : 20 M€ pour 188 M€ de travaux TTC soit 10,6 %.

L'élément de coût induit par la mise en conformité incendie, 80 à 90 M€, mériterait un échange complémentaire avec la commission de sécurité, avec comme objectif de balayer toutes les options techniques possibles pouvant alléger la charge d'investissement.

Le financement repose globalement sur un tiers d'autofinancement, un tiers d'emprunts et un tiers de subventions (89 M€).

Bien que l'estimation de l'investissement ait été assez précisément évaluée, quels sont les risques de dérives des coûts à ce stade ? par exemple les coûts du désamiantage, les coûts induits par les arrêts de chantiers, les déménagements entre chaque phase ? Les perturbations durant les huit ans de chantier sont-ils susceptibles d'atteindre le niveau d'activité prévu ?

C'est un projet complexe. Les études sont en tout début d'exécution aussi bien sur les plans techniques que programmatiques ; il y a donc un risque de glissement des coûts et délais. Il y a lieu de prévoir dans le management du projet des clauses de bilans d'étapes.

Les délais

Bien que la définition précise des phases soit soumise aux avancées de l'étude, il est prévu un chantier en cinq phases, sur 8 ans.

La première phase d'exécution est la plus délicate puisque qu'elle concerne les niveaux bas de l'immeuble et le plateau médico technique qui impactera l'activité de tous les services cliniques du CHU.

C'est une intervention de longue durée pour un même immeuble et il sera important de désigner des partenaires fiables capables d'assurer leurs missions dans la durée. Les défis seront de tenir le programme médical, gérer les nuisances, fidéliser l'ensemble des personnels sur la dynamique du projet.

4. Analyse et soutenabilité financière du projet

Le projet de modernisation et de mise en sécurité du bâtiment Dupuytren du CHU de Limoges s'élève à **247,774 M€**² (périmètre dit COPERMO³) entre 2015 et 2024, dont 92 M€ pour la mise en sécurité et 7,174 M€ pour les équipements. Les premiers travaux ont commencé en 2013. 2024 est le « terme obligatoire pour la mise en sécurité de l'IGH ».

Le projet s'inscrit dans un plan d'investissement plus global de **509,592 M€** sur la même période. Par comparaison, sur les dix dernières années, le total des investissements du CHU a été de 292,938 M€ (document 7).

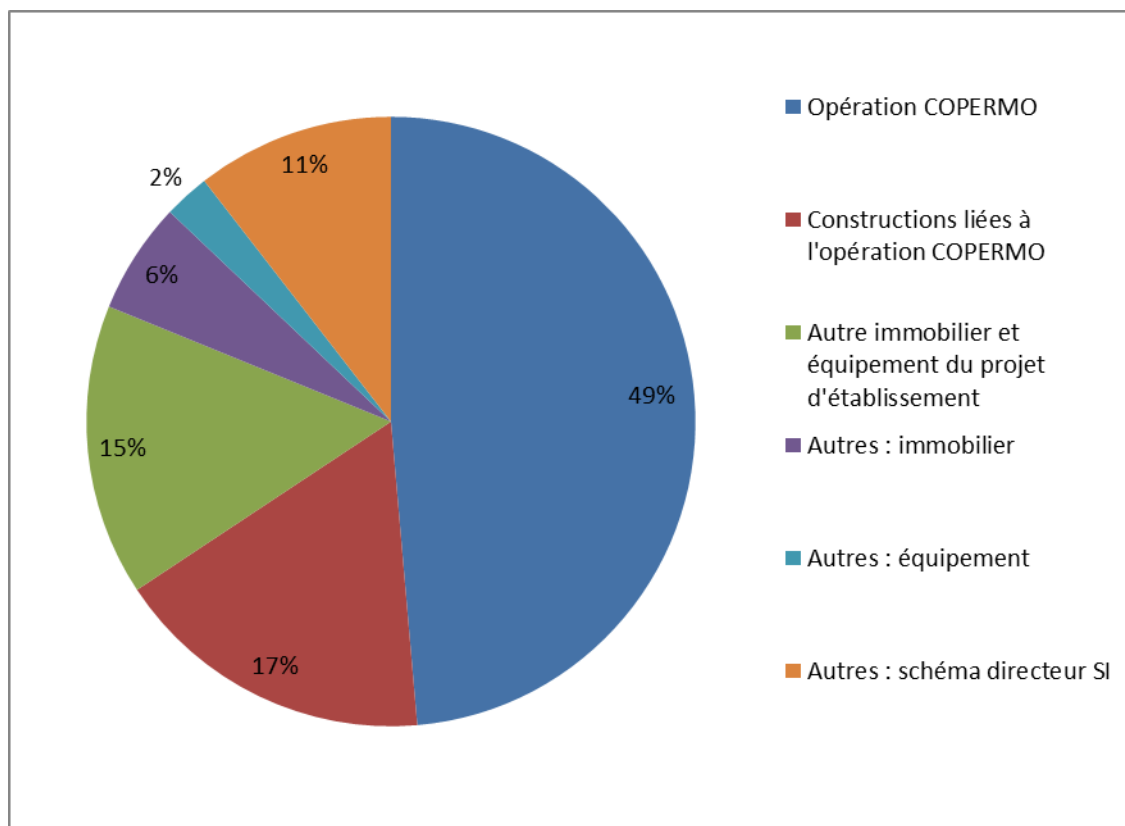
Les autres opérations d'investissement prévues dans le plan global sont :

