

Paris, le 10 juillet 2013

**Rapport de contre-expertise du
dossier d'évaluation socio-économique du
projet de reconstruction du CH d'Ajaccio**

Contre-expertise au titre de l'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012

Dossier soumis par le Directeur général de l'offre de soins, Ministère des affaires sociales et de la santé le 20 juin 2013

1. Description synthétique du projet

- Corse, première région de France pour les plus de 75 ans, 10 % de la population (8 % de la France entière)
- Ils représentent + de 15 % dans plusieurs bassins de vie rurale : ce qui entraîne des besoins de soins nécessitant une prise en charge coordonnée
- En 2040, un insulaire sur trois sera âgé de +de 65 ans, 1 sur 8 de plus de 80 ans
- Recul de la natalité : - 10 % d'ici 2030
- En Corse du Sud : +3,3 % d'habitant en 2020, augmentation des + de 75 ans, soit 21 %.

1.1. Description synthétique du projet (Source ARS 30 avril 2013)

Le Centre Hospitalier d' Ajaccio est un établissement de 443 lits et places, installé en centre-ville, sur deux sites. Le site de « la Miséricorde » regroupe l'essentiel de l'activité MCO et des urgences, ainsi que les équipements médico-techniques à l'exception du laboratoire d'anatomo-pathologie. L'administration de l'établissement y est également installée. Les locaux de soins datent de 1958.

Le site « Eugénie » est situé à trois kilomètres du site de « la Miséricorde ». Il regroupe pour l'essentiel l'unité de soins de longue durée, un EHPAD, un service de soins de suite et de réadaptation, l'unité de soins palliatifs ainsi que le laboratoire d'anatomo-pathologie. Les locaux datent des années 1970.

L'offre sur ce secteur est composée :

- D'un établissement privé, le SA clinique d' Ajaccio ayant regroupé l'ensemble de ses activités sur le site de Clinisud au début de l'année 2013 (à l'exception de la cardiologie). Cet établissement est autorisé à l'activité de soins en médecine et chirurgie en hospitalisation partielle et complète ainsi qu'une autorisation de soins pour le traitement chirurgical du cancer en urologie et digestif.
- D'un deuxième établissement public, le CHD de Casteluccio regroupe les prises en charge en psychiatrie et en cancérologie pour les modalités de radiothérapie et chimiothérapie ainsi que des lits identifiés en soins palliatifs.

L'établissement privé de Corse du Sud, la polyclinique du Sud de la Corse n'intervient pas dans l'offre de grand Ajaccio compte tenu de son éloignement géographique (2h30 à 3h) du site d' Ajaccio.

Les accès, les infrastructures et les fonctionnalités du site de la Miséricorde sont aujourd'hui dépassés. Le site présente des dysfonctionnements en matière de sécurité incendie (avis défavorable de la Commission de Sécurité). Le bâtiment construit dans les années 60 ne correspond plus aux exigences minimales pour une prise en charge de qualité et toutes les installations techniques sont obsolètes.

L'opération consiste donc à reconstruire l'établissement sur un autre site. Le terrain a été acquis en 2005. Il est situé à la périphérie de la ville, dans un secteur de développement urbain et d'activité.

Le scénario de l'opération repose sur les principes suivants :

- Reconstruction du plateau technique et de l'hébergement de court séjour et des soins de suite et de réadaptation du nouveau Centre Hospitalier sur le terrain du Stiletto.
- Maintien de trois sites d'hospitalisation publique dans l'agglomération ajaccienne : Eugénie (en ville, propriété du Centre Hospitalier) ; Caslelluccio (Centre Hospitalier public hébergeant une activité de psychiatrie et une activité oncologie-radiothérapie situé à cinq kilomètres en amont de l'agglomération, propriété partagée entre le département de Corse du Sud et le CHD), le Stiletto (terrain propriété du CHA, de quinze hectares dont huit constructibles)
- Restructuration du site Eugénie dédié aux activités de gériatrie (EHPAD, USLD et activités Alzheimer) envisagée

La décision de reconstruire a été arbitrée par l'Etat lors du protocole de fin de conflit signé par les organisations syndicales le 11 décembre 2009.

La reconstruction du CH d'Ajaccio a été actée par lettre ministérielle du 12 avril 2012, laquelle précise que l'établissement bénéficiera d'un soutien financier exceptionnel de l'Etat à hauteur de 130 M€ auxquels s'ajoutent 5 Me pour le financement de la restructuration des urgences sur le site actuel.

1.2. Le projet médical adopté par l'établissement et validé par l'ARS est globalement conforme au PRS

Il envisage deux phases dans la modernisation du Centre Hospitalier :

- **2013/2017 phase intermédiaire : mise aux normes des installations existantes et reconfiguration des services d'hospitalisation**
- **2017/2018 livraison du nouvel hôpital : poursuite de la recomposition de l'offre de soins et diminution des services.**

La recomposition de l'offre de soins de médecine et la diminution de l'hospitalisation conventionnelle et le développement d'un partenariat public/privé est au centre du projet.

La réalisation de ce projet doit contribuer au redressement durable de l'établissement. C'est pour cette raison qu'il convient de lier de manière étroite l'évaluation de ce projet avec les efforts engagés par l'établissement pour définir un plan de retour à l'équilibre, condition nécessaire à la soutenabilité de la reconstruction.

Le plateau technique

	Actuel	Phase 2013/2017	Nouvel hôpital
Bloc	6 salles	6 salles	8 salles dont : 3 polyvalentes 1 césarienne 1 orthopédie 1 endoscopie 1 cardio-vasculaire interventionnelle 1 ambulatoire
Dans le cadre de la mutualisation de l'activité opératoire de la clinique deux salles supplémentaires peuvent être créées.			
Bloc obstétrical	2 salles d'accouchement	2 salles d'accouchement	2 salles de pré-travail et 3 salles de travail
Urgences	8 box + 1 SAVU	11 box+ 1 salle de plâtre + 2 SAVU	idem

Calendrier prévisionnel (projet nouvel hôpital)

- Lancement du concours : 3^{ème} trimestre 2013
- Démarrage du chantier : printemps 2014
- Livraison : 2017/2018

Les études de restructuration ont été abandonnées au profit d'une construction neuve répondant aux besoins en matière de santé publique, compte tenu d'un diagnostic très défavorable :

- manquement à la sécurité incendie (avis défavorable de la commission de sécurité)
- non accessibilité handicapé
- qualité hôtelière dégradée
- degré de vétusté très élevée de certaines installations.

2. Opportunité du projet de restructuration par rapport à l'offre de soins

Le contrat de retour à l'équilibre signé avec l'ARS pour la période 2009/2013 n'a pas été respecté.

La situation prévisionnelle de l'exercice 2012 confirme la gravité et la rechute avec un déficit important.

Les administrateurs provisoires proposent une transformation profonde de l'établissement à la fois dans les activités médicales, les modes de fonctionnement et dans les conditions de travail de l'ensemble des personnels médicaux et non-médicaux.

Ces transformations sont proposées dans la perspective du nouvel hôpital. Elles sont organisées en deux phases :

- La poursuite de la modernisation des sites de la Miséricorde et d'Eugénie pendant la période intermédiaire – 2013/2017- conformément au projet médical adopté par le Directoire, la CME et le Conseil de Surveillance en septembre 2012.
- La construction et la mise en place d'un projet social fondé sur le dialogue, l'équité dans la répartition des moyens, le respect de la réglementation, la reconnaissance des qualifications et la préparation aux changements induits par le nouvel hôpital.
- L'optimisation de la gestion de l'établissement et de son fonctionnement par le chantier de réorganisation touchant les fonctions supports au bénéfice des services de soins.

Pour l'ARS, le projet est cohérent avec les orientations prioritaires SROS/PRS :

- Consolider la filière urgences
- Développer la chirurgie ambulatoire (40 %)
- Poursuivre la structuration de la filière gériatrique
- Structurer la filière neuro-vasculaire
- Participer à une fédération de cancérologie public/privé sur la Corse du Sud
- Réorganiser l'hospitalisation en médecine
- Consolider le pôle parents-enfants
- Développer la cardiologie par le regroupement à terme sur le site actuel puis sur celui du nouvel hôpital l'activité des cardiologues publics et libéraux.

Mise en œuvre du projet médical

1. Extension des urgences et de la réanimation (seule réanimation sur le 2B)

- Reconstruction des urgences préalable à cette réorganisation et à l'amélioration du parcours du patient
- Mise en place de la surveillance continue

2. Réorganisation de la filière chirurgie

- Développement de la chirurgie ambulatoire dans les champs concernés par l'établissement (ORL, ophtalmologie, gynécologie, urologie, orthopédie, chirurgie viscérale et vasculaire).
- Délocalisation de cette unité dont la capacité pourrait être augmentée pendant la période intermédiaire à 9 places.
- Diminution des lits d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie pour atteindre un taux de chirurgie ambulatoire de 42 % sur les 4725 séjours actuels. Diminution des lits : 72 lits actuels pour atteindre 54 dans le nouvel hôpital.

3. Labellisation de l'unité neuro-vasculaire sur la base de 9 lits d'UNV et 3 lits d'USIN

L'établissement possède les ressources médicales nécessaires. Le recrutement d'un chirurgien vasculaire et la mise en œuvre du GCS cardiologie sont des atouts pour construire cette filière.

Une réflexion est entamée sur l'opportunité de regrouper dès la phase intermédiaire les soins intensifs avec ceux de la cardiologie.

4. Amélioration de la prise en charge de la personne âgée

- Extension du court séjour gériatrique de 12 à 20 lits
- Ouverture et relocalisation de 8 lits de SSR (unité cognitive comportementale)
- Ouverture de 2 lits pauci-relationnels
- Ouverture d'un PASA

5. Développement de la cardiologie par le regroupement sur le site de la Miséricorde des activités des cardiologues publics et libéraux.

- Extension de l'USIN à 8 lits
- Extension des lits de cardiologie à 20 lits
- Constitution d'un GCS avec le secteur privé pour regrouper l'ensemble des activités d'explorations fonctionnelles, d'angiographie-angioplastie, d'hospitalisation en court séjour, en USIC et de rythmologie sur le site de la Miséricorde

6. Réorganisation de l'hospitalisation de médecine

- Développement des lits programmés en fonction des déficits de l'offre de soins : diabète, exploration du sommeil
- Conforter les activités existantes par le recrutement de spécialistes

7. Consolidation du pôle parents-enfants : seul service de pédiatrie -du département- et maternité au niveau 2

- Création unité médico-judiciaire pour les enfants victimes de violence
- Création de chambres kangourous
- Développement en matière de cancérologie pelvienne et mammaire.

8. Promouvoir une fédération de cancérologie publique et privée - avec regroupement sur le nouveau site de l'imagerie nucléaire

3. Le dimensionnement capacitaire du projet

Médecine

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Hospitalisation complète	96	104	105
HDJ	0	3 places	8 places
TOTAL	96	107	113

Chirurgie

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Hospitalisation complète	70	52	45
Ambulatoire	2	7	9
TOTAL	72	59	54

Gynécologie

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Hospitalisation complète	38	30	30
Rédalie et Néo-nat	23 (6nn)	23	20 (dont 6nn)

Lits chauds

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Surveillance continue	11	10	10
Surveillance continue	0	5	5
USIC	6	9	9
USIN	0	3	3
UHTC	4	8	8

Dialyse

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Centre	8	8	8
UDM	4	4	6

SSR

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
Hospitalisation complète	46 dont 6 ucc	60 dont 8 ucc	60

Soit au total

	Actuel	Phase 2013-2017	Nouvel hôpital
MCO	258 lits en place	258 lits en place	258 sans UHCD
SSR	46	60	60

SYNTHESE

- **Au vu du dossier, la réponse aux besoins de santé du territoire (140 000 habitants, population vieillissante) est adaptée et novatrice.**
- **L'offre de soins correspond à celle proposée pour un hôpital de référence.**
- **La structuration et le développement des filières de soins proposés sont une garantie quant à la réalisation du projet.**
- **La réorganisation de l'hospitalisation avec une diminution des lits conventionnels et un développement des lits d'hospitalisation programmée de jour contribue à la modernisation de l'offre.**
- **La complémentarité et la coopération public/privé par le regroupement d'activités et de plateaux techniques confortent la dynamique entamée pendant la phase intermédiaire.**

Cependant,

- **La réalisation d'un tel projet implique un recrutement médical ambitieux au vu de la démographie médicale nationale, d'autant que la moitié des chirurgiens publics et privés vont partir à la retraite d'ici la fin de la phase intermédiaire.**
- **La mutualisation du bloc opératoire sur le nouveau site est un objectif qui peut être remis en question par le dynamisme du regroupement de l'activité privée (hors cardiologie). La concurrence publique/privée peut être un frein au développement du partenariat envisagé.**
- **Le partenariat public/privé reste à formaliser notamment en cancérologie.**

Enfin, les conditions de réussite passent par un engagement fort des acteurs et une gouvernance stable et permanente d'autant que le Plan de Retour à l'Equilibre (en matière de diminution des dépenses) est conditionné par la signature d'un contrat de progrès. La formalisation d'une telle démarche nécessite une attention particulière tout au long du suivi du projet.

