

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-
économique

du

**projet de reconstruction du court séjour adulte
du CHU de Reims**

3 novembre 2015

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

Préambule	2
1. Présentation du projet	4
1.1. Définition du projet faisant l'objet de l'évaluation socio-économique préalable	4
1.2. Exposé détaillé et validation du projet	4
2. Analyse de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins.....	6
2.1. Evolution de la population sur le bassin de population.....	6
2.2. Conformité du projet au SROS-PRS	6
2.3. Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernés par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement.....	7
2.4 Analyse des taux de vacance de postes de médecins et du taux de recours aux intérimaires	11
2.5. Conclusions sur l'offre de soins	11
3. Dimensionnement capacitaire	12
4. Analyse du projet immobilier.....	15
4.1. Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet.....	15
4.2. Justification de la procédure retenue (MOP classique, conception – réalisation).....	15
4.3. Alternatives possibles au projet, compatibles avec les objectifs du programme et analyse de la pertinence du choix fait par l'établissement	16
4.4. Dimensionnement des locaux et organisation fonctionnelle.....	17
4.5. Modularité du projet.....	19
4.6. Coût des travaux.....	19
4.7. Méthodologie retenue : guides utilisés, écarts par rapport à ces guides	20
4.8. Processus de décision	21
4.9. Avis de la contre-expertise volet immobilier.....	21
5. Soutenabilité financière du projet.....	23
5.1. La situation financière du CHU de Reims en 2015.....	26
5.2. La marge brute permet-elle de garantir un résultat à l'équilibre à long terme ?	30
5.3. Conclusion de la partie financière	31
6. Synthèse sur le projet	32

1. Présentation du projet

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

Le projet de reconstruction présenté couvre les activités du court séjour Médico-Chirurgical adulte du centre hospitalo-universitaire de Reims.

Cette reconstruction fait suite à l'abandon en juin 2010 du projet CSA : Court Séjour Adulte et la présentation en COPERMO lors de sa séance du 17 décembre 2013 du nouveau projet immobilier.

1.2. Exposé détaillé et validation du projet

Le projet immobilier porté par le CHU de Reims, objet de la contre – expertise, est de nature à répondre aux exigences d'efficacité et de sécurité de l'offre de soins en ce qu'il doit permettre :

- de restructurer l'activité MCO de sorte à lui donner une dimension économique supérieure ;
- de développer les places en ambulatoire ;
- d'offrir une meilleure accessibilité aux patients et aux visiteurs.

La conduite du projet permet de conserver le niveau d'activité pendant la phase des travaux.

Le projet est une réponse à la non-conformité des bâtiments en matière de sécurité incendie et à une problématique de désamiantage.

L'ensemble des locaux d'hébergement des activités de court séjour adulte (Robert Debré et Maison Blanche) font l'objet, depuis de nombreuses années, d'avis défavorables au regard de la réglementation en matière de sécurité incendie.

La construction de nouveaux bâtiments, prévus dans le cadre du projet, permettront d'assurer à terme des conditions d'exploitation sécurisées.

Par ailleurs, la présence systématique d'amiante, dont la pleine mesure a été prise lors de travaux en 2014, combinée à l'évolution de la réglementation en matière de désamiantage, constituent certains des éléments qui ne permettent pas de retenir l'hypothèse de réhabilitation de l'Hôpital Robert Debré comme rationnelle.

Ainsi, la réhabilitation de l'Hôpital Robert Debré (initialement envisagée dans le dossier présenté au COPERMO en décembre 2013) n'est plus jugée comme réaliste sur des aspects économiques et organisationnels.

Le projet présenté permet de réduire de manière très significative les lits d'hospitalisation complète par le développement des prises en charge ambulatoires.

Ce projet s'inscrit dans la poursuite de la diminution du nombre de lits conventionnels engagée par le CHU de Reims depuis 2006.

Le projet présenté permet d'optimiser les organisations tant des hébergements que du plateau technique : les organisations définies autour d'unités de 30 lits permettent une optimisation des ressources humaines ce qui contribue directement à l'équilibre financier durable de cette opération.

Le projet présenté permet de moderniser le plateau technique du CHU de Reims, au profit :

- de l'offre de soins régionale,
- de son efficience,
- de son attractivité médicale.

Le CHU de Reims est l'établissement pivot de la région Champagne-Ardenne. Il joue donc un rôle central, tant pour la structuration des filières de soins dans le cadre d'une offre graduée, que pour la formation et le recrutement des professionnels médicaux.

A ce titre, un plateau technique rénové confèrera au CHU de Reims une plus grande efficience dans l'accomplissement de ses missions et contribuera aussi à l'attractivité de l'établissement, notamment en termes de lieu de stage pour les internes et d'installation pour les médecins (après éventuellement une phase de post-internat). Cette attractivité est au cœur de la stratégie régionale en matière de démographie médicale, de recherche et de recours aux soins, y compris dans les hyper-spécialités.

Le projet permet de porter aux standards actuels les capacités hôtelières du CHU de Reims.

L'Hôpital Robert Debré, conçu dans les années 1970, dispose majoritairement de chambres doubles (seulement 31 % de lits en chambres individuelles) avec des cabinets de toilettes communs à deux chambres et une douche par service. Le confort a été amélioré de façon inégale au fil des années dans l'Hôpital Maison Blanche (datant des années 1930), sans atteindre les standards actuels et au détriment de la taille des unités avec seulement 41 % de lits en chambres individuelles.

Le projet apportera une qualité hôtelière optimisée : il permettra de porter de 35 % à 85 % la proportion de chambres individuelles et à 100 % la proportion de chambres dotées de sanitaires avec douche.

2. Analyse de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins

2.1. Evolution de la population sur le bassin de population

L'évolution de population attendue à 2013-2040 est une stabilité de population (0,2 %) dans un contexte régional stable (-0,07 %) et un vieillissement de population très proche de la tendance nationale bien qu'un peu en deçà (taux de 60 ans et plus en 2013 département de la marne 20 % *versus* France métropolitaine 21 %, et en 2040 30 % *versus* 31 %) (*INSEE Omphale tendance centrale*).

Le territoire démographique analysé est celui du CHT Centre discrètement différent du territoire du recrutement d'activité du CHU dont la zone de recrutement est large mais dont les caractéristiques démographiques sont peu différentes (cf. *infra*).