- Les « autres accompagnements du projet d'établissement »⁴ : 165,824 M€. Ce montant comprend :
 - o des constructions neuves présentées comme des préalables indispensables de l'opération Dupuytren car permettant en particulier de faire des opérations tiroirs : 86,985 M€.
 - o Il s'agit surtout de la construction d'un bâtiment médico chirurgical qui représente 86,215 M€ entre 2015 et 2018. Les deux autres opérations citées dans le dossier ont été mises en service en 2014 : le bâtiment médico administratif a été achevé en 2013 et le centre de biologie et de recherche en santé est quasiment payé (0,770 M€ prévus en 2015 dans le PGFP).
 - o Des équipements prévus dans le projet d'établissement : 59,257 M€.
 - o D'autres projets immobiliers prévus dans le projet d'établissement : 19,583 M€.
- Les autres investissements (immobilier, équipement, schéma directeur SI) : 95,994 M€.

² Note ARS (document 5) : total de l'opération = 248,398 M€

³ Périmètre établi selon les préconisations de la DGOS (document 11).

⁴ Le CHU indiquant que l'opération Dupuytren est articulée avec le projet d'établissement (document 11).



Comme l'indique le CHU (document 11), « *la mise en sécurité et la modernisation de l'ensemble du bâtiment Dupuytren ne peuvent être envisagées sans la réalisation des constructions neuves.* » En conséquence, le projet est en fait d'au moins 335 M€ (248 +87), même si le dossier est présenté autrement.

L'opération Dupuytren est majeure à plusieurs égards pour le CHU de Limoges (mise aux normes de sécurité incendie, attractivité pour les patients et les personnels, notamment médicaux...). Elle représente 48,6 % des investissements prévisionnels du CHU sur les dix prochaines années.

Le fichier RSI (document 29) montre une VAN de -89 M€⁵ (délai de récupération : 2046), en partie expliquée par la mise aux normes qualifiée d'exceptionnelle dans le fichier DIPI revu par la DGOS.

Le plan de financement proposé pour l'opération revient à :

- une demande d'aide importante, à hauteur de **89 M€**, soit 36 % du montant de l'investissement COPERMO, dont **58,962 M€** effectivement mobilisés entre 2015 et 2024 :
 - o 44,5 M€ en subventions d'investissement FMESPP par tranche de 5,562 M€ entre 2015 et 2022 ;
 - o 14,462 M€ en exploitation (AC national) selon une montée en charge de 8 tranches de 5,562 M€ versées sur 20 ans à partir de 2015.