4. Analyse du projet immobilier

La contre-expertise réalisée dans ce chapitre relatif au volet immobilier du projet a pour objectifs de répondre plus précisément aux questions suivantes :

- Est-il opportun de réaliser les opérations structurantes intermédiaires ?
- Est-il opportun de réaliser, tel que présenté, le projet de reconstruction sur le site Stiletto ?
- Et enfin, toutes les conditions sont-elles requises pour mener à bien ce projet dans les délais et les coûts annoncés ?

Enfin, il est important de préciser que la contre-expertise du projet immobilier a été réalisée en fonction de la nature et du contenu des documents mis à disposition et des délais impartis.

4.1. Les sites actuels et leurs projets

4.1.1. La Miséricorde

Cet établissement date de 1956 ; le CHA précise qu'il est globalement vétuste tant dans son bâti que dans ses installations techniques. Il fait régulièrement l'objet d'avis défavorables de la commission de sécurité incendie. Le dimensionnement des unités de soins n'est pas optimal et homogène, les capacités de ces unités varient entre 12 et 22 lits maximum.

Ce diagnostic dressé, par le CHA et partagé par l'ARS, amène effectivement à la conclusion qu'une réponse durable ne peut se trouver dans une restructuration de l'existant.

L'établissement a décidé d'entreprendre quelques opérations dans la période intermédiaire. Il y a peu de remarques à formuler puisque celles-ci ont déjà été enclenchées avec des objectifs opérationnels à fin 2013.

Par conséquent, la réalisation des objectifs annoncés par l'établissement ne pourra être effective qu'en 2014.

Par ailleurs :

- *l'établissement doit encore identifier 'une aile tiroir' afin de mener à bien ces rénovations ;*
- *les ouvertures des urgences et toutes les opérations de restructuration ne sont pas acquises et reposent sur la poursuite des travaux de mise en sécurité. Le CHA précise également que le montant de ces travaux n'est pas définitivement arrêté puisqu'il reste conditionné à des demandes supplémentaires de la part de la commission de sécurité.*

4.1.2. Le site Eugénie

Le site est situé à 3 km du site de la Miséricorde. Les locaux datent des années 1970. Il pose les mêmes difficultés de conditions d'accueil et d'hébergement des patients. L'établissement est frappé d'un arrêté de fermeture.

Le CHA fait état d'un programme de réhabilitation pour un montant global de 9,6 M€ dont 9,1 M€ sur la période 2013-2017. Son contenu et son contour ne sont pas arrêtés et dépendent, semble-t-il des orientations stratégiques liées à l'intégration des lits de SSR dans le futur hôpital.

A ce propos, plusieurs documents produits (plan de modernisation, note sur les besoins en investissements) laisseraient à penser que le choix n'est pas arrêté. Dans le DIPI, le CHA précise que « l'implantation des 60 lits de SSR est en cours d'étude dans le cadre d'une tranche conditionnelle, après une évaluation du coût supplémentaire et des gains d'efficience par rapport à la rénovation du SSR sur le site Eugénie ». Cette étude ne figure pas dans le dossier remis.

L'ARS a confirmé, dans sa réponse en date du 05 juillet 2013, que le périmètre de la construction du nouvel hôpital intégrait les lits de SSR.

Il est difficile de se positionner sur la pertinence des travaux projetés sur la période 2013- 2017 par manque d'informations sur le niveau de confort actuel et sur le devenir et la future organisation de ce bâtiment.

Ce programme de réhabilitation n'est pas arrêté par l'établissement. En effet, dans sa note d'avril 2013, le CHA indique qu' « un dossier de rénovation sur place sera parallèlement élaboré et proposé à l'ARS et aux collectivités locales dès que l'établissement disposera du diagnostic demandé par la commission de sécurité ».

L'ARS, dans sa réponse en date du 5 juillet 2013, précise que « d'autres travaux de rénovation et de réhabilitation sont prévus pour mettre en conformité les unités de soins qui disposent aujourd'hui de 60 % de lits en chambres à deux lits et 40 % en chambres à un lit. Ces chambres ne disposent pas de douches individuelles et de sanitaires adaptés. Ces travaux seraient rendus possibles par le départ des lits de SSR ».

Cette réponse n'est pas en adéquation avec le PPI (travaux planifiés entre 2013 et 2017).

De plus, le montant consacré aux travaux de réhabilitation (5,5 M€) paraît faible au vu du nombre de lits d'EHPAD et d'USLD (140 au total) et de la nature des travaux de reconfiguration.

Enfin, le plan de financement devra donc être revu en conséquence.

Les documents fournis par le CHA et l'ARS mettent en évidence la nécessité de réaliser des opérations intermédiaires sur les deux sites. Cependant, les coûts et les délais de mise en œuvre ne semblent pas garantis. De plus, la planification de la restructuration du site Eugénie ne peut être validée sans disposer d'argumentations détaillées complémentaires.

Sur cette période dite intermédiaire, les travaux liés aux opérations dites structurantes mobiliseront un investissement de l'ordre de 24,5 M€ sur les 39,7 M€ identifiés dans le plan pluri-annuel d'investissements du CHA. Le montant restant est consacré au système d'information et au renouvellement des équipements hôtelier et biomédicaux. Ces financements ne sont pas garantis à ce jour.

4.2. L'analyse du futur établissement

4.2.1. Le Schéma Directeur Immobilier

Le Schéma Directeur Immobilier du CHA n'a pas été transmis. Quelques indications figurent dans la note de l'ARS en date du 30 avril 2013. Elles concernent globalement la partie MCO. Le devenir du site Eugénie et l'opportunité de l'installation de ses lits sur le futur site ne sont que très partiellement abordés dans les documents fournis.

L'ARS confirme le maintien d'une organisation des activités sur deux sites (Eugénie et Stiletto).

Concernant le site Stiletto

Le terrain d'une surface de 15 ha a été acquis par l'hôpital en 2005, il est situé à la périphérie immédiate de la ville, dans un secteur de développement urbain et d'activités.

L'emprise foncière du futur hôpital n'est pas fournie. Cependant le programme permet de supposer que les besoins sont largement couverts par le futur foncier.

La surface de la parcelle va permettre des développements futurs. L'ARS le rappelle dans sa réponse en date du 5 juillet 2013 :

« Il faut souligner que la surface de ce terrain (15 ha dont 10 ha constructibles) et le COS fixé à 0,1 permettent toutes les évolutions possibles dans l'organisation de l'offre de soins et les partenariats à nouer. La surface du terrain permet, en outre, en accord et avec le soutien financier des collectivités locales et des organismes HLM, d'envisager la localisation de l'institut de formation, de l'internat, d'une crèche et d'un lieu d'hébergement pour les patients et leur entourage. »

Il est à noter que dans sa note en date du 30 avril, l'ARS parlait de 8 ha constructibles.

Cette parcelle n'a, semble-t-il, pas fait l'objet d'un plan d'aménagement. Dans le PTD (Tome 1 version provisoire du 03/06/2013), il est :

- demandé aux concepteurs de prévoir l'implantation de certaines fonctions sans qu'elles soient intégrées dans l'opération ;
- précisé également que ces ouvrages seront, le cas échéant, réalisés en dehors de la procédure. Afin de garantir la cohérence d'ensemble, le maître d'ouvrage souhaite que les candidats de la présente opération les intègre dans leur conception (localisation de l'emprise, accès et voirie interne de desserte).

Il est fortement regrettable que le CHA n'ait pas fourni aux concepteurs un pré-schéma de principe d'organisation de la parcelle et de dimensionnement des autres programmes.

L'implantation du nouvel hôpital sur la parcelle est également laissée à l'initiative des concepteurs. Sans quelques contraintes définies par le CHA, l'analyse des projets sur ce plan urbain risque d'être très compliquée et les coûts d'aménagement de la parcelle entre les projets très disparates.

Le choix de la parcelle à l'entrée de la ville paraît judicieux notamment du fait de la proximité d'axes de communication.

Cependant, ces axes sous-tendent le plan d'amélioration des réseaux routiers et des transports. Aucune information n'est fournie quant au calage des différentes opérations et sur la capacité de la collectivité à prendre en charge ces investissements.

De plus, comme indiqué dans la note sur l'estimation économique du projet (version 1 mai 2013), les caractéristiques de ce terrain sont contraignantes et doivent nécessiter des études complémentaires dont les conclusions devront être intégrées dans le projet.

Dans le PTD en date du 03/06/2013, il est mentionné que le PLU devrait être approuvé en 2013 et qu'une étude préalable précisera les contraintes et les modalités d'exécution et, notamment, si le projet est soumis à déclaration ou à autorisation (article 3.2.3, sur la loi sur l'eau).

Les conclusions peuvent avoir un impact majeur sur la faisabilité et le délai de réalisation de l'opération. Elles ne figurent pas dans les documents fournis.

4.2.2. L'organisation spatiale fonctionnelle et technique du projet

4.2.2.1. L'organisation spatiale et fonctionnelle

Les schémas proposés dans le tome 1 du PTD (version provisoire du 03/06/2013) témoignent d'une organisation rationnelle et standardisée. La conception est voulue évolutive et extensible. La réserve foncière le permet.

De plus, l'ARS précise, dans sa réponse en date du 05 juillet 2013, qu'une réflexion de territoire sur les fonctions supports a été menée : « La réflexion avec les partenaires publics et privés du territoire a bien eu lieu et a abouti aux éléments suivants :

- le dimensionnement de la cuisine permet d'envisager l'augmentation de la capacité de production,
- il en va de même pour la stérilisation,
- la blanchisserie, par contre, est externalisée à ce jour et le restera dans le cadre du nouvel hôpital,
- une réserve de 60 m² a été prévue dans les locaux de la pharmacie pour faire face à l'évolution de l'activité (notamment pour les cytostatiques). »

Cependant le concept d'ensemble, ses contraintes d'organisation basées sur la flexibilité, la séparation des flux et des fonctions souhaitées, pourraient aboutir à la réalisation d'un hôpital utilisant beaucoup de foncier.

Certaines fonctions ont d'ores et déjà été intégrées en option dans le projet. La méthode de traitement de ces options n'est en revanche pas indiquée. L'organisation du bloc dépend de ce choix (cf. point 4.2.3.5).

Les surfaces sont globalement conformes. Une attention particulière devra être portée au traitement des chambres.

Bien que l'ARS confirme, dans sa réponse en date du 05 juillet 2013, que le projet respecte les normes « handicapés » pour l'accueil des personnes à mobilité réduite, la surface de 18 m², salle de bain comprise, pour une chambre simple n'est pas suffisante notamment dans le secteur SSR. Il sera difficile d'y intégrer l'ensemble des équipements et mobiliers.

4.2.2.2. Les caractéristiques techniques et environnementales

Les tomes du PTD traitant de ces sujets n'ayant pas été fournis (pour mémoire seul le tome 1 dans sa version provisoire en date du 03/06/2013 a été transmis), il est donc impossible d'apporter une expertise sur ce point.

Les niveaux d'exigence et de performance attendus n'ont pas été clairement exprimés dans les autres documents. C'est le cas également pour la démarche environnementale.

L'ARS et le CHA indiquent que le projet est conforme à la RT 2012 qui fera l'objet d'une certification HQE et développera des modes de production d'énergie techniquement innovants.

La note environnementale produite par le CHA étant très succincte, il est difficile de mesurer l'état d'avancement du partenariat avec l'Université de Corte.