La prise en compte des éléments démographiques (taux de recours des 75 ans et évolutions de population) pour la construction du programme capacitaire conduit à intégrer un développement d'activité de 0,45 % /an soit 5,54 % sur la durée du projet. Toutefois cette hypothèse ne prend pas en compte l'évolution des prises en charge (cf. étude de la DREES sur le vieillissement²). Sur l'hypothèse de durée de séjours à la moyenne et la base de 710 lits, le volume représente une majoration de 40 lits.

2.2. Conformité du projet au SROS-PRS

L'inscription du CHU et de son projet dans le SROS est par nature incontournable du fait de son positionnement en centre de recours régional.

Les taux d'activité de recours (*Hospidiag* 6,15 %) sont au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie. Le taux de séjour des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 à 11,75 % est dans les normales d'un CHU (*Hospidiag*)

La substitution et le développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire est dans la méthodologie de la DGOS pour le programme capacitaire. Le programme est ambitieux pour la médecine. Le retard en chirurgie ambulatoire est rapporté aux conditions actuelles défavorables des locaux.

La constitution en pôle régional de cancérologie entre le CHU et le centre de lutte contre le cancer de Reims n'est pas effective, et limitée à une activité d'oncogériatrie.

La contre-expertise note la mise en place du télé-AVC et le rôle central du CHU dans la filière AVC.

² Mouquet M.-C. et Oberlin P., « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 » et DREES Études et résultats N° 654, septembre 2008.

La contre-expertise note le besoin de lits d'USC polyvalent (+6 lits) suivant la recommandation de la SFAR.

Par contre, il y a peu d'éléments retrouvés expliquant l'augmentation capacitaire de réanimation (+70 journées, soit env. 0,2 lits pour une création de 2 lits) sauf à une harmonisation de taille d'unité. Il est noté la diminution capacitaire de 2 lits du groupe privé. L'augmentation de lits d'USC pourrait faciliter l'aval de la réanimation et venir en atténuation du besoin comme les autres extensions conséquentes de soins critiques prévues au programme. Les indicateurs de soins critiques (réanimation, USC) ne montrent pas d'anomalies (sévérité, taux de suppléments).

2.3. Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernés par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement

Positionnement de l'établissement par rapport aux autres structures du territoire de santé / de la zone d'attractivité de l'établissement

L'offre de soins privés sur l'agglomération rémoise se concentre dans le groupe Courlancy constitué dans l'agglomération par 3 cliniques MCO (Polyclinique Courlancy, Polyclinique Les Bleuets, Polyclinique St André), et que les activités de ce groupe sont en phase de restructuration et reconstruction sur un site principal pour les activités MCO. Dans ce contexte le groupe privé est à analyser comme un ensemble.

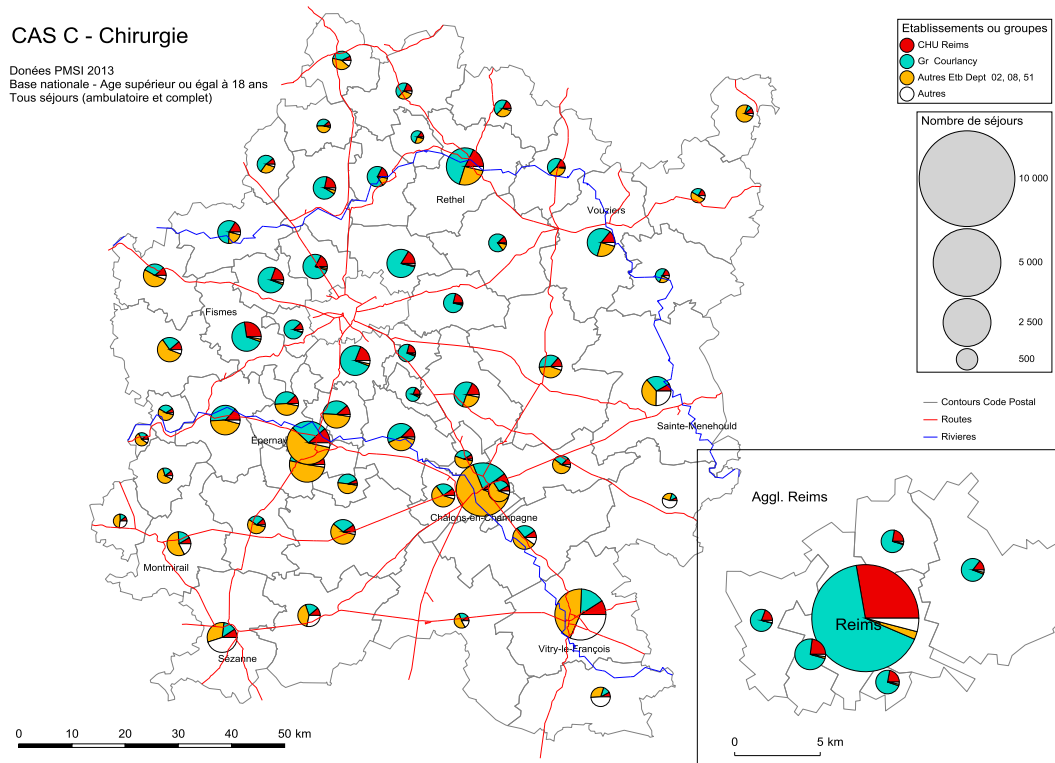
L'analyse cartographique a été retravaillée par la contre-expertise pour représenter directement les parts respectives d'activités en excluant les activités obstétricales et pédiatrique (hors périmètre), avec une attention toutefois au caractère très globalisant faisant peser le même poids à des activités très différentes.

Au Sud, la Marne délimite une séparation où toutes les activités sont fortement concurrencées par des établissements locaux. Au Nord, seules les activités de médecine disposent d'une offre conséquente locale.

Les fuites hors territoire sont faibles, et essentiellement en périphérie.

Sauf activité spécifique, il y a peu de gain d'activité à attendre d'une éventuelle réduction de fuite, ou de reprise d'activités de proximité. L'ARS envisage une réduction de fuite uniquement en médecine hospitalisation complète de 0,5 % sur 15 ans, et des fluctuations mineures sur l'attractivité. En résumé : la situation est une répartition ou une concurrence entre le CHU et un seul groupe privé.

