

*Paris, le 12 juillet 2013*

**Note à l'attention de  
M. Louis GALLOIS, Commissaire Général à l'Investissement**

**OBJET : Contre-expertise du projet d'investissement du Centre Hospitalier Gabriel Martin du pôle Sanitaire Ouest de la Réunion**

# **1. CONTRE-EXPERTISE DU PROJET DU CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN DE LA REUNION**

## ***1.1. Définition du projet faisant l'objet de l'évaluation socio-économique préalable***

[1] Le projet de reconstruction du pôle MCO du Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM) s'inscrit dans le projet de constitution d'un Pôle Sanitaire Ouest (PSO) acté en 2006.

[2] Cette reconstruction est un élément d'un projet global de regroupement sur un site unique acté par la création en 2010 d'un GCS prévoyant le regroupement de :

- l'établissement public de santé mentale
- du pôle MCO
- d'un ensemble mutualisé de fonctions supports :
  - Plate forme logistique
  - Pharmacie à usage intérieur
  - Département d'information médicale
  - La coordination générale des soins
  - Des départements du système d'information, qualité et gestion des risques, communication
  - D'une direction des affaires financières et du contrôle de gestion.

[3] Même si les établissements réalisent des missions différentes (MCO et EHPAD pour le CHGM, santé mentale et accompagnement médico – social du handicap et de la dépendance pour l'EPSMR), des collaborations renforcées sont prévues, à titre d'exemples :

- accueil des urgences psychiatriques,
- prise en charge des adolescents,
- prise en charge gériatrique,
- gynécologie sociale.

## ***1.2. Exposé détaillé et validation du projet***

[4] La contre-expertise note que le projet global et plus particulièrement sa dimension MCO portée par le CHGM objet de la contre-expertise est de nature à répondre aux exigences d'efficience et de sécurité de l'offre de soins en ce qu'il doit permettre :

- de concentrer l'activité sanitaire sur un site unique ;
- d'optimiser les ressources médicales et soignantes et de réduire les transferts entre services ;
- de restructurer l'activité MCO de sorte à lui donner une dimension économique supérieure ;
- de permettre le développement attendu de l'activité d'ici 2020 / 2030 ;
- de développer les places en ambulatoire ;

- d'offrir une meilleure accessibilité aux patients et aux visiteurs.

[5] La contre-expertise note également que la conduite du projet permet de conserver le niveau d'activité pendant la phase des travaux.

[6] La contre-expertise note un programme capacitaire qui repose sur l'hypothèse d'un besoin de santé important à l'horizon 2030, même si l'établissement ouvre ses portes en 2018. Cette hypothèse est ambitieuse pour l'année d'ouverture, même si elle est jugée réaliste par l'ARS pour 2030 / 2040.

### **1.3. Dimensionnement capacitaire**

[7] La contre-expertise note que l'ARS valide la répartition des capacités entre types de prise en charge comme suit :

Tableau 1 : Répartition des capacités

<b>Discipline</b>	<b>Capacité actuelle</b>	<b>Capacité projetée</b>
Médecine (lits)	101	150
Médecine (places)	4	10
Chirurgie (lits)	34	30
Chirurgie (places)	4	8
Endoscopie (places)	0	4
Gynécologie-obstétrique (lits)	40	38
Orthogénie	5	4
Néonatalogie	9	12
Pédiatrie (lits)	21	20
Pédiatrie (places)	0	3
Soins critiques	8	14
UHCD Adultes	6	7
UHCD Enfants	0	4
UHCD psychiatrique	4	6
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>310</b>

soit une augmentation globale de capacité de 31,35%.

Source : D'après évaluation préalable ARS

### **1.4. Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet**

[8] La contre-expertise note que le projet PSO du CHGM a été engagé dans le cadre de loi MOP, selon une procédure de conception réalisation. L'opération a suivi le planning suivant :

- marché de MOE conduit en 2011 ;
- validité des offres repoussée au 31/07/2013
- reprise des études 2013 - 2014 (reprise de l'APS nécessaire);
- livraison du bâtiment (prévisionnelle) : décembre 2017 ;
- déménagement 2018 (dans l'hypothèse d'une validation du soutien national en mars 2013)

[9] La contre-expertise rappelle que le choix des modalités de réalisation rend indispensable la maîtrise du calendrier et du programme pour garantir le respect des coûts d'investissement.

### ***1.5. Alternatives possibles au projet, compatibles avec les objectifs du programme et analyse de la pertinence du choix fait par l'établissement***

[10] La contre-expertise partage le choix retenu par l'établissement et l'ARS étant donné les possibilités offertes par la variante retenue par rapport à l'alternative de reconstruction en lieu et place, avec l'ensemble des nuisances d'une opération menée en centre ville et avec une réduction probablement sensible de l'activité et l'impossibilité de proposer les augmentations capacitaires *ad hoc*.

### ***1.6. Justification de la procédure retenue (MOP classique, conception - réalisation, conception-réalisation-maintenance, PPP).***

[11] La contre-expertise partage l'avis de l'établissement et de l'ARS sur l'opportunité de retenir une procédure en loi MOP selon les règles de la conception réalisation. Il s'agit de la construction d'un bâtiment neuf pour laquelle cette procédure est particulièrement adaptée.

## **2. ANALYSE DE LA COHÉRENCE DU PROJET AVEC L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS**

### ***2.1. Évolution de la population, de sa structure, de son état de santé à l'horizon 2030 sur le bassin de santé***

#### **2.1.1. Situation démographique générale, validation du programme capacitaire global**

[12] La contre-expertise retient que :

- Les perspectives d'évolution démographique pour les trente prochaines années de La Réunion estimées par l'INSEE sont en progression constante, avec une croissance annuelle moyenne de + 25 % d'ici 2030 / 2040 à raison de 1,5 % /an ;
- La structure de la population va être modifiée dans le sens d'un vieillissement, avec une augmentation de +9,6 % sur 30 ans des plus de 65 ans et une baisse des moins de 65 ans de l'ordre de 7 % d'une part, et des moins de 20 ans de l'ordre de 2,5 % d'autre part ;
- Le CHGM est positionné sur un territoire de santé à forte croissance démographique. Le CHGM est le seul établissement public de santé du territoire de santé ouest. Le bassin de population est aujourd'hui de 220 000 habitants. Les prévisions de croissance sont importantes. Saint-Paul, ville de 103 000 habitants fait partie d'un

bassin de population de 220 000 habitants. Un projet d'éco-cité reliant Saint - Paul, Le Port et La Possession est en cours d'études (quatre projets ont été retenus par le jury). Entre 30 000 et 40 000 habitants sont attendus dans cette éco-cité. Il s'agit par conséquent de trouver la meilleure adéquation possible entre la demande et l'offre de soins. Le Pôle Sanitaire de l'Ouest est la dernière opération structurante d'ampleur de l'offre de soins.