Aucune information n'est donnée sur l'opérationnalité des modes de production innovants, de leurs coûts et de leurs délais de mis en œuvre et surtout sur leur compatibilité avec les objectifs budgétaires et la date prévisionnelle de mise en service du futur hôpital.

4.2.3 Le coût du projet

Les ratios proposés sont effectivement conformes au référentiel de l'ANAP (Observatoire des coûts de la construction hospitalière de 2011).

Cependant, il est précisé dans ce même référentiel que les surcoûts liés à la HQE, BBC ne sont pas intégrés dans les ratios.

Le CHA, dans ses notes, fait référence à des surcoûts éventuels et à une recherche d'aides permettant de financer ces surcoûts. Par contre, dans sa dernière réponse, l'ARS précise que les surcoûts liés à la certification HQE sont intégrés dans les 138,7 M€.

Cette réponse reste surprenante, les technologies employées pour les modes de production engendreront des surcoûts d'investissement.

Par ailleurs, l'utilisation de ratios pour déterminer l'enveloppe d'une opération reste délicate. Dans le cadre de la procédure employée, l'estimation de l'opération, établie au stade programme, doit être particulièrement fiable et en concordance avec les exigences techniques et architecturales, afin de donner toutes les garanties au CHA sur la faisabilité de l'opération.

4.2.3.1. Les VRD

Les ratios présentés n'intègrent pas la partie VRD et aménagements extérieurs. Ce coût, non négligeable (6,5 M€ HT), représente 8,6 % du coût de la construction.

L'ANAP, dans son dernier observatoire des coûts, indique une médiane à 83,35 HT /m² SDO (valeur 09/2010) soit 86,8 HT/m² SDO (valeur 01/2013) et 104,16 HT /m² SDO (20 % liée à l'insularité).

Si l'on applique ce ratio au projet, l'enveloppe VRD serait de l'ordre de 3,6 M€ HT. Comment a été construit ce montant de 6,5 M€ HT ?

Les informations fournies dans le fichier Excel (30/04/2013) sont contradictoires. Ce coût d'aménagement figure pour un montant de 6,5 M€ HT dans le tableau de synthèse et pour un montant de 3,5 M€ HT dans le tableau de détail.

Une des explications peut venir, d'une part de l'étendue du périmètre à traiter (5 ha) dans le tableau de détail et la totalité de la parcelle (cf page 8 PTD, version provisoire du 03/06/2013), et d'autre part de la prise en compte de la surface de l'hélistation.

Ce décalage est important. Il montre bien que cette enveloppe destinée aux aménagements extérieurs, est totalement dépendante de l'organisation future de la parcelle et de sa surface. La réponse ne sera apportée par les concepteurs que lors de la remise des offres.

4.2.3.2. Les prestations intellectuelles

Le coût des prestations intellectuelles est correct.

Toutefois le projet étant lancé en conception réalisation, il faudra analyser le coût dans sa globalité.

4.2.3.3. Les frais divers

L'ATMO exclut également les coûts générés par le raccordement des réseaux des concessionnaires et le passage en souterrain de la ligne haute tension traversant le site. Sont-ils repris dans la rubrique divers et imprévus concessionnaires ? Aucune indication n'est fournie dans le dossier.

De même, l'ATMO exclut, dans sa note financière de mai 2013, les coûts liés à la réalisation de fondations spéciales (absence d'études géotechniques). Il semblerait que depuis les études aient été réalisées. En effet, l'ARS, dans sa note du 05 juillet 2013, le confirme et précise que les études et les sondages réalisés à ce jour n'ont pas mis en évidence de spécificités particulières du terrain.

Les éléments fournis ne permettent pas d'apporter une expertise complémentaire.

L'ARS a apporté la réponse suivante :

- La collectivité s'est engagée à procéder à la dépollution superficielle du site encombré par une casse automobile. Elle est déjà en cours de réalisation sous l'égide de la mairie.

- La dépollution du sous-sol éventuellement nécessaire dans le cadre du projet, est prévue dans le cahier des charges du marché « conception/réalisation » et intégrée dans le plan de financement. Sa mise en œuvre est prévue à compter du 1^{er} trimestre 2014.

L'ARS n'indique pas si une étude préliminaire a été engagée. La somme d'1 M€ HT, provisionnée par le CHA au titre des frais divers, a-t-elle été intégrée dans la part de l'enveloppe des travaux ? Comment ce montant a-t-il été calculé ? Comment le CHA gèrera-t-il ce risque dans le cadre du futur marché ?

4.2.3.4. La majoration appliquée

L'ATMO a appliqué un coefficient de majoration de 20 %, lié à l'insularité, sur l'estimation du coût des travaux. Aucune justification n'a été fournie.

En réalité, compte tenu du taux de TVA appliqué pour les travaux (8 % contre 19,6% sur le continent), il y a déjà un écart de 11,6%. La majoration sur la valeur finale de l'opération n'est en réalité que de 8,4 % (20% - 11,6%) par rapport à une opération réalisée sur le continent.

4.2.3.5. Les options

Le CHA a introduit 3 options (extension du bloc opératoire, EFS, garage et atelier mécanique) pour une surface globale de 753 m² soit 2,5 % du programme de base pour un coût de travaux de 2,26 M€ HT soit 3 % du coût de base.

Les options sont reprises dans le programme de surfaces en date du 12 avril 2013 et détaillées sous forme de Prestations Supplémentaires Eventuelles dans le document intitulé PTD tome 1 (version provisoire du 03/06/2013).

Les prestations seront analysées dans le cadre de l'appel d'offres. Le CHA devra donc se positionner au plus tard fin décembre 2013 (selon le calendrier du 07-2013).

L'organisation du bloc opératoire dépend de cette décision. Elle n'est pas identique avec ou sans option.

Le montant des options (environ 3,4 M€ TDC) n'est pas repris dans l'enveloppe globale.

Le coût prévisionnel de l'opération paraît à ce stade d'avancement du projet et compte tenu des informations disponibles, peu sécurisé :

- *Il ne tient pas compte des hausses de TVA prévues pour 2014 (impact de plus de 2,5 M€ sur le budget global).*
- *L'engagement du CHA dans une démarche de certification ainsi que la mise en œuvre de modes de production expérimentaux pourraient être sources de surcoûts.*
- *Les spécificités du terrain pourraient également engendrer des surcoûts. Le risque de dépollution a été transféré aux concepteurs-constructeurs (cf. réponse de l'ARS).*

Seuls la qualité du dossier, l'exhaustivité des informations et des études mises à disposition des équipes de conception-réalisation, ainsi que le temps consacré aux réponses par ces équipes permettront de limiter le risque.

4.2.3.6. Le planning

Le dernier planning transmis (07-2013), propose une réception du nouvel hôpital en août 2017 soit un délai global de quatre ans.

Pour information, selon les études de l'ANAP (l'observatoire des coûts de la construction de 2011), ce même délai correspond plutôt à une opération de l'ordre de 20 000 m².

Ce délai paraît donc peu réaliste et ne tolère aucun aléa. Toutes les étapes intermédiaires devront être réalisées dans un calendrier très serré, ce qui appelle quelques remarques :

- Le CHA sera-t-il en capacité de fournir, début septembre, la globalité du Document de Consultation validé ? Le tome 1 du PTD (version du 03/06/2013) fourni le 05 juillet 2013 est encore au stade de document de travail.
- Dans le planning transmis (07-2013), la remise des offres est prévue semaine 47 soit mi-novembre 2013. Ce délai de réponse (2,5 mois) est trop court. Pour mémoire, la MAINH estimait en 2007, dans son rapport sur l'évaluation des premières opérations en Conception-Réalisation, le délai à environ 4 mois pour un établissement neuf de 250 lits.

Dans la pratique, ce délai doit être en adéquation avec l'importance du projet et le niveau des prestations demandé. La pertinence des réponses des équipes n'en sera que meilleure.

- Les temps consacrés pour les différentes analyses du CHA ou de son ATMO sont également trop courts :
 - 2 à 3 semaines pour analyser cinq dossiers sur APS
 - 1 mois de validation des phases d'étude.
- Le délai des travaux est quant à lui globalement correct à condition que les travaux préparatoires puissent être menés au préalable ou pendant l'instruction du permis. Qui portera ce risque ?
- Le CHA positionne des travaux préparatoires (débroussaillage, clôtures) dès le mois de décembre 2013 avant la notification du marché (mars 2014).
- La réception serait prononcée en août 2017, mois peu propice pour cette tâche.

Il est donc fort probable que le CHA ne soit pas en mesure de respecter le calendrier présenté. Au vu des éléments fournis les inconnues restent nombreuses :

- *qualité et exhaustivité du Dossier de Consultation des Concepteurs.*
- *qualité des réponses apportées par les équipes lors de l'Appel d'Offres et de son caractère fructueux.*
- *délais des instructions administratives.*
- *capacité de l'équipe projet à se mobiliser pendant les phases de validation.*
- *intégration de la démarche innovante de production des énergies.*

Le non-respect du calendrier aura, bien entendu, une incidence financière.

4.2.3.7. Le choix de la procédure

Le choix de la procédure paraît effectivement pertinent. Cette procédure conduit à la passation d'un marché de travaux lancé sur la base du programme de l'opération. Elle implique que les données, contraintes, besoins et exigences de l'opération constituant le programme, soient exhaustifs et précis dans leur description.

En l'absence de transmission du Dossier de Consultation, nous n'avons pas la certitude que cette procédure puisse garantir la maîtrise du budget et les délais de livraison.

4.2.3.8. L'équipe projet

Le CHA a identifié une équipe pluridisciplinaire en charge du suivi du projet de construction. Sa mise en place est apparemment récente (début 2013). Aucun représentant du corps médical ne fait partie de cette équipe. N'ayant pas d'information sur les missions de cette équipe projet, il est difficile de se positionner.

Cependant, au vu du planning très tendu et en particulier des périodes de validation, l'équipe gagnerait en efficacité si le corps médical pouvait se positionner directement. La question se pose également pour l'ingénierie biomédicale.

4.2.3.9. Les équipements

Dans son PPI, le CHA a prévu de consacrer, sur la période 2013/2017, plus de 15,2 M€ aux investissements courants équipements médicaux, hôteliers et informatiques. Les équipements lourds d'imagerie, IRM et scanner feront l'objet de leasing ou crédits baux. Ces dépenses sont justifiées. Le CHA a également prévu, sur cette même période, une somme pratiquement identique (15 M€) au titre des équipements du nouvel hôpital. Le détail de cet investissement n'a pas été fourni.

Cette dépense globale de plus de 30 M€ mériterait d'être optimisée et priorisée en tenant compte du projet de construction du nouvel hôpital.

Par ailleurs, en page 28 du tome 1 du PTD (document provisoire du 03/06/2013) il est indiqué la mise en place d'un système automatique de manutention lourde et légère. Comment cet investissement est-il financé ? Aucun document transmis n'y fait référence.

4.2.3.10. Les coûts d'entretien et de maintenance

Ce thème est très peu abordé dans les différents documents fournis par le CHA et l'ARS. L'analyse des coûts futurs et surtout l'analyse comparative par rapport aux coûts actuels n'ont pas été fournies.

En date du 5 juillet 2013, l'ARS n'apporte pas de complément d'information par rapport à l'argumentaire du CHA qui est le suivant :

- Pour les dépenses de maintenance et d'énergie : une reconduction des coûts actuels prenant en compte, d'un côté les économies d'énergie et de maintenance (liées à la production et au

stockage d'énergies renouvelables, aux installations et aux équipements neufs), d'un autre côté les surcoûts liés aux augmentations de surfaces et installations techniques et aux éventuelles augmentations du coût de l'énergie.

Cette réponse est partielle et n'est pas argumentée. Une analyse détaillée et une projection des futurs coûts d'exploitation-maintenance est indispensable afin de valider les orientations prises.

4.2.3.11. La valorisation du patrimoine

Sous l'égide de l'ARS et avec l'aide de l'ANAP, une étude de valorisation du site a été réalisée par le cabinet DTZ Euréxi. L'estimation en serait d'environ 29,6 M€ HT (2017-2018) libre de toute occupation.