⁵ Au taux d'actualisation fixé à 4,11% (niveau d'OAT historique fixe, selon le guide fourni à la contre-expertise).

Le versement du solde, soit 30,037 M€, impacterait l'exploitation après 2024, selon ces mêmes modalités.

- Un autofinancement de 90,725 M€, qui s'appuie en particulier sur l'amélioration de la marge brute, qui passe de 5,30 % en 2014 à 7,95 % en 2022, puis à 8,07 % en 2024.
- Des emprunts présentés comme « non aidés » pour 98,086 M€.

Il est prévu de procéder à ces emprunts sur 15 et 20 ans, ces « durées étant calées sur les amortissements » (document 7). Les taux d'intérêt retenus sont ceux des dernières souscriptions : 1,58 % pour les emprunts à 15 ans et 2,19 % pour ceux à 20 ans.

Le CHU indique dans sa note (document 11) que « l'aide COPERMO représente une faible part du programme d'investissement 2015-2024 (12 %) et du périmètre des investissements soumis au COPERMO pour cette même période (24 %) ». Ce calcul est fait en tenant compte de l'aide versée entre 2015 et 2024, soit 59 M€ (et non 89 M€).

Sur la période 2015-2024, le tableau emplois – ressources global montre :

Emplois 2015-2024		Ressources 2015-2024	
Immobilisations	509,59	Capacité d'autofinancement	359,67
		dont aide AC exploitation	14,46
Opération COPERMO	247,77		
Immobilier	240,60	Cessions d'immobilisations	5,48
Mise en sécurité	92,78		
Restructuration	147,76		
Déconstruction	0,06		
Equipement	7,18		
"Autres accompagnements du projet d'établissement"	165,82	Dotations et subventions	48,49
Constructions neuves	86,98	Subvention COPERMO	44,50
Projets immobiliers	19,58	en capital	
Equipement	59,26	Autres	3,99
Autres investissements	95,99		
		Emprunts	213,05
Remboursements de dettes	112,22		
Apport au fonds de roulement	4,88		
TOTAL EMPLOIS	626,70	TOTAL RESSOURCES	626,70

La capacité d'autofinancement de la période 2015-2024 s'appuie sur une marge brute hors aides de 326 M€ pour le CRP, de 24 M€ pour les CRA, avant impact des charges financières, d'amortissement et provisions.

Analyse

Précision : le dossier est détaillé et le fichier PGFP comporte des commentaires pour identifier certains surcoûts ou économies. Certains éléments sont saisis (amortissements, frais financiers, etc.). La contre-expertise s'appuie sur ces données validées par l'ARS.

Evolution de la marge brute

Le **taux de marge brute hors aides** atteint un niveau voisin des objectifs fixés par la DGOS (8 %) à partir de 2022.

Cela suppose une progression de la marge brute importante en début de période et notamment dès 2015 (la marge brute non aidée était de 5,17 % en 2012, année de référence du dossier⁶).

	2013	2014	2015	2016
Taux de marge brute hors aides	5,08 %	5,30 %	6,51 %	6,89 %
Montant en M€	21	22	27,53	29,34

L'amélioration en 2015 s'explique par l'augmentation des recettes, liée surtout à l'amélioration du codage (1,5 M€, pérenne) et à l'extension de la gériatrie aigue (+850 000€, montant sous-estimé selon l'ARS), ainsi que par la poursuite de la maîtrise des charges d'exploitation (+ 0,37 % entre 2014 et 2015, après + 0,56 % en 2014 et +0,98 % en 2013). Le CHU indique mettre en œuvre un plan efficience depuis 2009 et prévoit de le poursuivre sur toute la durée du programme d'investissement. Plusieurs actions sont issues du projet performance du CHU.

Comment évoluent les produits et les charges du CHU projetés dans le PGFP pour permettre ce niveau de marge brute non aidée ?