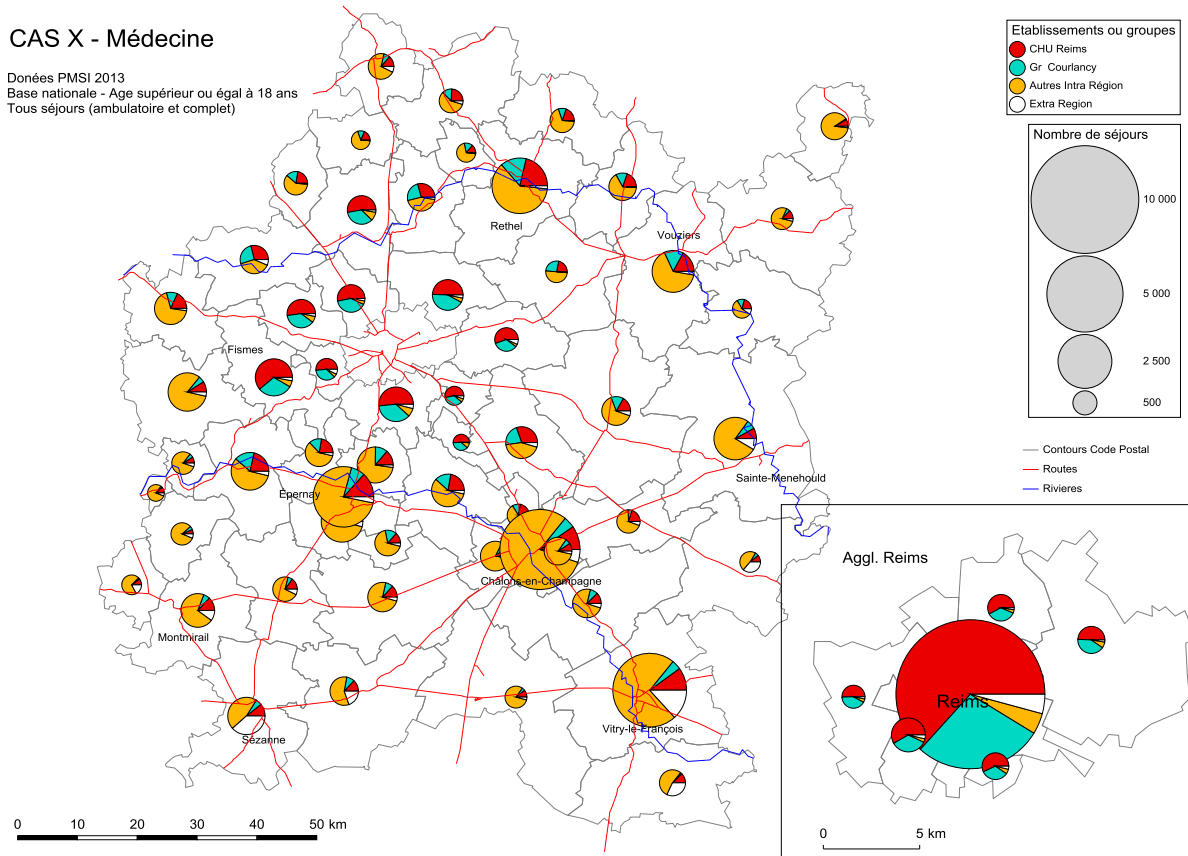
Chirurgie : Il est noté la perte de marché constante sur les 3 dernières années de 1,4 %.



Prédominance en chirurgie du groupe Courlancy en concurrence forte sur la proximité dans un rapport (2/3 1/3), moins forte à distance reflétant vraisemblablement un gradient proximité / recours.

Les activités interventionnelles non chirurgicales (CAS - K) ne sont pas représentées (potentiel privé très élevé).

Médecine : stabilité des parts d'activité du CHU sur les 3 dernières années, augmentation du groupe Courlancy de 0,7 %



Une nette prédominance du CHU sur les activités « médicales », avec une répartition en proximité des établissements.

La contre-expertise prend note de l'hypothèse de l'ARS qui considère que le projet immobilier du Groupe Courlancy à Bezannes ne devrait pas se traduire, au global, par des reprises de parts de marché au détriment du CHU de Reims si ce dernier met en œuvre ce projet. Le projet du groupe Courlancy à 2020 avec une réduction capacitaire de MCO de 87 lits et places et une augmentation de SSR de 66 places. Toutefois, l'érosion des dernières années et un calendrier plus serré pour le projet privé ne donne pas de garantie. En négatif, l'absence de réalisation du projet par le CHU serait un facteur de perte de marché ne serait-ce que sur les conditions hôtelières.

Projection des activités

La difficulté observée dans le projet est pour la partie actuelle : des séjours anormalement long et en particulier en médecine comme le montre l'IP-DMS dans les extrêmes de sa catégorie, des taux d'occupation dans les bornes basses des cibles. Et pour la partie projet, l'isolement des différents effets n'est pas détaillé (basculer en ambulatoire, normalisation IP-DMS, croissance d'activité).

Tableau 1

	Global	Médecine	Chirurgie	Soins critiques
Nombre de journées réelles	238 967	135 877	84 718	25 649
Nombres de journées théoriques	221 130	116 622	83 807	26 899
Différence	17 837	19 255	911	-1 250
IP DMS	1,08	1,17	1,01	0,95
Nombre de lits	831	449	322	60
Nombre de jours moyens d'ouverture	332,3	348,4	304,3	361,7
Nombre de lits en excès (IP DMS ramené à 1)	53,7	55,3	3,0	-3,5
Taux d'occupation réel	88%	90%	87%	86%
Taux d'occupation à IP DMS = 1	80,1%	74,6%	85,5%	123,9%

Un taux cible d'occupation à 92 % et une normalisation de la DMS à nombre de jour d'ouverture identique ramène le nombre de lits à 723, sans prise en compte de la modification de l'organisation dont la bascule vers l'ambulatoire en l'absence de détail de réduction de journées induites. Pour la bascule ambulatoire, sous l'hypothèse de séjours d'un jour avec un nombre identique de journée d'ouverture le calcul conduit à une amplification de la réduction capacitaire de 12 lits en médecine et 14 lits en chirurgie.