L'établissement n'a pas souhaité intégrer le produit de la vente dans son PGFP. De plus l'ARS, dans sa réponse en date du 05 juillet 2013, conforte cette position et indique que :

« La marge de manœuvre dégagée par la vente du site de la Miséricorde sera consacrée à l'assainissement financier du bilan du CHA, par le règlement des dettes institutionnelles (CNRACL et taxes sur les salaires de près de 35 M€). C'est la raison pour laquelle elle ne figure pas dans le PGFP, puisque cette recette viendra solder des dettes figurant déjà au bilan. »

Par ailleurs, cette recette ne sera effective qu'après la réalisation du nouvel hôpital. Le terrain de la Miséricorde doit être libre de toute occupation et les délais de réalisation d'une vente de cette ampleur sont aléatoires, il sera peut-être nécessaire de l'étaler sur plusieurs années.

En conclusion, au vu des documents fournis et des compléments d'information obtenus, il paraît évident que le site de la Miséricorde ne répond plus aux normes actuelles de prise en charge ; un projet de reconstruction est donc opportun.

La réalisation de tout ou partie des investissements intermédiaires proposés est également judicieuse à condition de maîtriser les enveloppes financières et les délais annoncés.

En revanche, même si l'opportunité du projet de reconstruction du MCO sur le site de Stiletto n'est pas remise en cause, sa mise en œuvre paraît, à ce jour, prématurée et peu sécurisée.

Sur la procédure utilisée pour la construction du nouvel hôpital :

La procédure de Conception Réalisation est, dans ce cas de figure, l'outil le mieux adapté pour répondre aux objectifs énoncés par l'ARS et le CHA. La sécurisation des prix et des délais est, en théorie garantie par cette procédure.

Les offres remises par les équipes dépendront de l'exhaustivité et la qualité du dossier de consultation.

De ce fait toutes imprécisions, retard dans les validations ou dans les instructions administratives pourraient avoir un impact non négligeable sur la bonne exécution du chantier et une incidence en termes de risque financier.

En l'absence de communication du Dossier de Consultation des Concepteurs Constructeurs, il est donc difficile de confirmer que toutes les conditions sont requises pour mener à bien ce projet dans les délais et les coûts annoncés, d'autant plus que les temps consacrés à la fois aux réponses des entreprises et aux études sont très courts. Certaines procédures administratives ne semblent pas tranchées à ce jour.

Par ailleurs l'absence d'un schéma directeur d'aménagement de cette parcelle rendra plus complexe l'analyse des réponses des équipes.

Le lancement de la procédure de Conception Réalisation paraît donc prématuré, d'autant que le financement global n'est pas encore acquis.

- Sur l'évaluation des coûts d'entretien et de maintenance du futur hôpital :

Selon les réponses de l'ARS et du CHA, les coûts actuels ont été reconduits. Cette réponse mérite une analyse comparative plus approfondie afin de sécuriser les dépenses futures du CHA.

5. Analyse de la soutenabilité financière du projet

Propos liminaires sur les questions abordées par la contre-expertise dans le domaine de la soutenabilité financière du projet

Le rapport d'évaluation socio-économique de l'Agence Régionale de santé signale que :

« La décision de reconstruire a été arbitrée par l'Etat lors du protocole de fin de conflit signé avec les organisations syndicales le 11 décembre 2009.

La reconstruction du CH d'Ajaccio a été actée par lettre ministérielle du 12 avril 2012, laquelle précise que l'établissement bénéficiera d'un soutien financier exceptionnel de l'Etat à hauteur de 130 millions d'euros auxquels s'ajoutent 5 millions d'euros pour le financement de la restructuration des urgences sur le site actuel.

Ce courrier demandait également à l'établissement de s'engager pleinement dans un plan d'actions de retour à l'équilibre » (rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS, page 2).

Par conséquent, la contre-expertise réalisée dans ce chapitre relatif à la soutenabilité financière du projet a pour objectif de répondre le plus précisément possible aux questions suivantes :

- Le PGFP présenté est-il cohérent et repose-t-il sur des hypothèses réalistes ?
- Le versement par l'Etat des soutiens financiers exceptionnels validés à hauteur de 140 M€ environ, associé aux efforts de retour à l'équilibre que l'établissement compte mettre en œuvre, permet-il l'élaboration d'un PGFP durablement équilibré et soutenable financièrement à l'issue du projet ?
- Est-il possible de garantir, en termes de trésorerie, le fait que le soutien financier de l'Etat ne soit fléché que pour le paiement de l'ensemble des coûts relatifs au projet de reconstruction du centre hospitalier d'Ajaccio ?

5.1 Eléments de contexte

Comme tout établissement confronté à un déficit structurel d'exploitation et qui ambitionne de réaliser un projet d'investissement immobilier de grande ampleur, le Centre Hospitalier d'Ajaccio doit accomplir un double effort d'efficience :

- Une démarche structurée de retour à l'équilibre budgétaire et financier ;
- Des actions complémentaires permettant de faire face, d'un point de vue budgétaire et financier, aux dotations aux amortissements et aux frais financiers induits par le projet immobilier.

Pour le Centre Hospitalier d'Ajaccio, la situation financière de l'année 2012 met en exergue un déficit d'exploitation de plus de 19 M€. Cette situation permet de mesurer le niveau des efforts à réaliser dans le cadre du plan de modernisation et de progrès 2013 / 2017.

A cette dynamique de retour à l'équilibre, viendra s'ajouter la capacité de l'établissement à faire face aux dotations aux amortissements découlant du projet de construction du nouvel hôpital.

Ainsi, pour parvenir à atteindre un PGFP durablement équilibré, le Centre Hospitalier d' Ajaccio doit résoudre une équation complexe le conduisant à produire un effort global d'efficacité de l'ordre de 25 M€, c'est à dire de plus de 25 % de ses produits structurels (en référence à l'année 2012), en moins d'une décennie.

5.2. L'analyse détaillée du PGFP

En préambule, on observera que le PGFP du centre hospitalier d' Ajaccio a été construit jusqu'en 2020. Avec une date de fin des opérations de construction prévue en 2017, il eût été préférable de disposer d'un PGFP sur une période plus longue.

Le dossier d'instruction des projets d'investissement immobilier (DIPI) prévoit d'ailleurs, au niveau du volet financement, la transmission « *d'un PGFP à 10 ans minimum intégrant le projet* ».

Le PGFP validé par l'Agence Régionale de Santé et transmis au COPERMO ne respecte pas la durée minimale requise au niveau du DIPI. Les documents complémentaires transmis permettent d'allonger le compte de résultat principal jusqu'en 2028, mais il ne s'agit pas, en tant que tel, d'un PGFP.

Le PGFP du centre hospitalier d' Ajaccio intègre à la fois les mesures du plan de modernisation et de progrès, mais aussi l'impact du projet de reconstruction ou encore les évolutions prévisionnelles des recettes et des dépenses.

C'est ainsi que pour des raisons de commodité d'analyse du PGFP, il est proposé de distinguer les trois effets suivants :

- les hypothèses d'évolution des recettes et des dépenses entre 2013 et 2020 ;
- l'impact financier du plan de modernisation et de progrès ;
- l'impact budgétaire et financier du programme pluriannuel d'investissement, intégrant la reconstruction du nouvel hôpital.

5.2.1. Les hypothèses du centre hospitalier d' Ajaccio en matière d'évolution générale des recettes et des dépenses inscrites au PGFP, ou « l'effet flux »

L'élaboration d'un PGFP suppose, en premier lieu, d'imaginer, de manière sincère et réaliste, le rythme d'évolution prévisionnel des recettes et des dépenses, toutes choses égales par ailleurs.

Pour le centre hospitalier d' Ajaccio, cet « effet flux » repose donc sur des hypothèses clairement exprimées dans les documents transmis.

5.2.1.1. La tendance générale d'évolution des recettes

Dans le domaine de l'évolution des recettes de titre 1 liées à l'activité, le centre hospitalier d' Ajaccio prévoit une hausse en volume de 1 % par an du nombre de séjours enregistrés en son sein entre 2013 et 2017, l'activité se stabilisant à compter de 2018. S'ajoute un effet codage lié à l'amélioration de la

description de l'activité réalisée estimé à 0,48 M€(environ 1 % des produits T2A de l'exercice 2012) que l'établissement espère pérenniser sur la période.

Cette prévision de l'évolution de l'activité semble s'appuyer sur les constatations des années passées ainsi que sur les perspectives d'évolution démographique. En effet, l'INSEE prévoit une augmentation de la population de l'ordre de 3,3 % d'ici à 2020, avec une augmentation de plus de 21 % de la population âgée de plus de 75 ans.

Cette projection d'activité génère une hausse du chiffre d'affaires liée à la T2A de 3,166 289 M€ en 2020, incluant l'effet codage. Cette hypothèse peut être raisonnablement validée.

Parallèlement, l'établissement a projeté une baisse moyenne des tarifs du secteur public à hauteur de 0,87 % en 2013, de 0,7 % entre 2014 et 2017, puis de 0,5 % à compter de 2018. Compte tenu de l'observation des campagnes budgétaires passées et de la nécessité de respecter les taux d'évolution de l'ONDAM, cette prévision peut être raisonnablement validée. Elle se traduit par une baisse du chiffre d'affaires de 2,8 M€ en 2020 par rapport à 2012.

Les recettes de titre 1 ne concernent pas seulement les produits découlant de l'activité. Il est donc nécessaire d'expertiser les projections effectuées sur les autres segments.

Le centre hospitalier d'Ajaccio ne prévoit pas de taux d'évolution de sa base reductible MIG/FIR (hors mesures nouvelles ou complément de dotations qui seront analysées plus loin).

L'établissement prévoit une baisse de sa dotation AC de 50 000 € par an, à compter de 2013, soit une diminution de sa base reductible s'élevant à 0,4 M€ à l'horizon 2020. Cette décision semble cohérente au regard des plans d'économies de l'assurance maladie visant à garantir le respect de l'ONDAM. Par ailleurs, des crédits non reductibles versés en 2012, à hauteur de 2,386 9 M€, ne sont plus intégrés à compter de 2013.

Concernant la base de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), l'établissement prévoit une évolution de 40 000 € par an jusqu'en 2017 et de 50000 € par an à compter de 2018 (ce qui représente un taux de reconduction légèrement supérieur à 1 % sur la période).

Sur la même période, l'établissement prévoit un prélèvement de sa base DAF en raison des plans d'économies de l'assurance maladie visant à garantir le respect de l'ONDAM. Ce prélèvement prévisionnel s'établit à 20 000 € par an jusqu'en 2017, puis à 25 000 € par an à compter de 2018.

Les documents transmis ne permettent pas de savoir si la base prélevée concerne le budget H, ou bien les budgets annexes USLD ou EHPAD. Par conséquent, il est considéré que ce prélèvement sera intégralement effectué sur le compte de résultat principal.

Au final, la base DAF reductible devrait s'établir à 0,125 M€ de plus que la dotation reductible 2012.

Il est enfin nécessaire d'examiner la tendance générale d'évolution des autres recettes (titres 2, 3 et 4).

En matière de titre 2, le centre hospitalier d'Ajaccio propose l'intégration des effets des évolutions d'activité (et notamment de l'augmentation prévisionnelle des séjours décrite au point précédent, de l'optimisation du codage et de la facturation et de l'application des dispositions relatives au parcours de soins).

En matière de titre 3 (recettes diverses), il n'est pas prévu d'évolution significative, à l'exception de l'intégration de quelques recettes exceptionnelles de 2013 à 2015, puis en 2018.

5.2.1.2. La tendance générale d'évolution des dépenses

Le centre hospitalier d'Ajaccio prévoit une évolution générale des rémunérations du personnel de 1 % par an en moyenne sur la période, ce qui représente une augmentation prévisionnelle des charges de titre 1 de 3,35 M€ en 2020 par rapport à la situation constatée fin 2012.

Le gel de la valeur indiciaire du point de la fonction publique, depuis 2010, explique cette modération dans le taux d'évolution proposé.

Ce sont donc les mesures catégorielles, ainsi que les effets du « Glissement Vieillesse Technicité » qui devraient contribuer à l'augmentation naturelle des dépenses de personnel, toutes choses égales par ailleurs.