Le dossier indique dans plusieurs documents que les simulations financières respectent les consignes de la DGOS, sur des points essentiels comme l'évolution des recettes de l'assurance maladie, la part de l'ambulatoire portée au chiffre cible national de 50 %, les modalités d'aides...

On note :

- Une hausse des recettes limitée à +0,94 % par an en moyenne entre 2014 et 2024. En particulier, après 2015, le PGFP intègre une faible progression des produits de la tarification des séjours T2A (+ 0,15 % en moyenne entre 2015 et 2024) et la stabilisation des MIG, AC et FIR selon les consignes de la DGOS. Les produits de titre 2 augmentent de +2 % en moyenne entre 2015 et 2024. Ceux de titre 3 prévoient notamment une hausse des tarifs de chambre particulière, suite à la modernisation du CHU sur ce plan.

⁶ Le dossier indique que l'année 2013 est atypique car elle « a connu pour des raisons conjoncturelles une baisse d'activité en particulier en chirurgie ». L'ARS a confirmé que la situation s'était rétablie en 2014.

L'ARS estime que la prudence des prévisions de recettes permettra d'absorber d'éventuelles pertes d'activité, qui sont possibles face à un tel chantier en site occupé.

- Et, en parallèle, une prévision de maîtrise des dépenses. Les charges de personnel augmentent modérément, de 0,8 % en moyenne entre 2015 et 2024, dont +1,8 % pour le personnel médical et + 0,7 % pour le personnel non médical, en particulier du fait d'un GVT négatif et de la prise en compte de mesures d'efficience. On retrouve globalement les montants annoncés dans le RSI pour l'opération Dupuytren⁷. Des surcoûts ou économies viennent également d'autres projets.

Ces prévisions supposent une réelle maîtrise des charges dans la durée. L'ARS qualifie l'évolution des charges de personnel de « prudente ». Mais elle indique aussi que les objectifs sont ambitieux, au vu des augmentations de charges de personnel des années précédentes, qui supposent un ralentissement net dès 2015. L'ARS conclut à la nécessité d'un suivi très rigoureux de la mise en œuvre du plan. La contre-expertise partage ce point de vue.

Retour sur investissement de l'opération du périmètre COPERMO

L'évolution de la marge brute escomptée tient compte du retour sur investissement prévu par l'opération :

- Le fichier RSI détaille les gains de productivité et les économies en exploitation escomptés. Le gain net prévu est de **7,9 M€ en 2025**, année de mise en service de l'opération. Le gain de productivité correspond à une réduction théorique de - 166 emplois mais l'engagement de la MOA est de - 128 emplois⁸.
- La note de l'ARS précise la totalité des réductions d'ETP prévues dans le PGFP après le projet : - 198,5 emplois dont - 1 PM et - 197,5 PNM (- 71 ETP administratifs, techniques et médico techniques, - 23 liés au bâtiment biologie (donc hors COPERMO) et -105 ETP soignants).
- L'ARS se propose de consacrer un point spécifique du dialogue de gestion aux modalités concrètes de réduction d'effectifs car elle n'en a pas le détail et précise que « les économies de postes devront faire l'objet d'une anticipation plus précise ».

Après celui sur les charges de personnel, il s'agit d'un autre signal donné par l'ARS sur la nécessité de suivre au plus près la mise en œuvre effective du projet, au-delà de sa présentation formelle. Cette position doit être soutenue.

Synthèse sur la marge brute

L'hypothèse d'évolution de la marge brute est crédible au vu des éléments fournis.

Cependant, des prévisions financières sur 10 ans sont nécessairement fragiles, les dérapages potentiels pouvant se cumuler. De manière très théorique, si la marge brute était maintenue à son niveau de 2014, soit 22 M€, sans évoluer jusqu'à 8 %, la perte financière serait de l'ordre de 105 M€ au total sur les 10 ans du plan.

⁷ Le rythme de montée en charge et le libellé peuvent être un peu différents de ceux du RSI.