Les diminutions capacitaire prévue dès 2016 ne concerne que les services de chirurgie (vasculaire, ORL, Ophtalmologie) soit pour le potentiel de chirurgie ambulatoire soit pour la correction de durée anormalement longue. Toutefois l'IP-DMS le plus élevé concerne la médecine et il n'est pas retrouvé de schéma capacitaire concernant ce secteur, ou de recherche d'activité pour les capacités actuelles.

La contre-expertise note la création d'une unité de pathologie du sommeil avec une organisation conforme aux habitudes d'hospitalisation de nuit. Cette activité est habituellement concurrencée par les établissements privés suivant les profils professionnels recrutés plus particulièrement sur les explorations nocturnes que sur les latences d'endormissement. Si les conditions architecturales le permettent une anticipation au plus tôt serait à rechercher.

La contre-expertise note l'extension de l'UNVA activité structurante et de recours dans la prise en charge des AVC.

La contre-expertise note la création de l'unité de soins intensifs de gastro-entérologie comme celle de l'USC polyvalente (cf. extension de la réanimation).

Projet immobilier de Courlancy

Le projet du CHU est sous tendu par un maintien de l'activité et des parts respectives entre le groupe Courlancy et le CHU de Reims. Malgré la diminution capacitaire prévue du groupe Courlancy, la réévaluation avec le plan triennal postérieur au projet fait apparaître un excédent de 60 lits. L'évocation de transfert d'activité d'autres cliniques du groupe distantes de Reims, n'est pas étayée d'engagements formels, et il existe peu d'outils de régulation.

Analyse de l'évolution historique de l'activité de soins MCO.

Le taux de croissance annuel est exclusivement tiré par les séances (+4 % par an), et invariant pour l'hospitalisation (+0,0 % par an), en deçà du taux de croissance sous tendu par la T2A.

2.4 Analyse des taux de vacance de postes de médecins et du taux de recours aux intérimaires

La contre-expertise valide l'effet attractivité du projet sur les postes médicaux dont la vacance est non anormale pour les disciplines citées.

2.5. Conclusions sur l'offre de soins

Concernant l'offre de soins, le positionnement est essentiellement un maintien d'activité global dans un territoire sans perspective de croissance lié à la démographie, un vieillissement usuel, pas de possibilité de reprise sur des fuites faibles.

Le deuxième élément contextuel est la reconstruction / concentration du groupe privé en 2020 de Reims, et une répartition des activités du territoire essentiellement entre le CHU et ce groupe dominant sur la chirurgie, minoritaire sur les activités médicales, mais disposant d'une offre apparente large.

Des développements d'activité sectorisée (Filière AVC, Sommeil) en faible volume peuvent s'intégrer dès à présent. Un besoin d'extension de lits de soins critiques (UNV, USI Gastro-entérologie, USC polyvalent) est cohérent avec le projet mais il est conséquent. Une extension de réanimation non justifiée par l'activité et dont l'extension de l'USC pourrait réduire le besoin.

Des durées de séjour anormalement longue en particulier en médecine et des taux d'occupation à durée corrigée bas dont l'objectif devrait être de les ramener dans les durées attendues (IP DMS <1, taux d'occupation > 90 %) dans la première phase du projet pour preuve du capacitaire de la deuxième phase, soit par recherche d'activité soit par réorganisation.

3. Dimensionnement capacitaire

La répartition des capacités entre types de prise en charge est la suivante :

Tableau 2 : Répartition des capacités

Périmètre	Activité	Prise en charge	Journées PMSI		Séances		Lits & Places		TO	
			2013	2025	2013	2025	2013	2025	2013	2025
Dans le périmètre du projet	Chirurgie	Ambulatoire	2 813	7 885			14	23	86%	140%
		Complète	84 718	73 313	78		322	239	77%	87%
	Médecine	Ambulatoire	7 961	12 680	11 792	13 331	69	75	118%	139%
		Hémodialyses			18 193	18 193	36	36	162%	162%
		Complète	135 877	121 492	1 418		449	389	88%	90%
	Soins critiques	Complète	18 372	25 649	43		60	82	85%	86%
	Total	Ambulatoire	10 774	20 564	11 792	13 331	119	134	113%	139%
Complète		238 967	220 454	1 539	0	831	710	84%	88%	
Hors périmètre du projet	Chirurgie	Ambulatoire	2 509	3 248			15	15	71%	93%
		Complète	9 199	7 859	1	1	41	41	64%	55%
	Médecine	Ambulatoire	3 612	4 046	2 174	2 174	9	9	156%	173%
		Complète	36 286	35 692			132	132	77%	75%
	Obstétrique		12 090	11 939	2	2	36	36	92%	91%
	Total	Ambulatoire	6 121	7 294	2 174	2 174	24	24	105%	125%
		Complète	57 575	55 490	3	3	209	209	85%	82%
Total	Ambulatoire	16 895	27 859	13 966	15 505	143	158	65%	92%	
	Complète	296 542	275 944	1 542	3	1 040	919	83%	87%	

Source : établissement document du 23 octobre 2015

Le capacitaire de 710 lits s'établit sur la base d'une moyenne de taux d'occupation de 87 %.

Si l'on s'en tient au chiffre donné par l'ANAP en matière de taux d'occupation : 85 à 100 % avec une moyenne autour de 92 % et en faisant abstraction des différences observables et/ou générées en matière d'hospitalisation conventionnelles et de lits chauds, il apparait à la contre-expertise **un capacitaire globalement majoré** au regard des cibles d'activités affichées. Le capacitaire s'établit entre 656 lits et 694 avec très probablement une cible autour de 670 lits. Ce chiffre ne tient pas compte d'un travail complet sur la transférabilité des séjours de médecine et de chirurgie conventionnelle en séjours ambulatoires et du travail sur les IPDMS (cf. volet offre de soins).