Cette modification structurelle du bassin de population qui s'impose au CHGM correspond à elle seule mécaniquement à une augmentation prévisible de 15 % des besoins en soins pour le bassin de population. Cette augmentation corrélée à l'effet démographique conduit à la projection d'une augmentation nécessaire de la capacité de 25 %.

- La Réunion se caractérise, par ailleurs, par l'un des plus faibles taux d'équipement en lits MCO et de recours national au regard des autres régions françaises. Selon l'ARS, l'hypothèse d'alignement sur le taux de recours standardisé national en médecine (151,8 séjours/1000 habitants au niveau national vs 141,91 séjours/1000 habitants sur le territoire ouest de La réunion en 2011) et chirurgie (96,12 séjours/1000 habitants au niveau national vs 83,28 séjours/1000 habitants sur le territoire ouest de La Réunion) se traduit par l'adjonction de 17 lits et places supplémentaires correspondant à un écart de 7 %.
- Cet ensemble de données correspond exactement à la proposition de l'établissement validée par l'ARS d'une augmentation de capacitaire de 31,5 % (total validé par la contre-expertise de  $25 + 7 \% = 32 \%$ ).

[13] La contre-expertise ne retiendra pas totalement les autres éléments d'augmentation d'activité proposés par l'établissement et validés par l'ARS dans la mesure où ces phénomènes ne lui semblent pas cumulatifs.

[14] La contre-expertise retient la stratégie du CHGM de nécessaire adaptation de son offre à son environnement plus qu'une stratégie de développement qui poserait la question de reprise de part de marchés, toujours hasardeuse. Cette nécessaire adaptation conduit à la fois à une augmentation capacitaire et à une évolution des pratiques de prise en charge par substitution de séjours réalisés en hospitalisation conventionnelle au profit de séjours ambulatoires sur l'unique périmètre de l'activité actuellement réalisée et de son évolution dans les années à venir.

[15] La contre-expertise confirme donc que l'augmentation capacitaire proposée par l'établissement et validée par l'ARS est conforme à la réalité du besoin en soins du bassin de population : elle répond à l'augmentation structurelle du besoin en soins et à l'évolution démographique attendue, sans déstabiliser l'offre en soins globale sur le bassin de population. Cette situation est confortée par l'affirmation que le projet du CHGM est le dernier sur le versant ouest. Il convient également de noter que l'espérance de vie à La Réunion tend à rattraper celle de métropole. Globalement, la structure de la population tend vers une structure comparable à celle observée en métropole, ce qui se traduira également par un rattrapage de la part des personnes âgées.

## 2.1.2. Données sur la mortalité et la morbidité : validation du programme capacitaire en matière de spécialités.

[16] La contre-expertise note que :

- les trois causes principales de surmortalité sont :
  - les maladies de l'appareil circulatoire (ou maladies cardiovasculaires) (rang 2 pour les hommes et rang 1 pour les femmes),
  - Les tumeurs (rang 1 pour les hommes et rang 2 pour les femmes),
  - Au rang 3 pour les hommes les causes extérieures de traumatisme et pour les femmes, les maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques (dont le diabète).
- Les causes de surmorbidité sont les maladies sont :
  - les maladies cardiovasculaires (37 % des admissions sur la période 2008-2010) avec un poids particulier de l'HTA sévère,
  - le diabète (28 % sur la même période),
  - le cancer (12 %).

Même si l'asthme sévère représente un poids moindre au regard du diabète, il impacte l'hôpital concernant les soins de courte durée par son caractère non programmé. Il représente à ce jour, une prévalence plus élevée à La Réunion comparativement à celle observée en métropole chez les jeunes.

- Les risques sanitaires sont :
  - la nutrition (alimentation / activité physique) avec une surcharge pondérale chez les jeunes plus préoccupante à La Réunion qu'en métropole, de même que celle des adultes.
  - l'alcoolisme (surmortalité à la Réunion vs la métropole)
  - les facteurs environnementaux, et plus particulièrement l'insuffisante qualité de l'eau de consommation, les pollens...

Enfin, La Réunion, par sa situation géographique, est particulièrement exposée aux risques épidémiques de maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes. C'est le cas -entre autres -de la dengue, maladie contre laquelle la population réunionnaise est très faiblement immunisée. Le programme capacitaire intègre cette dimension pour prévoir des capacités d'accueil et de prise en charge suffisantes au niveau des urgences, de la médecine et de la pédiatrie.

[17] Ces données justifient l'augmentation de capacité par spécialités, tel que proposé ; elles sont étayées quantitativement et qualitativement dans les tableaux 2 et 3 ci-dessous (source ARS) ; elles intègrent le tendancier de la consommation actuelle des soins et ses perspectives. Ces données sont conformes au PRS, SOS et CPOM de l'établissement.