⁸ La ventilation théorique par métiers dans le RSI détaille 140 emplois.

L'ARS dans son rapport identifie précisément les risques propres à cette opération et leur importance : « les risques que porte l'opération Dupuytren sont significatifs puisqu'il s'agit d'un projet compliqué d'une longue durée sur site occupé. Les travaux apporteront de réelles nuisances sur plusieurs aspects et les risques que l'on peut appréhender sont nombreux et de différentes natures (neutralisation de zones, impacts sonores, poussières, accès au bâtiment, limitation du stationnement ; dégradation des conditions d'accueil, perte de recettes...) ». « le CHU conservera-t-il sa même attractivité ? Le risque est aussi financier : maintien à niveau de l'activité projetée ».

De plus, comme dans l'ensemble des dossiers présentés au COPERMO, l'une des questions principales est la faisabilité, dans la durée, des efforts de gestion nécessaires pour augmenter puis conserver un taux de marge brute permettant de réaliser un plan d'investissement ambitieux, bien préparé et attendu depuis longtemps par le CHU, alors que l'environnement financier général est incertain, comme déjà indiqué dans un autre dossier soumis à la contre-expertise, avec la forte maîtrise de l'ONDAM et les plans d'économie nationaux qui s'ensuivent, dont celui annoncé de 3 Mds€ sur la période 2015-2017.

Situation de l'endettement du CHU de Limoges

La situation du CHU de Limoges se caractérise par un endettement maîtrisé avant le projet : la dette est de 31 M€ fin 2013 (32,6 M€ fin 2014), dont 24 M€ d'emprunts obligataires. Un remboursement *in fine* de 20 M€ est prévu en 2019. Les critères introduits par le décret de décembre 2011 sont très favorables en 2013 :

	Seuil du décret	Situation en 2013	2^{ème} décile même catégorie⁹	2^{ème} décile, même typologie
Ratio d'indépendance financière	< 50 %	13,6 %	42,9	30,7
Poids de la dette sur total des produits	< 30 %	6,56 %		
Durée apparente de la dette	< 10 ans	1,3	3,9	2,9

En 2013 et 2014, le CHU a utilisé la trésorerie disponible et limité le recours à de nouveaux emprunts. Son fonds de roulement a alors diminué de manière importante : - 19 M€ en 2014 après - 25 M€ en 2013. Le fonds de roulement fin 2014 est de 10,727 M€, soit 9,1 jours de charges courantes. Il est stabilisé à ce niveau jusqu'en 2023. En 2024, il augmente de 5 M€ pour alimenter directement la trésorerie. Il augmente ensuite jusqu'à 75 M€ en 2027 (le PGFP n'inclut pas d'investissements entre 2025 et 2027, le CHU et l'ARS expliquent montrer ainsi la tendance 3 ans après la fin de l'opération). L'établissement prévoit en effet d'autres investissements importants à l'issue de ce plan (Hôpital mère enfant...) ; il a donc besoin de conserver une capacité d'emprunt à cette échéance. On note d'ailleurs que les taux de vétusté resteront élevés en fin de période.

⁹ Source : hospidiag

Entre 2015 et 2024, le besoin en fonds de roulement du CHU est également stabilisé à son niveau de fin 2014, soit 10,7 M€ ou 9,1 jours de charges courantes, la trésorerie étant nulle. Selon les données d'Hospidiag, les niveaux du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement sont faibles par rapport aux autres établissements de même catégorie, car maîtrisés par la politique menée par le CHU depuis plusieurs années. Comme le note l'ARS, les conséquences de la facturation individuelle ne peuvent pas être anticipées.