Taux d'occupation	Nombre de lits
87	694
88	686
90	671
92	656

L'analyse par la contre-expertise du capacitaire proposé dans le programme technique détaillé conduit au tableau de synthèse suivant :

Tableau 3 : Répartition des capacités du PTD

Activités	Unités	Lits	
Hospitalisations P1	13	390	660
Hospitalisations P2	9	270	
SI hépato gastro	1	8	82
USINV	1	8	
SI hémato	1	5	
SI néphro	1	6	
USIC	1	16	
Réa Poly	3	15	
SC CCV	2	16	
Réa CCV	2	8	
Réa urgences	1	15	
Total	34	742	742

Cette analyse semble montrer un écart entre le capacitaire issu de la projection d'activité et celui décrit dans le PTD. Le dimensionnement des unités calibrées entre « 28 et 30 lits » pourrait nuancer l'analyse si l'on en acceptait le principe.

Si l'on projette l'activité en capacitaire avec un taux d'occupation moyen de l'ordre de 88 % il s'avère qu'au regard du chiffre issu du PTD (740 pour le périmètre page 12 du PTD) un écart de l'ordre de 60 lits (2 unités) est relevé.

La contre-expertise propose de reprendre le capacitaire et de n'inscrire dans le programme que les lits nécessaires.

Cette suggestion sera ré-évoquée dans le chapitre : mode de réalisation de l'opération.

Il apparaît d'ailleurs à la contre-expertise que cette éventualité est proposée par l'établissement dans son dernier document du 23 octobre 2015 « Projet du CHU de Reims présenté au COPERMO Complément d'informations », dans sa conclusion page 12 § B :

« Ces trois temps d'adaptation permettront au CHU d'adapter le projet et notamment son capacitaire aux suggestions des contre-experts ou aux recommandations du COPERMO. »

Le dimensionnement du capacitaire ambulatoire est quant à lui correctement évalué. Son évolutivité se fera plus sur la rotation des patients sur une même place que sur un redimensionnement.

4. Analyse du projet immobilier

4.1. Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet

Le projet du CHU de REIMS sera engagé selon plusieurs procédures (3) en loi MOP.

L'établissement procède à la rédaction du programme général des trois phases de l'opération.

L'établissement a maintenu sa position de réaliser ce projet selon des procédures traditionnelles en loi MOP qui seront conduites par une seule et même équipe de maîtrise d'œuvre, arguant du fait de l'adaptabilité supérieure des programmes au regard de procédures en conception-réalisation et de la nécessaire coordination entre les trois phases du projet.

Le calendrier proposé fait état d'une fin d'opération en 2027 sur la base d'un premier concours global qui serait engagé en 2016 et qui verrait sa dernière phase d'études engagées en 2024 pour ce qui sera de la troisième phase.

Un seul maître d'œuvre sera choisi pour les trois phases :

- phase 1 : construction de 489 lits et places : 2015 – 2022
- phase 2 : construction de 334 lits et places : 2015 – 2023/2025
- phase 3 : démolition bâtiment existant : 2015 – 2027

La contre-expertise rappelle que **le respect du calendrier est nécessaire au respect des coûts d'investissement.**

4.2. Justification de la procédure retenue (MOP classique, conception – réalisation)

La contre-expertise soulève la question de l'unicité de la maîtrise d'œuvre avec un contrat sur une durée de 12 ans.

Si cette position peut s'entendre sur :

- le principe d'une coordination naturellement facilitée puisqu'avec une seule équipe ;
- d'une possibilité de modifier la programmation au fur et à mesure des évolutions :
 - o réglementaires
 - o prise en charge médicale
 - o etc

Il apparaît à la contre-expertise que ce choix engage l'établissement sur une durée trop longue avec une équipe de maîtrise d'œuvre qui naturellement verra ses compétences évoluer dans le temps et une équipe hospitalière qui elle-même ne pourra rester stable durant cette période.

Par ailleurs, s'agissant d'opérations de constructions neuves, des procédures en conception – réalisation pourraient présenter l'avantage de la rapidité de mise en œuvre.

La contre-expertise note qu'il se sera déroulé quatre ans entre la fin des études de la phase 1 et le (re)démarrage des études de la phase 2 sur la base de celles menées en phase 1.

La contre-expertise suggère un engagement du COPERMO de principe sur la totalité de l'opération (phases 1, 2 et 3), les différentes opérations n'étant pas détachables, avec :

- l'élaboration d'un schéma directeur global : médical, urbanisme et technique
- l'élaboration d'un programme global au vu des éléments disponibles fin 2015
- un feu vert pour ce qui est de la première phase dont la fin est aujourd'hui prévue en 2022 sur la base du programme global : schéma directeur d'urbanisme général et pour ce qui relève de la phase 1 : projet médical phase 1.
- Le lancement d'une opération en conception-construction pour ce qui relève de la phase 1 ; cette hypothèse offre très certainement la possibilité de réduire la date de livraison de la Phase a minima d'un (1) an. Cette solution permettrait également par voie de conséquence d'accélérer la mise en place de solutions d'efficience en matière de production de soins.
- Une clause de rencontre en 2019 avec l'ARS et l'établissement permettant les ajustements nécessaires :
 - Projet médical, capacitaire et programme
 - Financier de l'opération, calendrier

Cette clause de rencontre permettra le lancement d'un second concours et ainsi de caler avec les bonnes informations (médicales, techniques et réglementaires) l'opération de la phase 2.

L'équipe de maîtrise d'œuvre de la phase 1 pourra naturellement y participer.

Plusieurs critiques peuvent probablement être apportées à ce raisonnement : Deux concours au lieu d'un ? Au-delà des procédures, une notion de coût de procédure pourrait être mise en avant. Si tel devait être le cas, ce qui n'est absolument pas avéré, ce coût est à mettre en balance avec toute reprise d'études tout écart de programme et/ou tout contentieux avec le maître d'œuvre. La contre-expertise estime que la balance bénéfice risque penche en faveur de procédures contrôlées et maîtrisées dans le temps ; à ce titre, un contrat de 12 ans doit être considéré comme particulièrement risqué.