Tableau 2 : augmentations d'activité réalisées

Disciplines	2010/2009	2011/2010	2012/2011
Chirurgie	6,20%	7,70%	5,20%
Médecine	2,50%	-0,20%	3,70%

Tableau 3 : augmentation des capacités par disciplines

Activité	Hospitalisation complète		Capacité ambulatoire		Justification
	Avant	Après	Avant	Après	
<b>MEDECINE</b>	<b>109</b>	<b>164</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	
Médecine polyvalente	14	30			Démographie+recours
Gastroentéro-hépatologie	31	30			Alcool
Cardiologie médicale	20	30			HTA, Maladie appareil circulatoire
Pneumologie, maladies respiratoires	6	10			Asthme
Diabète	20	30			Surexposition au diabète
Hôpital de jour médecine			4	10	Démographie+recours
Court Séjour Gériatrique	10	20			Démographie
Soins intensifs	8	8	0	0	Activité chir et absence de réa
Surveillance continue		6			
<b>CHIRURGIE</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	
Chir ortho et traumatologie	20	15			
Chir viscérale	14	15			
Chirurgie ambulatoire			4	8	
Endoscopie			0	4	
<b>Femme Mère Enfant</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	
Gynéco chirurgicale	4	6			
Gynéco médicale	2	0			
Obstétrique	34	32			
Orthogénie			5	4	
Néonatalogie	6	6			
Soins Int de Néonatalogie	3	6			
Pédiatrie nourrissons	9	10			
Pédiatrie grands enfants	12	10			
HdJ ado			0	3	
<b>Lits portes</b>			<b>10</b>	<b>17</b>	
UHCD psy-UApsy			4	6	
UHCD pédiatrique			0	4	
UHCD adulte			6	7	
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>264</b>	<b>23</b>	<b>46</b>	

Cf tableau 1 : 236 lits et places avant et 310 lits et places après, donc une augmentation capacitaire de 74 lits et places (+31,35 %).

[18] La contre-expertise note que le tableau capacitaire est conforme au besoin, l'ensemble des argumentaires exprimés par nature d'activité sont corroborés par le SROS et le CPOM. En revanche, il apparaît une distorsion entre ce capacitaire et le PTD (document juillet 2011 V11). Le PTD propose une unité d'hospitalisation conventionnelle en moins. La contre-expertise émet l'hypothèse que la décision de réaliser cette unité supplémentaire a été prise dans le cadre de la mise au point du projet avec le groupement retenu au regard du capacitaire validé.

[19] La contre-expertise note le mouvement, observable dans tous les projets hospitaliers actuels, d'augmentation des lits lourds et des lits ou places ambulatoires.

[20] Au titre des lits aigus, la contre-expertise note leur augmentation nécessaire aux activités cliniques de chirurgie, de néonatalogie, de surveillance continue. L'augmentation de la capacité en « lits porte » correspondant à l'activité actuelle de l'établissement (seul

établissement disposant d'un service d'urgence pour le territoire Ouest (213 000 habitants au 01/01/2013, source INSEE).

[21] La contre-expertise note que le projet traduit également un ajustement des capacités ambulatoires, et non un développement de ce type de prise en charge.

L'analyse de la contre-expertise a été menée en dehors des « lits porte » qui s'inscrivent dans la filière urgences. Les séjours observés dans les « lits porte » peuvent dans leur majorité être des séjours de « 0 » nuit s'apparentant ainsi à des séjours ambulatoires. Leur caractère « non programmable » les exclut cependant d'une réflexion sur l'ambulatoire. A défaut d'informations précises sur le fonctionnement et l'organisation de la filière d'urgences, la contre-expertise n'a pas retenu l'hypothèse du fonctionnement dans son ensemble du secteur « lit porte » en secteur ambulatoire dit « du lendemain » qui prévoit un geste médical ou chirurgical passé la période d'urgence avec un retour du patient programmé le lendemain.

Dès lors, l'augmentation de la capacité ambulatoire est évaluée à 120 % avec un passage de 13 à 29 places. Cette augmentation représente 24 % de l'augmentation du capacitaire (16 pour 67 lits et places).

Cette augmentation est conforme au besoin de soins, à l'évolution des pratiques et doit permettre d'absorber si nécessaire l'ensemble des projections d'évolution des besoins de soins.

Cette augmentation ne déstabilise en aucune manière l'offre de soins ambulatoire, dont la plus grande part de marché est essentiellement détenue par deux cliniques privées situées sur le territoire de l'Ouest. La dynamique sur la chirurgie ambulatoire de ces deux cliniques contribue fortement à l'atteinte par La Réunion de la première place des régions françaises en matière de taux de substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie en hospitalisation complète. Ceci explique que le projet se concentre davantage sur les créneaux d'adaptation des prises en charge en médecine et en partie dans la filière d'urgence (seul offreur de santé du territoire Ouest).

[22] La contre-expertise note la mise en place exemplaire d'une filière ambulatoire pour les urgences différables structurée par la création d'un partenariat avec le réseau ville (HAD/MAD/IDE libéraux), dans le cadre d'une protocolisation des procédures qualités (fiche de traçabilité des surveillances rapprochées au domicile avec un retour le lendemain au référent hospitalier, protocolisation des parcours de soins après la chirurgie ambulatoire), afin de sécuriser les prises en charge au domicile et permettre l'intégration d'activités nouvelles dans la filière ambulatoire (hallux valgus, cœlioscopie gynécologique...).

### **2.1.3. Données sur le recours à l'hospitalisation**

[23] La contre-expertise s'est appuyée sur l'hypothèse proposée par l'ARS d'un alignement sur le taux de recours standardisé national en médecine (151,8 séjours/1000 habitants au niveau national vs 141,91 séjours/1000 habitants sur le territoire ouest de La Réunion en 2011) et en chirurgie (96,12 séjours/1000 habitants au niveau national vs 83,28 séjours/1000 habitants sur le territoire ouest de La Réunion). Cette hypothèse se traduit par l'adjonction de 17 lits et places supplémentaires.



## ***2.2. Évolution prospective de l'établissement et des autres acteurs de santé dans ce bassin/territoire***

[24] La contre-expertise a noté que le projet du CHGM était le dernier projet de structuration de l'offre de soins sur le territoire Ouest. En conséquence, il apparaît que le projet présenté est le projet qui répondra aux évolutions démographiques, au mouvement de population attendu avec l'éco-cité et aux évolutions de prise en charge.

## ***2.3. Conformité du projet par rapport au SOS (Schéma d'Organisation des Soins)***

[25] La contre-expertise note que les documents validés par l'ARS reprennent les objectifs du PRS. Ils constituent une vérification de la conformité du projet du CHGM au SOS.