Cette hypothèse qui dépendra principalement, dans les faits, de mesures décidées au niveau national pourra donc faire l'objet de réajustements, si nécessaire. Cependant, compte tenu des informations disponibles à ce jour, elle peut être considérée comme raisonnable et donc validée à ce titre.

Les évolutions des dépenses à caractère médical et pharmaceutique conduiront à une augmentation du titre 2 de plus de 0,6 M€ en 2020 par rapport à 2012, l'établissement distinguant, à juste titre, un effet prix et un effet volume (ce dernier s'arrêtant cependant en 2018). S'y ajoutent des charges liées à la location d'un équipement lourd et des économies en matière de fluide permises par les évolutions architecturales.

Ces hypothèses sont crédibles. Toutefois, l'établissement devra veiller à suivre l'impact de ses développements d'activité sur les volumes des consommations.

Les évolutions des dépenses à caractère hôtelier et général conduiront à une augmentation du titre 3 à hauteur de 0,35 M€ en 2020 par rapport à 2012, l'établissement distinguant, à juste titre, un effet prix et un effet volume (ce dernier s'arrêtant, comme pour les dépenses de titre 2 en 2018).

L'hôpital prévoit également quelques autres mesures comme la réduction du coût de l'alimentation.

Ces hypothèses sont crédibles.

Les évolutions du titre 4 vont dans le sens d'une diminution des charges à assumer par le centre hospitalier d'Ajaccio. L'hôpital prévoit, en effet, une diminution sensible des annulations de titres pour un montant annuel de 0,42 M€. Les documents transmis ne permettent pas de savoir si la base prélevée concerne le budget H, ou bien les budgets annexes USLD ou EHPAD. Par conséquent, il est considéré que cette économie sera intégralement effectuée sur le compte de résultat principal.

Le tableau, page suivante, permet de synthétiser ce que nous avons appelé « l'effet flux » tant en matière de recettes que de dépenses prévisionnelles. On constate, tendanciellement, un rythme de progression naturelle des dépenses supérieur à celui des recettes. Ceci explique donc qu'en 2020 ce décalage croissant entre les produits et les charges représente un enjeu de 5,7 M€ (voir tableau de synthèse plus loin), matérialisant les efforts à réaliser et qui s'ajoutent au déficit structurel constaté fin 2012.

Ce qu'il faut retenir de l'évolution naturelle des dépenses et des recettes

« L'effet flux » concernant les recettes du PGFP (hors activités nouvelles et mesures découlant du plan de progrès et de modernisation) est proposé à – 1,778 709 M€ en 2020, par rapport à l'année 2012, selon les hypothèses préconisées par l'établissement et validées par l'Agence Régionale de Santé.

« L'effet flux » concernant les dépenses du PGFP (hors activités nouvelles et mesures découlant du plan de progrès et de modernisation) est proposé à 3,894 709 M€ en 2020, selon les hypothèses de l'établissement, validées par l'Agence Régionale de Santé.

Au total, « l'effet flux » du centre hospitalier d'Ajaccio se traduit par un « effet ciseau » de 5,673 418 M€. Il représente le montant des efforts qu'il convient de faire, en sus du déficit constaté fin 2012, pour permettre à l'établissement de revenir à un équilibre d'exploitation en 2020. Cet effort global s'élève donc à 25 M€ environ, sous réserve que le déficit d'exploitation constaté fin 2012 (-19,2 M€) soit un déficit qualifié de *structurel* au sens de la circulaire du 23 septembre 2009.

En conclusion, « l'effet flux » du PGFP du centre hospitalier d'Ajaccio repose sur des hypothèses crédibles.

Si, par nature, il est difficile d'anticiper les évolutions des tarifs et des dotations selon un cadre pluriannuel, alors que l'ONDAM est adopté selon une logique annuelle, ainsi que les évolutions des rémunérations, de l'inflation et des volumes de consommation, les propositions du centre hospitalier d'Ajaccio peuvent être considérées comme suffisamment crédibles et raisonnables, en l'état actuel des connaissances et des informations disponibles au moment de la réalisation de la contre-expertise, pour être validées.

Evolution recettes								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Effet tarif et activité								
Effet codage	480 000 €	480 000 €	480 000 €	480 000 €	480 000 €	480 000 €	480 000 €	480 000 €
Hausse activité	499 281 €	1 006 181 €	1 563 522 €	2 124 084 €	2 686 289 €	2 686 289 €	2 686 289 €	2 686 289 €
Effet baisse des tarifs	-423 912 €	-781 244 €	-1 174 132 €	-1 569 292 €	-1 965 609 €	-2 249 522 €	-2 532 016 €	-2 813 097 €
Rattrapage codage	1 200 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
MO/DMI	47 312 €	82 796 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €
TOTAL	1 802 681 €	787 734 €	949 390 €	1 114 792 €	1 280 679 €	996 766 €	714 272 €	433 191 €
Aide à la contractualisation (AC)								
Effort d'économie	-50 000 €	-100 000 €	-150 000 €	-200 000 €	-250 000 €	-300 000 €	-350 000 €	-400 000 €
AC non reconductible	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €	-2 386 900 €
TOTAL	-2 436 900 €	-2 486 900 €	-2 536 900 €	-2 586 900 €	-2 636 900 €	-2 686 900 €	-2 736 900 €	-2 786 900 €
Dotation Annuelle de Financement (DAF)								
Effort d'économie	-20 000 €	-40 000 €	-60 000 €	-80 000 €	-100 000 €	-125 000 €	-150 000 €	-175 000 €
Reconduction	40 000 €	80 000 €	120 000 €	160 000 €	200 000 €	200 000 €	250 000 €	300 000 €
TOTAL	20 000 €	40 000 €	60 000 €	80 000 €	100 000 €	75 000 €	100 000 €	125 000 €
Recettes Titre 2								
Optimisation codage et facturation	100 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €
Majoration parcours de soins	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €
Augmentation quantitative activité	50 000 €	100 000 €	150 000 €	200 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €
TOTAL	200 000 €	300 000 €	350 000 €	400 000 €	450 000 €	450 000 €	450 000 €	450 000 €
Recettes Titre 3								
Recettes exceptionnelles	663 000 €	250 000 €	100 000 €	0 €	0 €	600 000 €	0 €	0 €
TOTAL	248 781 €	-1 109 166 €	-1 077 510 €	-992 108 €	-806 221 €	-565 134 €	-1 472 628 €	-1 778 709 €
Evolution dépenses								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Effet dépenses de personnel								
GVT (1%)	450 000 €	890 000 €	1 320 000 €	1 740 000 €	2 150 000 €	2 550 000 €	2 950 000 €	3 350 000 €
Effet dépenses à caractère médical								
Effet prix	50 000 €	100 000 €	150 000 €	200 000 €	250 000 €	300 000 €	350 000 €	400 000 €
Effet volume	59 914 €	120 742 €	187 623 €	254 890 €	322 355 €	322 355 €	322 355 €	322 355 €
Location équipement lourd	150 000 €	600 000 €	600 000 €	600 000 €	600 000 €	300 000 €	0 €	0 €
Economie fluide		-100 000 €	-100 000 €	-100 000 €	-100 000 €	-100 000 €	-100 000 €	-100 000 €
TOTAL	259 914 €	720 742 €	837 623 €	954 890 €	1 072 355 €	822 355 €	572 355 €	622 355 €
Effet dépenses à caractère hôtelières et générales								
Effet prix	90 000 €	180 000 €	270 000 €	360 000 €	450 000 €	540 000 €	630 000 €	720 000 €
Effet volume	59 914 €	120 742 €	187 623 €	254 890 €	322 355 €	322 355 €	322 355 €	322 355 €
Coût Evasian	-150 000 €	-300 000 €	-450 000 €	-450 000 €	-450 000 €	-450 000 €	-450 000 €	-450 000 €
Alimentation	-70 000 €	-140 000 €	-210 000 €	-280 000 €	-350 000 €	-350 000 €	-350 000 €	-350 000 €
Régularisation codage	300 000 €	300 000 €	300 000 €	300 000 €	300 000 €	300 000 €	300 000 €	300 000 €
Autres prestations	-40 000 €	-80 000 €	-120 000 €	-160 000 €	-200 000 €	-200 000 €	-200 000 €	-200 000 €
TOTAL	189 914 €	80 742 €	-22 377 €	24 890 €	72 355 €	162 355 €	252 355 €	342 355 €
Effet dépenses à caractère hôtelières et générales								
Effet annulation titres	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €	-420 000 €
TOTAL	479 827 €	1 271 484 €	1 715 245 €	2 299 780 €	2 874 709 €	3 114 709 €	3 354 709 €	3 894 709 €
TOTAL GENERAL	-231 047 €	-2 380 650 €	-2 792 756 €	-3 291 888 €	-3 680 930 €	-3 679 843 €	-4 827 337 €	-5 673 418 €

5.2.2. L'analyse du plan de modernisation et de progrès

Afin de disposer d'un PGFP équilibré en 2020, le plan de modernisation et de progrès doit permettre un retour à l'équilibre pérenne, c'est-à-dire qu'il doit à la fois résoudre le déficit constaté à la fin de l'année 2012, mais aussi intégrer, annuellement, le décalage entre les recettes et les dépenses prévisionnelles, décalage qui a été expertisé au point précédent.

Le plan de modernisation et de progrès n'est pas seulement un plan d'économies. Il prévoit une série de mesures visant, bien évidemment, à optimiser les modes d'organisation, mais il s'appuie, assez fondamentalement, sur un nouveau positionnement du centre hospitalier d'Ajaccio dans le dispositif de l'offre de soins de la Corse du Sud.

Par conséquent, et de manière synthétique, le plan de modernisation et de progrès qui permet à l'établissement d'afficher un résultat d'exploitation équilibré en 2018 repose sur des économies de gestion et des recettes supplémentaires.

Le tableau suivant dresse un bilan des principales actions repérées grâce aux documents joints, associé à leur impact financier.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Effort DEPENSES	-1 645 843,80 €	-3 610 522,77 €	-5 291 074,26 €	-8 909 195,53 €	-10 315 673,10 €	-11 180 665,03 €	-12 228 613,91 €	-13 925 603,14 €
Pourcentage de l'effort	-21,74%	-24,43%	-32,63%	-45,38%	-49,45%	-46,94%	-47,13%	-50,37%
Effet restitution effectifs	-890 000,00 €	-1 920 000,00 €	-2 820 000,00 €	-3 720 000,00 €	-4 620 000,00 €	-5 290 000,00 €	-6 190 000,00 €	-7 540 000,00 €
Effet éléments variables PM	-100 000,00 €	-800 000,00 €	-1 500 000,00 €	-2 200 000,00 €	-2 200 000,00 €	-2 200 000,00 €	-2 200 000,00 €	-2 200 000,00 €
Effet éléments variable PNM	-130 000,00 €	-420 000,00 €	-550 000,00 €	-550 000,00 €	-550 000,00 €	-550 000,00 €	-550 000,00 €	-550 000,00 €
Effet Titre 4	-525 843,80 €	-470 522,77 €	-421 074,26 €	-2 439 195,53 €	-2 945 673,10 €	-3 140 665,03 €	-3 288 613,91 €	-3 635 603,14 €
Effort RECETTES	5 925 273,20 €	11 167 973,20 €	10 922 767,56 €	10 723 135,59 €	10 544 764,71 €	12 639 764,71 €	13 719 764,71 €	13 718 547,28 €
Pourcentage de l'effort	78,26%	75,57%	67,37%	54,62%	50,55%	53,06%	52,87%	49,63%
Recettes supplémentaires EME	620 000,00 €	3 290 000,00 €	3 000 000,00 €	3 000 000,00 €	3 000 000,00 €	3 000 000,00 €	3 000 000,00 €	3 000 000,00 €
Effet recettes	620 000,00 €	5 550 000,00 €	5 710 000,00 €	5 710 000,00 €	5 710 000,00 €	5 710 000,00 €	5 710 000,00 €	5 710 000,00 €
Effet dépense supplémentaire	0,00 €	2 260 000,00 €	2 710 000,00 €	2 710 000,00 €	2 710 000,00 €	2 710 000,00 €	2 710 000,00 €	2 710 000,00 €
Recettes Dotations	4 790 000,00 €	6 810 000,00 €	7 260 000,00 €	7 260 000,00 €	7 260 000,00 €	8 405 000,00 €	8 405 000,00 €	8 405 000,00 €
Recettes diverses	541 000,00 €	1 106 000,00 €	1 436 000,00 €	1 466 000,00 €	1 496 000,00 €	2 446 000,00 €	3 526 000,00 €	3 556 000,00 €
Effet Subv renouv	-25 726,80 €	-38 026,80 €	-773 232,44 €	-1 002 864,41 €	-1 211 235,29 €	-1 211 235,29 €	-1 211 235,29 €	-1 242 452,72 €
Effort cumulatif	7 571 117,00 €	14 778 495,97 €	16 213 841,82 €	19 632 331,12 €	20 860 437,81 €	23 820 429,74 €	25 948 378,62 €	27 644 150,42 €

Le niveau d'effort généré par le plan de modernisation et de progrès est de plus de 27 M€. Il permet donc théoriquement de compenser le déficit constaté fin 2012 (-19,2 M€), augmenté de « l'effet flux » (5,7 M€).