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

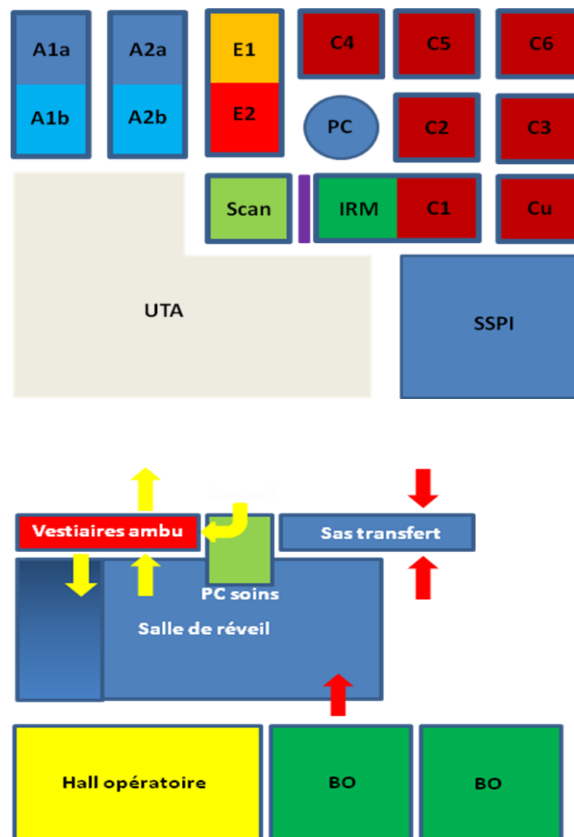
La contre-expertise partage le choix retenu par l'établissement et l'ARS étant donné les possibilités offertes par la variante retenue par rapport à l'alternative de réhabilitation en lieu et place, avec l'ensemble des nuisances d'une opération menée en site occupé et avec une réduction probablement sensible de l'activité et l'impossibilité de proposer l'efficience capacitaire du projet présenté, la prise en considération des suggestions techniques liées à l'amiante et enfin, la gestion de surfaces disponibles sans usage avéré.

4.4. Dimensionnement des locaux et organisation fonctionnelle

Le principe retenu par le projet permet une standardisation des locaux, donc un moindre coût architectural, la possibilité de réduire la taille de ces unités dédiées à un usage, et donc une optimisation de l'exploitation.

Cette standardisation des locaux se retrouve notamment dans le bloc opératoire. Cette standardisation pourrait en revanche permettre un fonctionnement dans un seul et même bloc opératoire selon deux logiques : ambulatoire et conventionnelle.

Il ne s'agit pas de remettre en question l'unicité du bloc opératoire mais d'organiser les liaisons fonctionnelles qui favoriseront la prise en charge ambulatoire sachant que l'organisation des vacations ambulatoires le matin (par exemple) permettra l'utilisation d'une même salle à des fins ambulatoires et conventionnelles.



Les schémas ci-dessus illustrent la possibilité de double usage : ambulatoire (salles doubles A : hall opératoire de 2 postes isolables) et conventionnel (salles C) de salles tout en favorisant un circuit extrêmement court pour ce qui relève de la prise en charge ambulatoire.

Une réflexion en ce sens à ce stade du programme paraît possible. Ces fonctionnalités sont probablement essentielles afin d'aborder dans des conditions optimales le virage ambulatoire.

Par ailleurs, la localisation de certains équipements d'imagerie, notamment l'imagerie en coupe, dans le périmètre du bloc opératoire peut également favoriser la prise en charge par l'anesthésie d'activités pédiatriques (pas d'informations disponibles sur la prise en charge pédiatrique en imagerie en coupe).

La contre-expertise approuve le dimensionnement retenu pour le projet présenté puisque :

- les surfaces retenues par le CHU de Reims sont dans les bornes du référentiel de dimensionnement d'AElipce (cf. tableau ci-dessous) avec un ratio général m^2/lit et place de $102 m^2$ ce qui est très sensiblement inférieur aux chiffres rencontrés traditionnellement et conforte ainsi les référentiels proposés par l'ANAP ;
- le projet présenté est particulièrement densifié comme le montrent les ratios SDO/SU (cf tableau ci-dessous) ;
- le projet présenté permet une rationalisation de la surface exploitée, avec une réduction des surfaces exploitées.

Tableau 4 (non exhaustif) : dimensionnement surfacique du projet CHU de Reims

Activités	SDO/SU	Surface prog	Surface ANAP	Nature	Rapport
Consultations	1,45	8927	9154	74C / 106E	-2 %
Hôpital de jour	1,40	631	623	20 places	+1 %
Hospit phase 1	1,30	14685/15211	14396	13 unités 390 lits	-2 %/+3 %
Hospit phase 2	1,30	10191/10594	10387	9 unités 270 lits	-2 %/+3 %
Blocs op	1,50	5786	6515	26 salles	NA

Sur cet échantillon de surfaces représentatives, il apparaît que les surfaces proposées entourent systématiquement de 1 à 2 % les valeurs proposées dans les référentiels.

Ces hypothèses, confirment la qualité du travail réalisé sur le dimensionnement surfacique.

4.5. Modularité du projet

La modularité du projet est essentiellement garantie par la constitution de grands secteurs fonctionnels ce qui permet une meilleure évolutivité de la structure eu égard à la dissociation des principes de conception propre à chacun des différents secteurs.

Une nuance pourrait cependant être apportée ou affichée plus fortement dans le programme qui a été portée à la connaissance des contre-experts. Les ensembles fonctionnels tertiaires pourraient apparaître au travers une notion d'immeuble tertiaire (en dehors des locaux tertiaires indispensables au bon fonctionnement des unités : bureau cadre, chef de clinique, internes).

La trame traditionnelle d'un immeuble tertiaire est différente de celle d'une structure hospitalière ainsi que ses coûts de mise en œuvre notamment en matière technique. Une telle vision peut générer des économies de construction substantielles.

4.6. Coût des travaux

L'évaluation préalable de l'ARS ne comporte aucune appréciation du coût des travaux.

La contre-expertise relève les coûts de travaux suivants :

Tableau 5 : coûts des travaux décomposé par phases

Phase	Cout TDC M€	Equipements M€ TDC	Cout travaux TDC M€	Surface m ²	Ratio C/S €/m ² TDC
Phase 1 / 489 L & P	224,3	16,5	207,8	56 600	3 771
Phase 2 / 334 L & P	130,7	10,5	120,2	31 200	3 853
Démolition	55,2	-	-	84 200	-

Le ratio TDC / travaux HT retenu est de 1,7 à 1,75 – 1,80.

Les révisions de prix ont été fixées à 1,5 % / an, le taux d'aléas techniques à 8,5 % et la rémunération des prestations intellectuelles à 18 %.