[26] Dans la mesure où le projet prévoit une évolution capacitaire, il nécessite potentiellement une adaptation des autorisations. La contre-expertise note que l'ARS a convenu que le CH Gabriel MARTIN présentera, une fois le projet validé nationalement, une demande de révision de ses autorisations pour tenir compte de la délocalisation et des nouvelles modalités de mise en œuvre ; la commission spécialisée de l'organisation des soins (commission spécialisée de la Conférence de Santé et de l'Autonomie) sera saisie pour avis au cours de l'instruction par l'ARS.

[27] Cette évolution capacitaire des lits d'hospitalisation conventionnelle se traduit par une augmentation proportionnelle des lits aigus.

## ***2.4. Opportunité du projet par rapport à la place de l'établissement sur les domaines d'activités concernés par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement***

### **2.4.1. Situation actuelle : place du CHGM dans l'offre de soins sur les domaines d'activités concernés**

[28] Sur les activités d'hospitalisation conventionnelle (hors ambulatoire) du territoire de santé ouest dans les disciplines médicales suivantes :

- Pneumologie,
- Digestif,
- Toxicologie,
- Système nerveux,
- Cardio vasculaire,
- Endocrinologie,

le CHGM possède 94,3 % des parts de marchés (5,7 % des parts de marché pour les cliniques privées du territoire). Ces chiffres confirment la position de « recours » du CHGM sur le territoire ouest.

#### **2.4.2. Situation prévisionnelle**

[29] La contre-expertise note, d'après l'analyse des parts de marché actuelles et des prévisions de croissance de l'établissement, que le CHGM sera vraisemblablement conforté dans sa position d'établissement de proximité, de recours pour la région.

#### **2.5. Opportunité par rapport aux besoins de restructuration de l'offre de soins**

[30] La contre-expertise partage l'analyse de l'ARS selon laquelle le projet CHGM conforte l'offre sur des activités de recours sans déstabilisation de l'offre de soins dans son ensemble (augmentation des lits aigus, par exemple).

#### **2.6. Cohérence du projet présenté avec les autres projets d'investissements du bassin ou du territoire de santé ; place et caractère prioritaire des investissements présentés par rapport aux autres projets**

[31] La contre-expertise note que l'ARS considère le projet CHGM comme étant le seul projet du territoire de santé Ouest de La Réunion.

#### **2.7. Place de l'investissement considéré dans le schéma directeur de l'établissement. Liens avec les orientations d'aménagement du territoire retenues dans les schémas d'urbanisation et de transport.**

[32] La contre-expertise note que le projet présenté ne décrit pas, en dehors de la valorisation du foncier, le projet prévu en centre ville sur le site actuel.

[33] La contre-expertise note que les collectivités territoriales accompagnent le projet du CHGM, ce qui garantit sa desserte par les transports en commun.

### **3. ANALYSE ET VALIDATION DU DIMENSIONNEMENT DU FUTUR ÉTABLISSEMENT**

#### ***3.1. Calibrage des unités***

##### **3.1.1. Calibrage des unités d'hospitalisation conventionnelles et ambulatoire**

[34] La contre-expertise ne peut qu'être d'accord sur le dimensionnement systématique des 5 unités d'hospitalisation conventionnelle de médecine et de chirurgie à 30 lits dans le projet CHGM, extensibles à 32. Ce dimensionnement permet de diminuer le nombre global d'unités et, surtout, d'optimiser les ressources affectées à celles-ci.

[35] Une particularité est donnée aux 2 unités d'obstétriques, dimensionnées chacune à 25 lits.

[36] Conformément aux conditions techniques de fonctionnement réglementaires pour cette catégorie d'activité, les places hospitalisation en ambulatoire sont regroupées en une seule unité de 12 lits, cette capacité répondant à la taille permettant une organisation optimale.

##### **3.1.2. Calibrage des unités de soins critiques**

[37] Le dimensionnement des unités de soins critiques est normé réglementairement.

#### ***3.2. Organisation spatiale, fonctionnelle et technique***

##### **3.2.1. Principes retenus en matière de standardisation et de mutualisation des locaux**

[38] La contre-expertise ne peut que partager les principes fonctionnels du projet du CHGM :

- Le programme capacitaire répartit les lits conventionnels de médecine et chirurgie en unités de 30 lits (extensibles à 32) ;
- Pour chaque unité, il est prévu une grande majorité de chambre à 1 lit, complétée de 2 chambres dédoublables et de 2 chambres à 2 lits, permettant souplesse et flexibilité pour les organisations à venir ;
- Les locaux de détente, bureaux des cadres, espaces d'accueil sont communs à plusieurs unités ;
- Les consultations sont regroupées sur un seul plateau et comprennent le secteur, lui aussi regroupé, de prise en charge administratif et financier ;
- L'hôpital de jour médico-chirurgical est de plein pied attenant au bloc opératoire, facilitant ainsi les flux de transport patients.
- En même temps qu'une augmentation sensible des lits d'UHCD (de 10 à 17 places), une maison médicale est intégrée au sein même des urgences ;
- Dans le même ordre d'idée, une maison de la naissance est prévue au sein de la maternité, donc à proximité immédiate comme les recommandations actuelles le demandent ;

- L'imagerie est aménagée pour différencier l'activité d'urgence de celle qui est programmée, donnant ainsi la possibilité d'organiser le temps machine entre les membres du GIE créé avec les radiologues libéraux ;
- Le projet prévoit une réduction du nombre de blocs opératoires et interventionnels (passage de 2 blocs à 1, mais augmentation du nombre de salles de 4 à 6).

[39] De même, la contre-expertise ne peut que partager l'engagement pris depuis plusieurs années par le CHGM dans la mutualisation des fonctions supports et administratives avec l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR). Ainsi, le nouveau bâtiment ne prévoit pas d'intégrer les directions, les locaux de celles-ci étant partagés au sein de l'EPSMR.

[40] En outre, un GCS est cours de construction avec le CHU de La Réunion pour la fonction restauration, qui mettrait donc en commun une unité de production unique pour les 3 établissements. Cette réalisation constituerait le premier volet d'une plateforme logistique hospitalière pour la région.