Une fois ces marges mobilisées, le poids de la dette augmente très fortement jusqu'en 2024 du fait d'un PPI très important, qui représente deux fois le périmètre COPERMO :

	Avec aide		Sans aide	
	Encours de la dette en capital	Encours de la dette en capital en % des produits consolidés	Encours de la dette en capital	Encours de la dette en capital en % des produits consolidés
2014	32 649 072,80	6,93	32 649 072,80	6,93
2015	70 514 902,31	14,74	76 354 902,31	15,98
2016	104 745 186,14	21,74	116 818 852,81	24,31
2017	142 586 406,15	29,01	161 298 845,57	32,92
2018	171 734 934,37	35,01	197 503 940,44	40,44
2019	172 787 542,34	34,96	206 035 202,39	41,92
2020	162 894 561,51	32,69	204 054 002,68	41,23
2021	162 585 486,26	32,43	212 096 919,47	42,64
2022	150 459 701,58	29,67	207 616 047,62	41,31
2023	158 196 701,58	30,99	224 102 047,62	44,28
2024	158 196 701,58	30,73	227 444 047,62	44,56

Selon le PGFP avec aides, seul le critère « dette en % des produits consolidés » dépasse le seuil fixé par le décret sur l'endettement de décembre 2011. En revanche, sans aide, deux critères seraient dépassés à partir de 2019 : le critère « dette en % des produits consolidés » et le taux d'indépendance financière. Le CHU ne pourrait alors plus emprunter sans autorisation de l'ARS.

La note de l'ARS montre que le niveau d'endettement du CHU reste très inférieur au niveau de l'endettement soutenable calculé selon la méthode de l'IGAS (taux retenu dans les calculs de 2,19 % et durée de 15 ou 20 ans). L'endettement du CHU retenu pour cette comparaison (tableau de la page 77 du document 5) est l'endettement sans aide du PGFP (document 27). Cela signifierait que même sans aide, l'endettement serait, dans ce sens, soutenable. Ce serait aussi le cas en retenant un taux de 5 % sur 20 ans. Cependant, cette méthode de calcul de l'endettement maximal laisse peu de marges pour les années suivant la mise en service de l'opération.

En conclusion, pour la partie financière,

Le PGFP est construit afin que deux au moins des critères sur l'endettement des hôpitaux soient respectés jusqu'en 2024. L'aide demandée n'est donc pas une aide uniquement pour le périmètre COPERMO, mais une aide globale à l'équilibre du PGFP. L'ARS le mentionne clairement dans son rapport et le CHU dans sa réponse à une question de la contre-expertise. Sur les 59 M€ d'aides prévues entre 2015 et 2024, 5 M€ augmentent le fonds de roulement de fin 2024 pour commencer à préparer les opérations ultérieures car le CHU de Limoges anticipe, après les 10 ans de restructuration Dupuytren et les autres opérations pour un PPI de 509 M€, d'autres opérations majeures et a besoin, à ce titre, de conserver un potentiel d'emprunt.

L'étude de l'endettement prévu par rapport au niveau soutenable maximal, produite dans le dossier, montre que le PPI pourrait être financé sans aide, mais au prix d'un endettement qui serait en fait très lourd, avec des critères très au-delà des seuils de l'article D6145-70 CSP.

Le 9 mars 2015, l'ARS a transmis la réponse du CHU sur les modalités techniques de détermination de l'aide. Elle a ajouté un « *aspect politique complémentaire : la trajectoire du PGFP comme indiqué dans la note ARS est assez restrictive avec des taux d'évolution très contenus, impliquant un niveau d'effort certain de la part des équipes de ce CHU. L'aide de 89 M€ constitue aussi une contrepartie en termes d'acceptabilité du plan pluriannuel, signifiant un minimum d'accompagnement externe, dans le contexte d'un projet de restructuration ancien et politiquement sensible.* »

Le fait d'accompagner le CHU dans une opération exceptionnelle de mise aux normes et, plus généralement, dans un projet complexe de restructuration, est cohérent. Mais en suivant le raisonnement de la recherche de l'équilibre du PGFP et en tenant compte des incertitudes inévitables dans des projections aussi longues, il paraît prématuré de s'engager sur la totalité de l'aide demandée, 30 M€ devant être versés après 2024.