Le tableau récapitulatif des coûts du projet page 69 du rapport d'évaluation socio -économique préalable de l'ARS détaille ces coûts par nature.

Il est particulièrement difficile de reconstituer les coûts par phase avec ce tableau.

La contre-expertise note cependant que les éléments fournis semblent démontrer que les coûts de travaux HT valeur 2015 s'établissent autour de 2 210 € HT/m².

Sur la base des éléments connus en matière d'indice BT au regard de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière la médiane s'établit autour de 1 900 € HT/m², c'est-à-dire de l'ordre de 15 % en dessous du prix affiché. Pour mémoire des opérations de même nature au nord de Paris se sont traitées en 2014 autour de 1 600 € HT/m² sachant que l'indice BT01 est resté stable depuis cette période autour de 105.

Les coefficients et/ou ratios utilisés entre le TDC (toutes dépenses confondues) et le HT (hors taxes) travaux sont particulièrement élevés. Ils traduisent la longueur du projet (pour mémoire supérieure à 12 ans). Traditionnellement ces ratios s'établissent autour de 1,5 – 1,55.

La contre-expertise suggère une réévaluation à la baisse des montants, notamment dans l'hypothèse d'opérations en conception-réalisation.

4.7. Méthodologie retenue : guides utilisés, écarts par rapport à ces guides

La contre-expertise constate que l'ensemble des outils et référentiels disponibles ont été utilisés.

Leur utilisation a été partielle. AElipce aurait pu proposer au moins pour ce qui est de ses modules 1 et 2 (le 3 n'étant pas disponible au moment de la production des rapports selon l'établissement) une intégration des données pour le scénario présenté.

Le module 2 de dimensionnement surfacique a été particulièrement bien respecté et ce dans une dimension hospitalo-universitaire ce qui est d'autant plus remarquable.

En revanche le guide de la construction hospitalière aurait pu voir ses données croisées avec des opérations plus récentes qui donnent la tonalité réelle d'un marché qui, et la contre-expertise le reconnaît bien volontiers, est particulièrement favorable.

A ce titre, **plus cette opération sera lancée rapidement dans un cadre contractuel favorable** permettant aux entreprises de faire des propositions constructives qui leur conviennent, **plus son coût sera réduit.**

4.8. Processus de décision

L'élaboration du projet a progressé et recueille l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes au sein de l'établissement ainsi que de l'ARS, de sorte qu'il semble préservé de toute remise en cause ou modification en cours de travaux en dehors des adaptations naturelles d'un projet qui sera en tout état de cause un projet long.

4.9. Avis de la contre-expertise volet immobilier

La contre-expertise donne un avis favorable sur l'ensemble du projet.

S'agissant du dimensionnement capacitaire, la contre-expertise considère que le programme capacitaire peut au regard de taux d'occupation légèrement plus performants et d'une reprise partielle du PTD différer la décision quant à la construction de deux (2) unités de 30 lits. Cette hypothèse pourrait être réaffirmée dans le cadre d'une revue de projet qui sera naturellement incontournable pour un projet de cette durée. Cette éventualité n'est pas exclusive d'une proposition complémentaire au regard du projet médical et notamment de l'incidence de la transférabilité des séjours (volet 1 offre de soins). Au-delà de la surface non construite et donc non exploitée techniquement, il s'agit essentiellement de ne pas armer deux unités sur le plan paramédical et ainsi de réaliser une économie additionnelle de 2 à 3 M€ / an.

S'agissant de la conception spatiale et fonctionnelle, la contre-expertise a constaté que le projet, en calibrant les unités d'hospitalisation conventionnelle à 30 lits, en regroupant au mieux de la configuration géographique les plateaux techniques, permettait des gains d'efficacité et garantissait en grande partie la modularité du bâti. Deux réserves sont néanmoins émises :

- **l'organisation fonctionnelle générale du bloc opératoire et plus largement du plateau interventionnel dans une vision plus adaptée afin de garantir la fonctionnalité maximale pour la prise en charge ambulatoire ;**
- **l'organisation d'un ensemble immobilier connecté qui regrouperait l'ensemble des besoins en bureaux médicaux et/ou tertiaires.**

S'agissant de conduite du projet et afin de garantir le respect du programme, des délais et des coûts, la contre-expertise considère que sur la base d'un accord général de principe sur le projet, il doit être envisagé une modalité de mise en œuvre potentiellement différente de celle présentée qui permette à la fois :

- d'accélérer le processus de réalisation permettant d'atteindre plus rapidement les cibles d'efficience qui sont présentées,
- de prémunir l'établissement de toute difficulté de gestion contractuelle dans le cadre d'un engagement extrêmement long : 12 ans,
- de préserver la volonté de pouvoir ajuster facilement le projet sur la période,
- de garantir les coûts du projet

A ce titre, l'usage des procédures de conception-réalisation pourrait être réévalué notamment pour les opérations 1 et 2 sachant que l'opération 2 serait engagée à l'issue d'un bilan de situation en 2019/2020 (inscrit dans le prochain projet d'établissement).

La contre-expertise note l'absence du chapitre sur le développement durable et/ou sur la dimension Haute Qualité Environnementale du projet et spécifiquement sur les cibles 1,2,4,7 qui étaient systématiquement exigées dans les dossiers hospitaliers.

Le programme général pourrait faire apparaître le principe architectural d'un immeuble constitué :

- d'un plateau technique global (chaud : blocs, lits chauds, UTA et froid : HdJ, SE, imagerie)
- du premier ensemble hébergements
- d'un satellite tertiaire.

et prévoir une extension « plugable » pour le second ensemble hébergements (objet de la seconde opération).

Le second ensemble hébergement doit être imaginé en matière d'emprise comme le 1^{er} ensemble. En effet si les hypothèses actuelles conduisent à un second ensemble nettement inférieur au premier (max 7 unités selon la contre-expertise vs 13 unités pour le premier ensemble), l'effet GHT pouvant conduire à des regroupements pourrait conduire à un besoin de capacités additionnelles qui seront normalement connues à échéance de 5 ans.