[41] L'organisation spatiale du futur bâtiment est classique des constructions hospitalières d'aujourd'hui, à savoir que les plateaux techniques, proches des urgences, sont situés aux niveaux bas du bâtiment, et se trouvent par conséquent facilement accessibles ; par contre, les unités d'hospitalisation sont réparties sur les étages supérieurs, organisées autour d'un noyau central dans lequel on retrouve les moyens de communication verticale et les locaux mutualisés entre les unités d'un même niveau. Le futur bâtiment est conçu pour optimiser du mieux possible les flux de personnes et de matières.

### **3.2.2. Principes retenus en matière de développement durable (consommations d'énergie notamment)**

[42] La contre-expertise note que le projet PSO respecte globalement dans son ensemble les cibles HQE prévues dans le plan Hôpital 2012. Sur les 14 cibles habituellement retenues pour la qualification HQE, le groupement retenu est jugé performant sur 12 de ces cibles, en particulier pour ce qui concerne les aspects thermiques et énergétiques.

### **3.2.3. Principes retenus en matière de maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment**

[43] La contre-expertise note que les exigences du programme technique détaillé (PTD) mettent l'accent sur la qualité et la performance de l'ouvrage futur, notamment en matière de durabilité des matériaux, de maintenabilité et de nettoyabilité.

[44] Toutefois, les pièces transmises ne permettent à la contre-expertise de vérifier que ces exigences sont respectées au stade de l'APS dans le projet PSO.

[45] La note de l'ARS n'aborde pas plus cette question, ce qui ne permet pas à la contre-expertise d'apprécier cet aspect fondamental pour le CHGM lorsque le nouveau bâtiment sera en service, ce d'autant qu'il disposera de technologies de pointe tant au niveau des

installations électriques (courants forts et courants faibles), que thermiques, et d'informatique-communication.

### **3.3. Dimensionnement des locaux**

[46] Le principe retenu dans le projet PSO, de constituer des unités d'hospitalisation homogènes, permet une standardisation des locaux, donc un moindre coût architectural, la possibilité de réduire la taille de ces unités dédiées à un usage donné, et donc une optimisation des circuits et des conditions d'exploitation.

[47] La contre-expertise relève une évolution des surfaces utiles entre celles envisagées au PTD et celles qui résultent de l'APS, passant ainsi pour les parties neuves du projet de 18 077 à 18 822 m<sup>2</sup> SU, soit 745 m<sup>2</sup> supplémentaires. Cette progression est principalement observée sur l'hospitalisation et sur le plateau technique, donc sur le cœur de métier.

[48] Pour autant, le total des surfaces SDO des bâtiments neufs évolue à la marge, passant de 29 930 au PTD à 29 950 m<sup>2</sup> à l'APS. Le projet du groupement retenu s'avère donc plus performant comme le montre le rapport SDO/SU de 1,59, versus un ratio de 1,66 prévu au PTD.

[49] La contre-expertise note également une divergence entre le total des surfaces SDO (bâtiments neufs, plus bâtiments réhabilités) figurant dans le rapport d'évaluation de l'ARS (§ 3.3) et ceux figurant dans les documents techniques communiqués par le CHGM, à savoir 27 809 m<sup>2</sup> pour l'ARS (ce qui correspond aussi à la fiche hôpital – document D7), contre 30 288 m<sup>2</sup> SDO inscrits au PTD (juillet 2011) et 30 534 m<sup>2</sup> à l'APS (novembre 2011).

[50] Ainsi, la contre-expertise approuve le dimensionnement retenu pour le projet du CHGM puisque :

- les surfaces retenues pour le projet PSO au stade de l'APS (daté du 30 novembre 2011) sont inférieures à la borne moyenne du référentiel de dimensionnement de l'ANAP (30 660 m<sup>2</sup>) ;
- le projet PSO du CHGM est particulièrement densifié comme le montre son ratio SDO/SU, inférieur au référentiel d'ANAP ;
- à l'APS, le ratio (m<sup>2</sup> SDO / lit et place) de 98,5 est bien inférieure à la borne basse du référentiel de l'ANAP de 110-120 m<sup>2</sup>, sachant néanmoins que le projet PSO ne comprend ni les locaux des directions, ni service logistique lourd.

[51] La contre-expertise note enfin qu'à travers ce projet, l'ensemble du foncier du futur PSO fait l'objet d'un programme de valorisation hors soins par la réhabilitation de bâtiments existants inscrits au titre des monuments historiques. La réhabilitation des bâtiments porte sur 584 m<sup>2</sup> SDO au stade de l'APS.

[52] Une autre particularité marque le projet. Il s'agit de la liaison physique prévue entre les parties neuves du PSO et l'EPSMR.

### **3.4. Modularité et flexibilité du projet**

[53] La contre-expertise note que la modularité et la flexibilité du projet font partie des exigences du PTD. Le groupement retenu présente une réponse à ces exigences à travers un concept d'évolutivité de la structure basé sur l'occupation libre sur le site et sur les terrasses des niveaux supérieurs du futur bâtiment. Toutefois, il serait utile pour le CHGM de connaître avec plus de précision le potentiel que représentent ces extensions possibles, tant en termes de surfaces supplémentaires à bâtir que de capacité d'hospitalisation.

### **3.5. Coût des travaux**

[54] L'évaluation préalable de l'ARS ne comporte pas d'appréciation du coût des travaux.

[55] La contre-expertise considère que le coût pour l'ensemble du projet en valeur novembre 2011 de 3 590 € TDC / m<sup>2</sup> SDO (compris honoraires et VRD), et de 2 871 € HT travaux pour les parties neuves, montrent une assez bonne maîtrise des prix, eu égard aux surcoûts de l'insularité (évalués à 30 % par l'établissement lui-même). La contre-expertise ne peut en revanche émettre d'avis objectif sur le poids de ce « surcoût ilien ».

### **3.6. Méthodologie retenue : guides utilisés, écarts par rapport à ces guides**

[56] La contre-expertise constate, comme l'ARS, que l'ensemble des outils et référentiels disponibles ont été utilisés et ont permis d'aboutir à un résultat très satisfaisant.