En première analyse, ce plan de modernisation et de progrès prévoit, à terme, une répartition équilibrée des efforts entre la maîtrise des dépenses et le développement des ressources qu'il convient d'expertiser.

5.2.2.1. L'impact en recettes du plan de modernisation et de progrès

- *Les recettes de titre 1*

En premier lieu, le centre hospitalier d'Ajaccio prévoit la création ou le développement d'un certain nombre d'activités soumises à la T2A : unité neuro-vasculaire (UNV), unité de soins continus, dialyse, identification de lits en soins palliatifs, lits pauci-relationnels, cardiologie.

Par ailleurs, l'établissement prévoit l'ajustement à la hausse de ses effectifs affectés au SMUR, pour un coût estimé à 0,57 M€ en année pleine.

On observera que, pour certaines de ces activités nouvelles, l'établissement prévoit des dépenses supplémentaires pour les réaliser. Pour d'autres, aucune dépense nouvelle n'est prévue. On en déduit donc que l'établissement envisage de les réaliser sur la base de sa structure actuelle, notamment en matière d'effectifs (avec des opérations de redéploiement).

Néanmoins, s'agissant, par exemple, de la neurologie, si le PGFP ne prévoit pas de dépense nouvelle pour réaliser l'activité d'UNV, on notera que dans le projet médical (page 46), il est prévu de recruter un neurologue. Cet élément mériterait d'être précisé par l'établissement.

Le tableau, page suivante, dresse le bilan médico-économique de ces activités nouvelles.

Unité Neuro-Vasculaire (UNV)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Recettes	170 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €
Solde	170 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €	370 000 €
Unité de soins continus (USC)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Recettes	0 €	330 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €
Solde	0 €	330 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €	490 000 €
Dialyse								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses T2	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €
Recettes	0 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €
Solde	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €
Lits identifiés soins palliatifs								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Recettes	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €
Solde	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €	250 000 €
Lits pauci-relationnels								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Recettes	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €
Solde	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €
Cardiologie								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses	0 €	1 240 000 €	1 240 000 €	1 240 000 €	1 240 000 €	1 240 000 €	1 240 000 €	1 240 000 €
T1		830 000 €	830 000 €	830 000 €	830 000 €	830 000 €	830 000 €	830 000 €
T2		150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €
T3		260 000 €	260 000 €	260 000 €	260 000 €	260 000 €	260 000 €	260 000 €
Recettes	0 €	3 400 000 €	3 400 000 €	3 400 000 €	3 400 000 €	3 400 000 €	3 400 000 €	3 400 000 €
Solde	0 €	2 160 000 €	2 160 000 €	2 160 000 €	2 160 000 €	2 160 000 €	2 160 000 €	2 160 000 €
Effort TOTAL	620 000 €	3 410 000 €	3 570 000 €					

Concernant le SMUR, l'impact peut être apprécié de la manière suivante :

	SMUR							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses T1	0 €	120 000 €	570 000 €	570 000 €	570 000 €	570 000 €	570 000 €	570 000 €

Le plan de modernisation et de progrès prévoit également des compléments substantiels de dotations ou de forfait.

Sur la période 2013-2020 sont intégrées dans le PGFP plus de 58 M€ de recettes nouvelles à ce titre.

Le tableau suivant synthétise l'ensemble des demandes formulées à cet effet :

Revalorisation Forfait								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FAU	180 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €
Revalorisation Dotations MIG								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
SAMU-SMUR	2 900 000 €	3 020 000 €	3 470 000 €	3 470 000 €	3 470 000 €	3 470 000 €	3 470 000 €	3 470 000 €
Revalorisation PDS	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €	1 200 000 €
MIG CDAG	65 000 €	65 000 €	65 000 €	65 000 €	65 000 €	65 000 €	65 000 €	65 000 €
MIG Douleur	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €
MIG chambre sécurisée	45 000 €	45 000 €	45 000 €	45 000 €	45 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €
TOTAL	4 610 000 €	4 730 000 €	5 180 000 €	5 180 000 €	5 180 000 €	5 225 000 €	5 225 000 €	5 225 000 €
Revalorisation Dotations AC								
Pôle FME	0 €	1 900 000 €	1 900 000 €	1 900 000 €	1 900 000 €	1 900 000 €	1 900 000 €	1 900 000 €
Revalorisation Dotations Annuelle de Financement (DAF)								
SSR	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 100 000 €	1 100 000 €	1 100 000 €
TOTAL	4 790 000 €	6 810 000 €	7 260 000 €	7 260 000 €	7 260 000 €	8 405 000 €	8 405 000 €	8 405 000 €

Cette partie du PGFP ne peut être validée, à l'exception du forfait annuel des urgences (si l'établissement a effectivement franchi un palier d'activité le conduisant à bénéficier de ce complément).

Pour le reste, les dotations MIG sont attribuées, en principe, en référence au guide de contractualisation issu de la circulaire du 19 février 2013. Rien ne permet donc d'intégrer ces revalorisations comme acquises dans le PGFP.

Il en va de même concernant la demande de dotation AC visant à soutenir l'activité périnatale. Sans se prononcer sur le bien-fondé d'une telle demande, nous n'avons aucun élément indiquant que le financeur est prêt à s'engager sur ce point.

Concernant enfin la dotation annuelle de financement (dont le complément demandé est lié à l'installation de nouveaux lits), le dossier semble engagé mais l'accord de financement doit être encore confirmé.

Le rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS est d'ailleurs prudent sur ces questions. En effet, il mentionne, à propos des MIG/FIR que « ces financements font actuellement l'objet de discussions entre l'ARS et la DGOS » (page 18).

- *Les recettes de titre 3*

Les recettes de titre 3 doivent progresser de plus de 3,5 M€ entre 2012 et 2020.

La partie afférente à la renégociation des conventions et des loyers n'est pas très documentée. Pour autant, elle représente une somme de 1,6 M€ à l'échéance du PGFP. Il serait nécessaire de disposer d'une analyse plus détaillée des modalités ayant permis de déterminer ce montant.

En matière de facturation des chambres particulières, le centre hospitalier d'Ajaccio prévoit une augmentation du prix journalier qui sera permise grâce à la mise à disposition de chambres neuves

dans le futur hôpital. Le passage de 20 à 70 % de chambres seules facilitera, de fait, le développement du régime particulier. Les ambitions sont élevées puisque l'hôpital envisage des recettes à hauteur de 1 M€ sur ce chapitre. Ce chiffre semble devoir être validé avec réserve même s'il démontre la volonté de l'établissement de développer les recettes diverses avec des actions volontaristes de ce type.

S'agissant enfin des forfaits techniques générés par l'exploitation d'une nouvelle IRM, le centre hospitalier d'Ajaccio ne précise pas si cela se fera à effectifs médicaux et non médicaux constants. On suppose donc que oui, même si ce point mériterait d'être précisé.

5.2.2.2. L'impact en dépenses du plan de modernisation et de progrès

Le plan de modernisation et de progrès prévoit des mesures de maîtrise des charges sur les titres 1 (dépenses de personnel) et sur le titre 4 (charges pour amortissements, frais financiers et dotations aux provisions).

En matière de dépenses de personnel, le centre hospitalier d'Ajaccio prévoit une baisse de sa masse salariale par une diminution de ses effectifs, une réduction des éléments variables de paie et une rationalisation du coût de la permanence des soins.

En ce qui concerne la restitution des effectifs, l'établissement prévoit un scénario en trois temps.

En premier lieu, il envisage de supprimer 102 ETP sur la période transitoire allant de 2013 à 2017. En réalité, la diminution nette est de 76 ETP compte tenu des créations nécessaires pour l'activité nouvelle de cardiologie et la remise aux normes des effectifs du SMUR (pour mémoire, nous avons déjà valorisé ces créations dans la partie consacrée à la modernisation des activités – recettes titre 1).

En second lieu, de 2017 à 2020, il est prévu la suppression de 65 ETP supplémentaires en lien direct avec les organisations du nouvel hôpital sur les services cliniques et logistiques.

Enfin, 46 restitutions de postes seraient possibles entre 2020 et 2022, grâce aux nouvelles organisations de travail et au fur et à mesure des départs constatés et des reconversions professionnelles.

Ces 167 restitutions de postes représentent une économie de 7,5 M€ par an à l'issue du PGFP 2013/2020.

En outre, le plan de modernisation et de progrès prévoit une baisse des éléments variables de paie pour un montant progressif et qui s'établit, à partir de 2015, à 0,55 M€ par an.

Enfin, en matière de gestion du personnel médical, sont attendues des économies grâce à la diminution du recours à l'intérim et aux remplacements pour un montant progressif atteignant une cible de 900 000 € par an à compter de 2016.

Dans le domaine de la permanence des soins, une réduction des charges progressive est également projetée. Elle atteindra 1,3 M€ de manière pérenne, à compter de l'exercice 2016.

Le plan de modernisation et de progrès prévoit enfin des économies sur le titre 4 relatif aux frais financiers, aux charges d'amortissements et de dotations aux provisions.

Cette diminution des charges découle directement des modalités envisagées de financement du programme pluriannuel d'investissement.

En effet, et ce point fera l'objet de développements plus approfondis, l'établissement sollicite des subventions en capital pour la quasi-totalité de son programme d'investissement, programme au sein duquel la reconstruction du nouvel hôpital représente plus de 70 % du montant total.

Par conséquent, en n'ayant plus recours à l'emprunt sur toute la durée du PGFP, l'établissement constate naturellement la diminution progressive de ses charges annuelles d'intérêt liées à son encours de dette actuel.

C'est ainsi que « la tendance morte » des frais financiers permet à l'établissement de réaliser une économie de l'ordre de 0,4M€ en 2020 par rapport aux charges constatées en 2012.

De même, le PGFP constate la « tendance morte » des amortissements relatifs aux investissements d'ores et déjà intégrés dans l'actif de l'établissement, pour un montant de 3,2 M€ environ à horizon 2020 par rapport à 2012.

Ce qu'il faut retenir de l'impact sur le PGFP du plan de modernisation et de progrès

En matière de recettes, l'impact des activités nouvelles est évalué à 3 M€ à horizon 2020 (impact financier net de charges et incluant les mises aux normes des effectifs du SMUR).

Si les ordres de grandeur semblent réalistes, il n'est toutefois pas possible de donner un avis définitif sur ces prévisions. Tout au plus, peut-on rappeler que cette part du plan de modernisation dépend pleinement de l'établissement, dès l'instant que l'Agence Régionale de Santé l'autorisera à installer et / ou développer ces activités.

Mais, pour que le PGFP puisse se réaliser selon les simulations effectuées, un complément de dotations de 58 M€ est attendu sur la période 2013-2020.

Ces dotations complémentaires représentent une somme de 8,4 M€ en 2020, qui se poursuivront au-delà du PGFP.

Dans le cadre de l'aspect strictement financier d'une contre-expertise de cette nature, il n'est pas possible de valider l'inscription en recettes prévisionnelles de compléments de dotations qui font encore l'objet de discussions, et dont on ne sait si elles aboutiront favorablement pour les montants sollicités.

Enfin, l'augmentation des recettes de titre 3 repose sur des actions volontaristes de l'établissement, dont on peut lui donner acte. Il serait toutefois nécessaire de documenter les modalités opérationnelles envisagées pour atteindre ces objectifs.