Etant donné les questions sur le coût du projet (partie 2), il semble opportun, afin de fixer le montant de l'aide, de voir aussi dans quelle mesure des tranches conditionnelles peuvent être identifiées dans le reste du PPI, hors périmètre COPERMO.

5. Conclusions

Le projet de modernisation et mise en sécurité du CHU de Limoges est nécessaire et urgent en regard de l'avis défavorable de la sous-commission départementale de sécurité de 2010 et de la nécessité de la mise aux normes sismiques. Les alternatives au projet : reconstruction du CHU sur un autre site ou déconstruction de l'IGH, ont été étudiées mais écartées précédemment. Les préalables déjà engagés ne permettent pas d'autres alternatives. Au-delà de la mise en sécurité, le projet comporte un volet de modernisation, dont la réduction du nombre de chambres à 3 lits et un objectif de 80 % des lits en chambre individuelle.

Le dossier est complexe et il apparaît qu'on ne peut pas déconnecter l'opération Dupuytren (248 M€) des autres investissements, en particulier du bâtiment médico-chirurgical (BMC - 86 M€). L'opération s'inscrit dans un programme d'investissement global de 509 M€ entre 2015 et 2024.

Le projet prévoit des améliorations en termes de parcours du patient et de prise en compte de l'organisation en pôles. Il semble répondre aux besoins du territoire tels que décrits dans le SROS, mais il devrait être précisé sur la prise en charge des maladies chroniques au regard des coopérations avec les établissements de proximité. De plus, les options capacitaires pourraient être optimisées, notamment en médecine. L'objectif de chirurgie ambulatoire est ambitieux mais les capacités de l'hospitalisation conventionnelle devraient être revues en conséquence. La révision à la baisse du programme capacitaire devrait permettre de réduire le dimensionnement du bâtiment médico-chirurgical au profit de la densification de la tour Dupuytren.

Le dossier présenté à la contre-expertise s'appuie sur les références nationales de l'ANAP ainsi que sur les orientations données par la DGOS ; cependant sur le ratio m² par lit, le résultat n'est pas satisfaisant et s'écarte très sensiblement du référentiel ANAP : le projet arrive à un ratio de 160 m² par lit vs. 110 / 120 m² par lit dans le référentiel ANAP, ce qui rend nécessaire un travail complémentaire sur les choix d'organisation.

Les coûts d'investissement à ce stade sont à consolider au niveau de la programmation et de l'évaluation des risques techniques (amiante notamment). A ce titre, un travail de coordination avec la commission de sécurité devrait se poursuivre pour envisager des pistes d'économies.

Sur le plan financier, le CHU est peu endetté en début de période et veut garder une possibilité d'emprunt en 2025 pour des opérations ultérieures. L'aide demandée est de 89 M€, dont 59 M€ inclus dans la période 2015-2024. L'aide a en fait pour objectif d'équilibrer le PGFP qui est construit afin que les trois critères d'endettement fixés par le code de la santé publique soient respectés fin 2024. Si une aide, pour cette opération en partie exceptionnelle, peut être accordée au CHU, son montant doit être apprécié après la reconsidération des points évoqués ci-dessus (optimisation capacitaire, optimisation du coût des investissements, vérification du bon dimensionnement des opérations hors COPERMO).

Il s'agit d'une opération longue, complexe, en site occupé, où les nuisances devront être particulièrement encadrées. Ses risques sont bien identifiés par l'ARS, qui prévoit de la piloter de près. Dans le management du projet, il convient de vérifier la cohérence et la continuité de l'équipe projet et la tenue de points d'étape réguliers pour vérifier les paramètres d'activité, de coût et de financement.

La contre-expertise valide la pertinence du projet et l'intérêt de sa mise en œuvre sous réserve de :

- l'optimisation capacitaire,
- la densification de l'immeuble Dupuytren,
- la vérification du niveau global d'investissement nécessaire,
- l'ajustement de l'aide au strict besoin d'équilibre d'un plan optimisé.