[57] En revanche, la contre-expertise regrette l'absence de prospective détaillée concernant les coûts d'exploitation et de maintenance de ces futurs bâtiments, tant pour le fonctionnement courant que sur la durée de vie des constructions. La connaissance des programmes d'entretien régulier, et de gros entretien ou de renouvellement des matériels et des installations, permettrait ainsi au CHGM de calculer la charge financière future du projet, et d'en calculer le coût global et d'en mesurer, en les associant aux autres charges notamment RH, le véritable ROI de l'opération.

## 4. ANALYSE ET VALIDATION SUR LE PLAN FINANCIER

### 4.1 Analyse et validation du plan de financement

#### 4.1.1 Plan de financement proposé

[58] La contre-expertise note que le plan de financement s'établit comme suit :

Tableau de financement

EMPLOIS		RESSOURCES	
<b>IMMOBILISATIONS</b>	<b>140 000 000 €</b>	<b>AUTOFINANCEMENT</b>	<b>33 542 928 €</b>
Immobilier	127 000 000 €	dont autofinancement (hors subvention en capital)	33 542 928 €
Terrain	4 000 000 €	dont cession éventuelle d'immo (intervient en 2021)	- €
Equipements et mobilier	9 000 000 €	<b>SUBVENTION EN CAPITAL</b>	<b>56 100 000 €</b>
		Subvention en capital demandée	50 000 000 €
		Autres Subventions : FEDER	6 100 000 €
		<b>TOTAL EMPRUNTS</b>	<b>46 357 072 €</b>
		Emprunt	46 357 072 €
		<b>Autres (TERRAIN)</b>	<b>4 000 000 €</b>
		financement ARS AC (reçu en 2005)	1 300 000 €
		autofinancement	2 700 000 €
<b>TOTAL EMPLOIS</b>	<b>140 000 000 €</b>	<b>TOTAL RESSOURCES</b>	<b>140 000 000 €</b>

[59] La contre-expertise note que la construction du PSO constitue la principale opération du PPI de l'établissement et qu'il n'y a pas d'autre investissement significatif sur la période. Cette opération inclut l'acquisition du terrain (4 M€ en 2006), l'indemnisation des candidats (5,49 M€ en 2012) et une dotation de 9 M€ pour l'équipement.

[60] A noter que cette dotation est abondée en 2020 à hauteur de 1 M€ / an au titre du PSO. Cette évaluation semble suffisante puisqu'elle porte le niveau d'investissement courant à 3 M€ / an, seuil difficilement compressible (Rapport de l'IGAS, mars 2013).

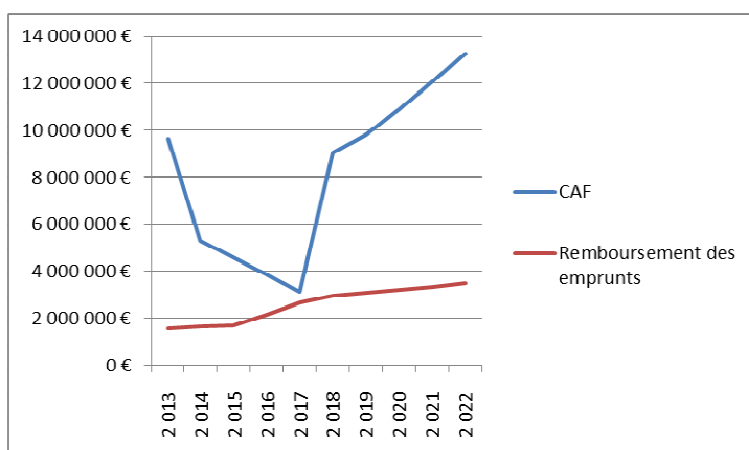
[61] L'aide demandée au titre du présent dossier s'établit à 50 M€ en capital, soit 35,7 % du projet.

#### 4.1.2. Analyse sur le plan de financement

##### 4.1.2.1. Mobilisation de l'autofinancement

[62] L'autofinancement est important puisqu'il représente près de 26 % du projet global (acquisition du terrain comprise). La contre-expertise note que l'établissement s'est employé à maximiser son niveau de CAF en vue de la construction du PSO.

[63] La capacité d'autofinancement est positive sur l'ensemble de la période et, si elle diminue normalement jusqu'à la mise en service du PSO, elle se rétablit ensuite rapidement. En tout état de cause, elle autorise le remboursement des emprunts sur l'ensemble de la période :



#### 4.1.2.2. Optimisation du fonds de roulement et analyse de la trésorerie.

[64] Le plan de financement prévoit un prélèvement sur le fonds de roulement de l'ordre de 33,5 M€, correspondant à des reprises de dotations d'aide à la contractualisation obtenues dans le cadre du Plan Villepin à partir de 2006, à hauteur de 4 M€ / an. Le FRNG est positif sur l'ensemble de la période et, même s'il diminue fortement compte tenu du besoin de financement de l'opération (prélèvement sur le fond de roulement entre 2014 et 2018), il se rétablit ensuite (apport au fond de roulement dès la mise en service du bâtiment).

[65] La contre-expertise rappelle donc que le plan de financement du PSO est fortement dépendant des résultats d'exploitation qui devront être affectés à l'investissement et ce, dès 2013.

[66] En revanche, la contre-expertise insiste sur l'impasse en trésorerie en 2017 et 2018, de l'ordre de 1,5 M€ en 2017 et de près de 4 M€ en 2018, à laquelle il conviendra que l'établissement fasse face. Elle rappelle à ce titre que la cession du bâtiment est inscrite en 2021 sur le PGFP : les solutions d'équilibre de la trésorerie devront venir soit d'une mobilisation différente du rythme des emprunts et/ou de versements de la subvention, soit d'une politique de dynamisation du recouvrement de ses recettes, de rotation des stocks et des délais de paiement de ses fournisseurs.

#### 4.1.2.3. Recours à l'emprunt

[67] La contre-expertise note que l'établissement prévoit un recours à l'emprunt à hauteur de 46,3 M€, soit 33 % du montant de l'opération, sur une durée de 20 ans. Elle souligne que cette durée est compatible avec les durées définies pour l'amortissement du bâtiment (25 ans pour la construction neuve, 20 ans pour les restructurations et 10 ans pour les équipements).