En matière de dépenses, les économies brutes pérennes attendues sur le titre 1 relatif aux dépenses de personnel atteignent un peu plus de 10 M€, à horizon 2020.

Il s'agit d'un scénario volontariste, dont la réalisation effective est indispensable pour envisager le retour à l'équilibre d'exploitation du centre hospitalier d'Ajaccio. Sa mise en œuvre devra nécessairement faire l'objet d'un suivi régulier et rigoureux.

Les documents joints dans le cadre de la contre-expertise permettent de valider les montants inscrits dans le PGFP, mais il est strictement impossible de se prononcer sur la faisabilité de ce scénario.

Il aurait fallu, pour aller jusqu'à ce niveau d'analyse, que l'établissement produise les maquettes d'organisation du futur hôpital afin de bien appréhender les évolutions. De même, la rationalisation du dispositif de permanence des soins aurait mérité d'être exposée, au moins dans ses grandes lignes.

5.2.3. L'analyse de l'impact du programme pluriannuel d'investissement

La réglementation applicable aux établissements de santé prévoit un seuil d'alerte nécessitant d'engager des mesures de redressement dès que le déficit dépasse 2 % des recettes d'exploitation pour les hôpitaux dont le poste de directeur est classé en emploi qualifié de *fonctionnel*, ce qui est le cas du Centre Hospitalier d'Ajaccio.

Par conséquent, avec un déficit constaté en 2012 se situant autour de 20 % des recettes d'exploitation, la situation est grave, d'autant qu'elle semble faire suite à de nombreuses années consécutives de déficit.

En pratique, et d'un strict point de vue financier, elle place l'établissement en situation de cessation de paiement. Le Centre Hospitalier d'Ajaccio n'arrive pas à faire face à l'ensemble de ses dettes exigibles.

Dans sa note du 30 avril 2013, Dominique Acker, administrateur provisoire chargée des fonctions de directeur, fait état de près de 35 M€ de dettes institutionnelles accumulées.

Avec un déséquilibre persistant entre le niveau des produits et celui des charges, la trésorerie de l'établissement ne lui permet plus d'honorer l'ensemble de ses dépenses obligatoires, notamment les dépenses de nature fiscale et sociale.

Conséquence naturelle de cette impasse en matière de trésorerie, l'établissement est dans une situation de surendettement. Le centre hospitalier d'Ajaccio est, de surcroît, dans une situation chronique d'insuffisance d'autofinancement.

En pratique, cela signifie que l'hôpital est dans l'incapacité de dégager la moindre ressource, sur son cycle d'exploitation, pour investir, comme cela devrait être la règle, au moins en ce qui concerne l'investissement courant.

Dans ce cadre, il ne parvient pas non plus à dégager les marges nécessaires pour procéder au remboursement des annuités en capital de sa dette. Le compte financier 2011 fait état d'un encours de la dette d'environ 50 M€.

Ce surendettement peut être apprécié au moyen de quelques ratios d'analyse financière.

Le ratio d'indépendance financière, qui mesure le niveau de la dette rapportée au montant des capitaux propres est de 123 % selon les documents transmis.

On admet, de manière générale, que ce ratio ne saurait excéder durablement 50 %.

Un taux aussi élevé est particulièrement inquiétant, d'autant plus que les bâtiments actuels sont vétustes.

La durée apparente de la dette mesure le nombre d'années de capacité d'autofinancement nécessaire pour rembourser le capital de la dette. Pour le centre hospitalier d'Ajaccio, sa situation d'insuffisance d'autofinancement l'empêche de rembourser le capital de sa dette. Même avec des aides conséquentes, son ratio s'établit à 23 années, alors qu'il ne devrait pas excéder 10 ans.

Enfin, on observera que l'encours de la dette s'établit à 43 % des produits de l'exercice alors que l'on estime, de manière générale, que ce taux ne devrait pas dépasser 30 %.

Il est donc clairement établi que le centre hospitalier d'Ajaccio ne dispose, à ce jour, d'aucune capacité d'investissement que ce soit par autofinancement ou par recours à de nouveaux emprunts.

Par conséquent, le programme d'investissement, pour être mis en œuvre doit être financé par des subventions, dans sa quasi-totalité.

Le coût du programme pluriannuel d'investissement du centre hospitalier d'Ajaccio est estimé à 178,4 M€ se décomposant de la manière suivante :

- 138,7 M€ pour la reconstruction de l'hôpital ;
- 5,4 M€ pour la reconstruction des urgences (équipements compris) ;
- 8,9 M€ pour la réhabilitation du site Eugénie ;
- 4,4 M€ pour les opérations structurantes ;
- 21 M€ pour les opérations courantes en matière d'équipements et de système d'information.

Le plan de financement proposé est le suivant :

- 130 M€ de crédits FMESPP positionnés sur la reconstruction (engagement ministériel) ;
- 5 M€ de crédits FMESPP positionnés pour les urgences ;
- 24,7 M€ de crédits FMESPP sollicités, incluant les opérations structurantes ;
- 9,48 M€ en provenance des collectivités locales de la région et des fonds européens ;
- 9,2 M€ à autofinancer par l'établissement ou par la recherche de concours financiers nouveaux.

Les crédits FMESPP sollicités vont donc au-delà de l'actuel engagement ministériel fixé à 135 M€ (nouvel hôpital et urgences), auxquels s'ajouterait un arbitrage ministériel complémentaire de 4,4 M€. Ils s'élèvent, en effet, à 159,7 M€.

Mais le concours de l'Etat pourrait être plus important. En effet, dans l'onglet financement de son fichier « *Programme Pluriannuel d'investissement* », le concours des collectivités est noté à 5,2 M€. D'autre part, il est peu probable que l'établissement puisse autofinancer le programme à hauteur de 9,2 M€, sa situation financière ne lui permettant pas de recourir à de nouveaux emprunts et son PGFP projetant une insuffisance d'autofinancement jusqu'en 2017 inclus, alors que les décaissements liés au projet de reconstruction sont étalés entre 2013 et 2017. D'ailleurs, dans l'onglet financement de son fichier « *Programme Pluriannuel d'investissement* », sont prévus 6 M€ de financement « autres », non repérés à ce jour.

Par conséquent, les subventions que l'Etat doit prévoir pour la mise en œuvre du PPI du centre hospitalier d'Ajaccio peuvent être raisonnablement estimés entre 160 et 170 M€, si le coût du futur hôpital est bien contenu à 138,7 M€.

A ce stade, il convient de préciser que les pouvoirs publics disposent de plusieurs options pour accompagner financièrement un programme d'investissement.

Ils peuvent décider d'attribuer des crédits sous forme de dotations en Aide à la Contractualisation (AC). Cette ressource d'exploitation permet ainsi de compenser tout ou partie des charges d'amortissements et des frais financiers annuels, et donc de permettre l'équilibre du compte de résultat. Ce n'est pas l'option retenue par les promoteurs du dossier.

L'Etat peut confier la propriété du bâtiment à un organisme tiers. Cette option n'a pas été retenue.

L'Etat peut attribuer des subventions en capital (par l'intermédiaire du FMESPP notamment) qu'il peut qualifier de renouvelable.

Dans cette hypothèse, ces subventions sont enregistrées, au niveau du bilan de l'établissement bénéficiaire, sur un compte de classe 13.

C'est l'option retenue par le centre hospitalier d'Ajaccio dans l'élaboration de son PGFP.

En prévoyant une subvention renouvelable, l'établissement dispose ainsi de la faculté de l'amortir. En pratique, la reprise progressive de la subvention d'investissement au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant de la dotation aux comptes d'amortissements découlant du projet financé. Pour le financeur, le caractère renouvelable de la convention le conduira, à échéance, à se positionner sur une reconduction totale ou partielle des subventions accordées pour renouveler les biens amortis. Pour l'établissement, cette option présente le mérite de ne pas renforcer les efforts à accomplir, au-delà de ceux prévus dans le plan de modernisation et progrès, découlant de la constatation des amortissements de son programme d'investissement (au cas d'espèce, l'amortissement de la subvention vient couvrir cette charge et la rend neutre d'un point de vue budgétaire).

Cependant, lorsque les subventions sollicitées concernent la quasi-totalité du programme pluriannuel d'investissement, l'établissement ne dispose plus, à terme, d'une capacité d'autofinancement autonome, y compris pour les investissements les plus courants. Ce serait le cas pour le centre hospitalier d'Ajaccio qui sollicite une subvention FMESPP pour son programme d'investissement courant. C'est pourquoi, il serait préférable que l'établissement contractualise avec l'ARS, le niveau cible des dotations aux amortissements que l'hôpital devrait être en mesure de générer par son cycle d'exploitation de manière à pouvoir investir, au moins pour les travaux et équipements courants. Ce niveau cible ne pourrait être mis en œuvre qu'à l'issue du plan de modernisation et de progrès, mais il constitue un préalable indispensable pour favoriser le retour à une situation comptable plus classique, fondamentale pour le maintien d'une autonomie de gestion.

Ces précisions étant apportées, la question ultime qu'il convient d'analyser est celle de la certitude que les subventions octroyées ne seront pas impactées par la situation budgétaire et financière. C'est ici que se pose la question de la trésorerie du centre hospitalier d'Ajaccio.

On comprend à la lecture du programme pluriannuel d'investissement que les décaissements vont intervenir dans leur quasi-totalité entre 2013 et 2017.

	2013	2014	2015	2016	2017
Décaissements	18 077 587	21 084 532	26 250 265	55 685 632	57 375 289

Source : Fichier Programme pluriannuel d'investissement, onglet « PPI CHA »

Or, sur ces années, le résultat d'exploitation prévisionnel est le suivant :

	2013	2014	2015	2016	2017
Résultat	-19 270 613	-11 910 543	-6 862 100	-5 850 193	-2 944 170

Source : Fichier PGFP 2013-2020, onglet « DOC 3CAF PGFP »

Cette situation conduit le centre hospitalier d'Ajaccio à constater, sur toute cette période où les décaissements vont intervenir, une insuffisance d'autofinancement, le mettant en difficulté pour, notamment, assurer le remboursement du capital de la dette.

	2013	2014	2015	2016	2017
Insuffisance d'autofinancement	-18 440 640	-9 383 584	-4 730 187	-2 612 293	-968 425

Source : Fichier PGFP 2013-2020, onglet « DOC 3CAF PGFP »

En dépit des subventions attendues, le PGFP met en avant un prélèvement annuel sur le fonds de roulement net global alors même qu'il est d'ores et déjà négatif à la fin de l'année 2012. Le compte financier 2011 fait état d'un fonds de roulement négatif de 5,4 M€ (qui s'explique par un fonds de roulement d'exploitation très impacté par un report à nouveau déficitaire de plus de 70 M€). Le tableau suivant récapitule les prélèvements envisagés sur la période où les décaissements vont intervenir.

	2013	2014	2015	2016	2017
Prélèvement sur Fonds de Roulement	-4 501 262	-8 134 187	-5 744 293	-4 157 425	-8 796 467

Source : Fichier PGFP 2013-2020, onglet « DOC 3CAF PGFP »

Par conséquent, avec un résultat prévisionnel déficitaire, une insuffisance d'autofinancement, un fonds de roulement net négatif sur l'ensemble de la période 2013/2017, période au cours de laquelle interviendront les décaissements du programme pluriannuel d'investissement, l'établissement sera nécessairement confronté à des problématiques de trésorerie.

Il existe donc un risque majeur que les subventions en capital alimentent une trésorerie tendue et compensent, au moins partiellement, cette situation déficitaire générale.

Le centre hospitalier d'Ajaccio a dû repérer cette problématique en prévoyant dans le PGFP une recapitalisation de 10 M€ en 2013, c'est-à-dire pour un montant équivalent à son fonds de roulement négatif fin 2012.

C'est probablement, en effet, la seule manière pour que l'établissement puisse honorer ses échéances d'emprunt, tout en gérant au mieux l'impact en termes de trésorerie d'une situation mettant en exergue des dépenses d'exploitation supérieures aux recettes.

Concrètement, pour garantir que les subventions FMESPP ne soient fléchées que pour le paiement des coûts engendrés par la réalisation du PPI, il conviendra, très certainement, de poursuivre le versement de crédits de recapitalisation (par exemple sous forme d'apports ou de dotations au bilan) sur la période 2013/2017. Pour conserver un fonds de roulement négatif au niveau de celui constaté fin 2012, cet effort de recapitalisation complémentaire devra atteindre 30 M€ (montant qui permettrait de conserver le fonds de roulement net global de 2012 en neutralisant l'impact financier des déficits d'exploitation prévisionnels sur la période 2013 / 2017).

Idéalement, pour l'établissement, l'effort du financeur devrait être porté à 40 M€, ce qui permettrait au centre hospitalier d'Ajaccio de renouer avec un fonds de roulement net global nul, à échéance de la période de décaissement (sur la base du PGFP transmis).

Ce qu'il faut retenir sur l'analyse de l'impact du programme pluriannuel d'investissement

Le programme pluriannuel d'investissement du centre hospitalier d'Ajaccio est évalué à 178 M€. Les décaissements devraient principalement intervenir entre 2013 et 2017.

En termes de financement, le niveau d'intervention attendu de l'Etat se situe dans une fourchette allant de 160 à 170 M€

De surcroît, avec un résultat prévisionnel déficitaire, une insuffisance d'autofinancement, un fonds de roulement net négatif sur l'ensemble de la période 2013/2017, l'établissement sera nécessairement confronté à des problématiques de trésorerie.

Par conséquent, pour garantir que les subventions FMESPP ne soient fléchées que pour le paiement des coûts engendrés par la réalisation du PPI, il conviendra très certainement de poursuivre le versement de crédits de recapitalisation au-delà des 10 M€ d'ores et déjà inscrits par l'établissement, en 2013, dans le PGFP. Cet effort de recapitalisation complémentaire devrait s'élever, sous une forme à définir, entre 30 et 40 M€ sur la période.

5.2.4. Conclusions sur l'analyse de la soutenabilité financière du projet

Question 1 : Le PGFP présenté est-il cohérent et repose-t-il sur des hypothèses réalistes ?

Les documents transmis par le centre hospitalier d'Ajaccio, en particulier le PPI, le PGFP et les explications associées reflètent assez fidèlement les arguments et les explications développés dans le dossier.

Il existe toutefois un certain nombre de points qu'il conviendrait de préciser :

- En 2013, il est prévu une charge intitulée « régularisation codage », d'un montant de 0,3 M€, qui est intégrée en base reconductible alors qu'on aurait pu imaginer qu'elle était non pérenne. Est-ce normal ?
- Le PGFP prévoit des charges pour annulation des titres de 0,05 M€ par an à compter de 2013, alors que ces charges s'élevaient à 0,47 M€ en 2012. Selon quelle analyse cette évolution a-t-elle été décidée ?
- Le PGFP prévoit des recettes de titre 3 en matière de renégociation des loyers et de développement du régime particulier qu'il conviendrait de documenter davantage.
- Le PGFP prévoit le développement de l'activité neuro-vasculaire sans charge complémentaire alors que le projet médical semble prévoir le recrutement d'un neurologue. Serait-il possible de développer ce point ?
- Le PGFP prévoit des recettes liées à l'exploitation d'une nouvelle IRM. Il ne semble pas prévu de charges de personnel pour cette activité supplémentaire. Est-ce bien le cas ?

Par ailleurs, 3 réserves majeures peuvent être émises, susceptibles de modifier sensiblement l'équilibre général du PGFP :

- Le résultat structurel 2012 est annoncé à – 19,270 613 M€, au niveau du déficit comptable. Pourtant, on observe des recettes AC non reconductibles pour un montant de 2,386 9 M€. Le résultat structurel 2012, au sens de la circulaire du 23 septembre 2009, devrait probablement faire l'objet d'une expertise spécifique.
- Le PGFP n'est élaboré que sur une période de 7 ans alors que le DIPI prévoit une période minimale de 10 ans. L'allongement du PGFP est nécessaire pour répondre aux exigences du DIPI et pour mesurer l'impact des efforts prévus sur la période 2020/2022 et de la vente du terrain « historique » notamment.
- Le financement du PPI repose sur l'octroi de subventions en capital pour la quasi-totalité des opérations. Il est recommandé à l'établissement et à l'ARS de fixer le niveau cible des dotations aux amortissements que l'hôpital doit pouvoir générer de manière autonome sur son cycle d'exploitation afin qu'il puisse reprendre en charge les investissements courants à l'issue de la période observée.

Question 2 : Le versement par l'Etat du soutien financier exceptionnel, associé aux efforts de retour à l'équilibre que l'établissement compte mettre en œuvre, permet-il l'élaboration d'un PGFP durablement équilibré et soutenable financièrement à l'issue du projet ?

La somme des concours financiers sollicités auprès des pouvoirs publics par le centre hospitalier d'Ajaccio sur la période 2013/2020 et inscrits dans le PGFP transmis est de 228 M€ (incluant les subventions FMESPP, les compléments de dotations et la recapitalisation 2013).

Il convient d'indiquer qu'il manque par ailleurs environ 10 M€ pour assurer le bouclage financier complet du projet, l'établissement n'étant pas en mesure d'assumer la part d'autofinancement qu'il envisage de consacrer au projet. D'ailleurs, dans le dossier transmis, il apparaît clairement que les acteurs recherchent des concours financiers nouveaux.

Question 3 : Est-il possible de garantir, en termes de trésorerie, le fait que les 135 M€ de soutien financier ne soient utilisés que pour le paiement de l'ensemble des coûts relatifs au projet de reconstruction du centre hospitalier d'Ajaccio ?

Pour avoir la certitude que les subventions FMESPP ne soient pas impactées par la situation budgétaire et financière de l'établissement, il convient de prévoir une recapitalisation complémentaire comprise entre 30 et 40 Me et de déterminer une solution pour le règlement des 35 millions de dettes institutionnelles accumulées. Par ailleurs, l'établissement devra respecter strictement le montant et les échéances de son plan de modernisation et de progrès. Enfin, la construction du nouvel hôpital devra être parfaitement contenue dans l'enveloppe de 138,7 M€.

La réalisation du programme pluriannuel d'investissement du centre hospitalier d'Ajaccio, pour être financièrement soutenable et permettre un équilibre général de l'établissement à l'issue du PGFP, nécessite un concours financier des pouvoirs publics que l'on peut évaluer entre 258 et 313 M€ sur la période 2013-2020.

Par ailleurs, l'établissement devra réaliser strictement le plan de modernisation et de progrès, dans les proportions et les délais indiqués.

Enfin, le coût global de l'opération de reconstruction devra être contenu dans l'enveloppe de 138,7 M€.

Synthèse financière :

Financements FMESPP actuellement acquis : 139,8 M€

Financements FMESPP complémentaires : entre 20 et 30 M€

Compléments de dotations (MIG, AC, FIR, DAF...) : 58 M€

Recapitalisation complémentaire : entre 40 et 50 M€

Soit une participation totale comprise entre 258 et 278 M€, à laquelle il faut ajouter la sécurisation de 35 M€ correspondant aux dettes fiscales et sociales

Pour le financeur public, l'enjeu financier total de ce projet peut être évalué entre 293 et 313 M€, sous réserve de la réalisation par l'établissement de son plan de modernisation et de progrès et de la maîtrise du projet architectural (à hauteur de 138,7 M€).

6. Synthèse générale des experts au vu du dossier transmis

La réponse aux besoins de santé du territoire est adaptée tant au niveau des filières de soins (développement de la filière gériatrique, de la filière cardiologique et médicale, éducation thérapeutique, recomposition des filières de gynécologie/obstétrique et de chirurgie), que du point de vue du type d'hospitalisation (développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire).

Le dimensionnement et l'organisation des futures unités conventionnelles sont adaptés.

Le programme capacitaire est cohérent.

Le projet permet également le regroupement des plateaux techniques, entamé dans la phase intermédiaire et finalisé sur un seul et même site dans le futur hôpital (exemple : coronarographie, lits « chauds » tels que la réanimation, les soins continus, l'USIC).

Le projet apparaît également adapté au niveau de la prise en charge des urgences et de l'accueil du public.

En outre, il est adapté au niveau des enjeux de coopération et du partenariat entre le public et le privé, comme en témoigne le partage de l'activité d'imagerie médicale, le projet de convention pour la gestion du plateau technique de cardiologie et des lits d'hospitalisation associés et le regroupement possible de la filière cancérologique sur le site du nouvel hôpital.

Le projet semble par ailleurs nécessaire pour favoriser le retour à l'équilibre financier du centre hospitalier d'Ajaccio compte tenu de la restitution des effectifs permise par l'optimisation des espaces et des unités de soins.

D'un point de vue financier, le projet doit être appréhendé en deux temps.

En premier lieu, la phase dite « intermédiaire » suppose l'attribution de crédits FMESPP pour la partie liée aux investissements courants, de mise en sécurité, de rénovation des urgences, le versement de dotations complémentaires (MIG, AC...) et de crédits qualifiés de « recapitalisation » découlant de l'insuffisance d'autofinancement et d'un fonds de roulement négatif constaté fin 2012. Ces aides préalables à la reconstruction représentent un montant total estimé entre 128 et 148 M€.

Ensuite, le projet de reconstruction du nouvel hôpital suppose l'attribution d'une subvention FMESPP de 130 M€ sur un projet estimé à ce jour par l'établissement à 138,7 M€.

Les besoins de financements externes nécessaires (sous forme de subventions, dotations, en exploitation comme en investissement) pour équilibrer le PGFP s'élevant entre 258 et 278 M€ sur la période 2013/2020, le projet ne pourra être considéré comme soutenable que lorsque les financeurs auront répondu favorablement à ces sollicitations financières. À ce jour, une somme de 140 M€ de crédits FMESPP peut être considérée comme acquise.

En outre sur la partie technique, et pour assurer que le coût de reconstruction sera bien contenu à 138,7 M€, un certain nombre de réserves demandent d'être levées, quant au coût de la dépollution du terrain qui est susceptible d'accroître substantiellement la facture, à l'incertitude du régime administratif découlant de la « loi sur l'eau », aux incertitudes de la juste adéquation entre le prix prévisionnel et le niveau des prestations et de performance attendu, à l'estimation exhaustive des coûts liée à la démarche environnementale.

De plus, ces contraintes et le calendrier proposé induisent un doute quant aux délais de réalisation du projet.

C'est un projet ambitieux et novateur du point de vue de l'offre de santé publique et privée sur un même site.

Les contraintes au déploiement de cette reconstruction (phase intermédiaire et phase de construction du nouvel hôpital) nécessitent impérativement une gouvernance (équipe de direction, projet social, implication des acteurs) forte et stable. Cette condition n'est actuellement pas remplie.

Les conditions de réussite du projet nécessitent un engagement fort de tous les acteurs (en interne du corps médical et en externe il faut une plus grande formalisation de l'implication des acteurs de cancérologie et du partenariat quant à l'utilisation commune du futur bloc, notamment).

En conclusion, le projet répond à un besoin de santé. Il est globalement cohérent et adapté. Sa réussite est conditionnée au succès de la phase intermédiaire. Le dossier technique et financier présente trop d'incertitudes, en l'état actuel. Ces réserves doivent être levées pour obtenir un avis global positif.

7. Procédures et méthodologie

Délais trop contraints pour cette première expertise : les experts ont travaillé une cinquantaine d'heures pour fournir une analyse détaillée et argumentée.

Le délai raisonnable de ce type d'expertise est de 5 à 8 semaines comme la procédure le permet. Cette contre-expertise a pu être réalisée en 3 semaines grâce à une mobilisation des experts de leur temps personnel (congrés, soirée, week-end) ce qui n'est pas une méthode et une expérience reproductible

Une réunion de travail intermédiaire aurait également été nécessaire. Il serait intéressant qu'il y ait au moins lors de chaque contre-expertise deux rencontres des experts.

La première permettrait aux experts de confronter une première lecture du dossier, de préparer et proposer les questions complémentaires à poser à l'ARS, la seconde servant à la mise en forme du rapport d'expertise et à la rédaction de la synthèse.

On pourrait évoquer la nécessaire réflexion autour d'un cadre générique formalise ainsi que sur les documents standard à fournir par les ARS et le COPERMO

Bien sûr il pourrait y avoir des séquences de formation ou à tout le moins d'information et de sensibilisation sur ce qui est attendu

Enfin, il est important de clarifier les statuts des experts et les conditions de leurs interventions.