[68] La contre-expertise note par ailleurs ces durées d'amortissement qui lui semblent d'une part courtes pour ce qui concerne l'immobilier, et relativement longues pour ce qui concerne les équipements. Elle souligne que ces durées pourront être optimisées dans le cadre d'une révision éventuelle du PGFP.



#### 4.1.2.4. Analyses des impacts du recours à l'endettement

[69] La contre-expertise note que l'établissement est actuellement faiblement endetté, ayant cherché à préserver ses marges d'endettement pour faire face à cette opération. La durée apparente de la dette est de moins de 1 an depuis 2009. Elle augmente au cours de la période 2013/2021 pour atteindre 3,9 ans en fin d'opération, restant sous le seuil défini par le Décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (10 ans).

[70] La contre-expertise note que l'endettement de l'établissement est principalement composé des emprunts liés au projet.

[71] Le ratio d'indépendance financière, qui s'établit à 20,45 % en 2012, évolue jusqu'à atteindre près de 72 % en 2021. La contre-expertise souligne l'importance de ce taux, dont l'établissement signale toutefois qu'il diminue fortement cinq ans après l'ouverture du PSO, pour revenir en deçà des 50 %. Il en va de même pour le ratio « encours de la dette / tous les produits », supérieur au plafond des 30 % en 2021 (38,60 % en 2021), qui décroît ensuite pour revenir dans la norme acceptée.

[72] La contre-expertise note une nouvelle fois que ce dernier ratio témoigne de la très grande importance de l'atteinte des résultats d'exploitation (cf. infra) dans la réalisation du PGFP.

#### 4.1.2.5. Conclusions sur analyse du PGFP

[73] La contre-expertise note la conclusion de l'ARS qui souligne que « *le plan de financement semble remplir les conditions de prudence et d'équilibre* » qui rend cette opération soutenable.

[74] La contre-expertise souligne cependant la nécessité de maximiser les résultats d'exploitation pour rendre le financement du projet plus solide, et garantir le rétablissement des indicateurs de soutenabilité de l'investissement au plus tôt de l'ouverture du bâtiment.

## 4.2. Impacts en exploitation

### 4.2.1 Analyse des impacts sur le titre 1

[75] La contre-expertise note que l'évolution du titre 1, qui s'établit en 2012 à 15,959 M€, est limitée à une augmentation de 1,6 % par an sur la période 2013/2018. Les dépenses de personnels progressent de 4,5 M€ en 2018, pour faire face aux recrutements nécessaires à l'augmentation des capacités : 7 ETP médicaux et 69 ETP non médicaux seront recrutés. La contre-expertise note que cette augmentation correspond à 7 % des charges de titre 1, pour une augmentation de l'ordre de 30 % des capacités. Les dépenses de personnels reprennent ensuite une progression naturelle de 1,6 % / an à compter de 2018.

[76] La contre-expertise note que ce taux de progression diffère fortement du taux d'évolution des dépenses de titre 1 en 2012 (+4 % entre 2011 et 2012) et sous-entend des gains de productivité importants :

#### Evolution des charges de personnel 2012 /2011

Charges	2011	2012	
Titre 1	56 449 387 €	58 662 611 €	4 %
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>86 494 531 €</b>	<b>89 858 534 €</b>	<b>4 %</b>

[77] La contre-expertise émet une alerte sur les hypothèses d'évolution des charges de personnel qui lui semblent sous évaluées autant en terme d'évolution jusqu'en 2018 qu'en terme de progression à l'ouverture du PSO. Ces hypothèses supposent une forte maîtrise de ces évolutions dès 2013, dont les modalités doivent être décrites et précisées.

[78] La contre-expertise souligne à ce titre le recours de l'établissement à un cabinet pour établir un travail sur l'optimisation des organisations et la mutualisation partielle des fonctions support avec l'EPSMR. Ces gains de productivité gagneraient, selon elle, à être davantage identifiés et cadencés.

[79] En tout état de cause, la contre-expertise souligne l'importance de cette maîtrise dans la soutenabilité du PGFP, en rappelant qu'une dérive de 1 % des charges du titre 1 représentent plus de 500 K€.

#### 4.2.2. Analyse des impacts sur les titres 2 et 3

[80] La contre-expertise note que le titre 2 s'établit à 10,69 M€ en 2013, avec une augmentation naturelle des charges de l'ordre de 1 % par an. En 2018, il progresse de + 1,738 M€, pour reprendre une progression de 1 % par an à compter de l'ouverture du nouveau bâtiment. Il en va de même pour le titre 3, qui s'établit à 8,329 M€ en 2013, et sur lequel est prévue une augmentation naturelle des charges de l'ordre de 1,6 % par an. En 2018, il progresse de +1,892 M€ puis reprend son rythme de +1,6 % / an.

[81] La contre-expertise regrette que les surcoûts liés à l'opération d'investissement (maintenance...) ne soient pas davantage décrits, même s'ils semblent correctement évalués.

[82] Comme pour le titre 1, la contre-expertise note que cette progression prévisionnelle est limitée grâce à un travail sur la mutualisation des plateaux logistiques et techniques (optimisation des fonctions supports en lien avec un rapprochement avec l'EPDMR) et le développement d'une démarche HQE (- 248 k€). La contre-expertise souligne cependant que ces évolutions prévisionnelles diffèrent fortement de ce qui est observé sur la période 2011/2012 :

Charges	2011	2012	
Titre 2	9 684 219 €	10 422 622 €	8 %
Titre 3	8 193 172 €	9 420 808 €	15 %
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>86 494 531 €</b>	<b>89 858 534 €</b>	<b>4 %</b>

[83] La contre-expertise souligne une nouvelle fois l'importance de la maîtrise des dépenses d'exploitation dans la soutenabilité du PGFP.

#### 4.2.3. Analyse des impacts sur les charges de titre 4

[84] Le ratio Titre 4 / recettes d'exploitation s'établit à 11,4 % à la fin du projet. La contre-expertise note ce ratio élevé, justifié par l'établissement par des intérêts élevés. De plus, elle note une charge exceptionnelle de 4,3 M€ correspondant principalement à la vente du bâti pour 3,9 M€, compensé par un produit inscrit à hauteur de 3 M€ la même année.

#### 4.2.4. Analyse des impacts en produits d'exploitation

[85] La contre-expertise note que l'établissement retient une croissance de 1,5 % des recettes d'activité sur la période 2013/ 2018, en intégrant la suppression de la dotation annuelle d'aide à la contractualisation obtenue dans le cadre du Plan Villepin, à compter de 2014.

[86] A compter de 2018, la progression d'activité liées aux augmentations de capacités est lissée sur 5 ans (80 % en 2018, 85 % en 2019... jusqu'en 2022) et correspond à 15 M€ en 2018 (titres 1 et 2) :

	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
Augmentation des recettes	14 986 845	16 320 286	17 687 458	19 088 921	20 525 244
recettes liées à l'activité hors AC	93 260 204	95 493 075	97 770 469	100 093 079	102 461 602
<b>% de l'augmentation</b>	<b>16,07 %</b>	<b>17,09 %</b>	<b>18,09 %</b>	<b>19,07 %</b>	<b>20,03 %</b>

[87] La contre-expertise note la validation de l'ARS sur ces hypothèses de progression des recettes d'activité, et le travail mené par l'établissement avec le cabinet C2i Conseil qui concluent que ces hypothèses sont réalistes compte tenu d'une offre de soins insuffisante, d'un taux de fuite important, et de l'évolution démographique dynamique du bassin de santé de l'établissement.

[88] La contre-expertise note le caractère prudent de ces hypothèses, compte tenu de la croissance constatée sur le Titre 1 de recettes en 2012 / 2011 (+5 %). Elle souligne que ces hypothèses ne témoignent pas d'une politique volontaire de développement de l'établissement : elles sont construites à partir des segments actuels d'activité développés par le CHGM, et sur la conversation linéaire de l'hospitalisation complète en ambulatoire.

[89] La contre-expertise note qu'une politique plus volontaire en matière de recettes est à la fois possible et souhaitable pour garantir la solidité du plan de financement de l'opération et ce, dès 2013. L'augmentation prévue du bassin de santé de l'établissement tout autant que l'augmentation de son offre de soins, doivent lui permettre d'augmenter ses recettes de manière plus importante pour d'une part maximiser son résultat d'exploitation, et soutenir son investissement.

### **4.3. Analyse de la marge brute d'exploitation**

[90] Le taux de marge brute s'établit, à l'ouverture du nouvel établissement, à 10,62 %, soit le double du ratio de 2012. Cette évolution est directement liée aux hypothèses de maîtrise des charges et d'augmentation des recettes énoncées plus hauts, et dont la contre-expertise souhaiterait qu'elles soient davantage garanties.

[91] La contre-expertise souligne une nouvelle fois que l'absorption de la charge de la dette liée à l'opération est conditionnée par la maîtrise de la masse salariale et des efforts de productivités importants qui doivent être entamés dès 2013.

### **4.4. Conclusion sur la soutenabilité financière de l'opération**

[92] La contre-expertise conclut que l'opération d'investissement pourra être financée pour autant que l'exploitation soit maîtrisée. Elle insiste sur le fait que les coûts de l'opération semblent correctement prévus, et que les sources de financement sont diversifiées.

[93] Cependant, elle recommande expressément que les hypothèses retenues sur le PGFP en ce qui concerne l'exploitation soient étayées, notamment en ce qui concerne les titres 1 et 3.

[94] L'établissement a prévu des taux d'évolution des charges d'exploitation que la contre-expertise juge contraints dès 2013 : la réalisation de cette hypothèse est indispensable au financement de l'opération à moyen et long terme. Elle doit donc être décrite, et menée dès approbation de l'opération.

[95] De même, la contre-expertise souligne que le taux d'évolution des recettes liées à l'activité semble faible, au regard de l'opération d'investissement et qu'une politique plus volontariste en la matière doit être développée par l'établissement et soutenue par l'ARS : les conditions en sont réunies (augmentation du bassin de population, augmentation et modernisation de l'offre de soins...).

## **5. PRÉCISIONS SUR LA CONSTITUTION DU MANAGEMENT DU PROJET**

[96] La contre-expertise note qu'une équipe projet maîtrise d'ouvrage du CHGM est en place, et semble pérenne sur la durée du projet. Elle souligne que la pérennité de cette équipe est une condition de garantie du respect du programme, des délais et des coûts du projet PSO.

## **6. AVIS GÉNÉRAL DE L'ARS**

[97] La contre-expertise note que l'ARS émet un avis favorable sur l'ensemble du projet. Elle note que l'ARS a confirmé que le projet était conforme au PRS, au SOS, inscrit dans le CPOM de l'établissement, correctement dimensionné au regard des besoins de santé du territoire et que le plan de financement est soutenable par l'établissement.

## **8. AVIS DE LA CONTRE-EXPERTISE**

[98] La contre-expertise donne un avis favorable au projet, avec un point de vigilance : l'ajustement du plan global de financement sur des hypothèses plus conformes aux évolutions constatées sur les dernières années.

[99] Ainsi, la contre-expertise valide la pertinence du projet du CHGM au regard des besoins de santé futurs de son bassin d'attraction, la cohérence de la réponse architecturale, technique et fonctionnelle, et la maîtrise des dépenses en investissement.

[100] En revanche, la contre-expertise invite le CHGM à ajuster son PGFP, notamment pour ce qui concerne l'exploitation :

- en affinant les surcoûts d'exploitation liés au projet (titres 1 et 3), qui lui semblent sous évalués,
- en déployant une maîtrise de l'exploitation (titre 1) dès aujourd'hui,
- éventuellement en ajustant les durées d'amortissement,
- et en développant une politique plus dynamique en matière de recettes.

[101] La contre-expertise regrette que les gains d'efficience envisagés ne soient pas plus précisément identifiés et cadencés. Elle invite l'établissement à les détailler et à engager les changements, notamment pour ce qui concerne la mutualisation des plateformes communes dès maintenant, pour consolider son excédent d'exploitation et ce, dès 2013.