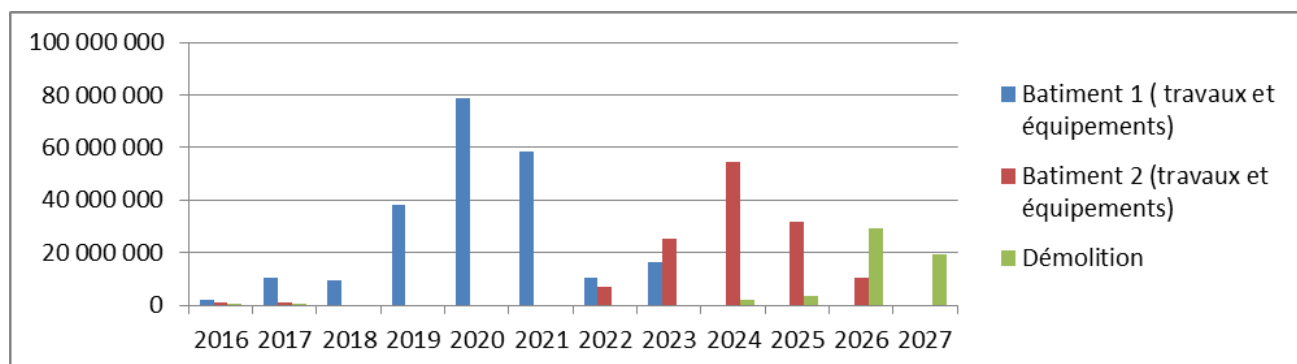
5. Soutenabilité financière du projet

Les projets d'investissement présentés au COPERMO par le CHU de Reims s'élèvent à 410 M€ et sont composés de trois opérations en 3 phases :

- Phase 1 : construction d'un bâtiment de 489 lits et places et d'un plateau technique,
- Phase 2 : démolition d'une aile de chirurgie, construction d'un 2^{ème} bâtiment de 334 lits et places,
- Phase 3 : démolitions des anciens bâtiments et aménagements.

La phase 1 se déroule de 2016 à 2022, la phase 2 de 2022 à 2026, les démolitions en 2026 et 2027.

Tableau 6 : planning des dépenses

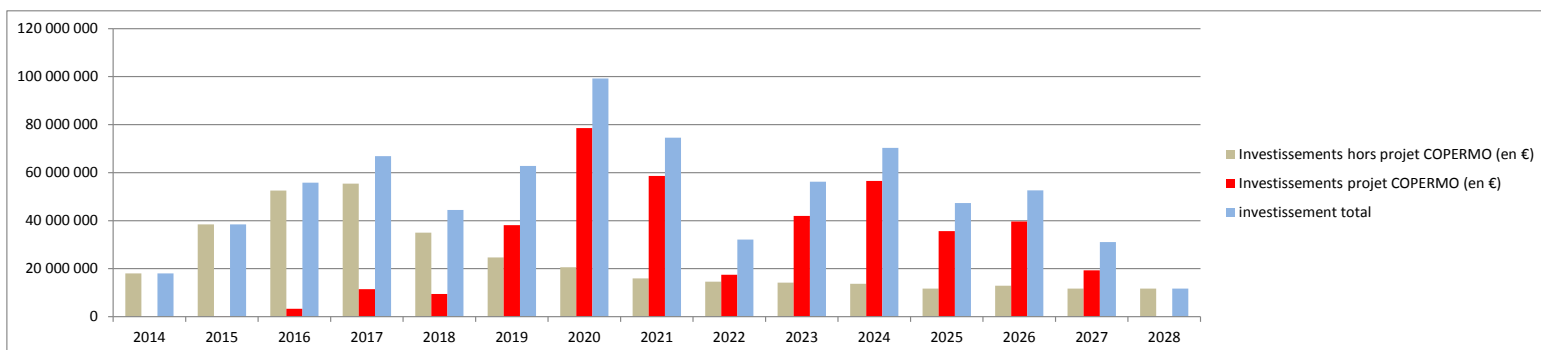


Les projets d'investissement présentés sont majeurs pour l'établissement puisque rénovant plus de 70 % du programme capacitaire MCO et représentant 80 % des recettes consolidés annuelles du CHU.

Ces opérations s'intègrent dans **un plan pluriannuel d'investissement 2015-2028 plus global de 743,5 M€ (53 M€/an).**

A noter que pour ce qui concerne les investissements non soumis au COPERMO, ceux-ci intègrent (phase 0) la construction d'un centre de biologie, et un bâtiment d'odontologie pour un montant total de 61 M€ rendus éligibles fin 2013 par le COPERMO.

Tableau 7 : investissements du projet COPERMO et autres investissements



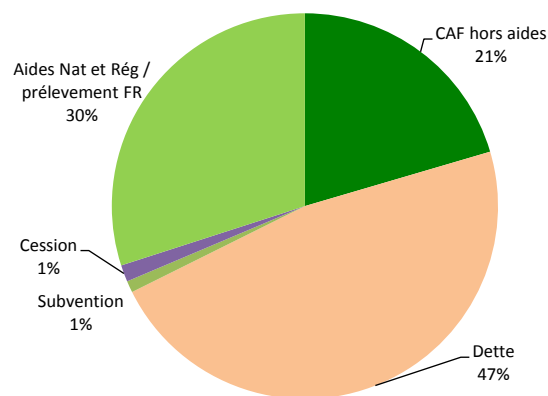
Le tableau de financement présenté par l'établissement pour l'ensemble des opérations montre un recours à l'emprunt à hauteur de 47 %. Les ressources propres à l'établissement (CAF, prélèvement fond de roulement, cession) s'élevant à 52 %.

Tableau 8 : tableau de financement simplifié

Tableau de financement simplifié						
	Total 2015-2028			Total 2015-2028		
Investissements	743 539 046 €	77%	45%	428 961 018 €	CAF	
Remboursement dette	218 980 704 €	23%	47%	454 311 628 €	Dette	
			1%	9 341 217 €	Subvention	
			1%	13 500 000 €	Cession	
	962 519 750 €			906 113 863 €		
			6%	-56 405 886 €	prélèvement au fond de roulement	

La CAF reprise dans le PGFP est principalement constituée sur le début de période par les aides à l'investissement nationales (16,9 M€) et régionales (5,5 M€) soit un total de 22,4 M€/an, soit 232,1 M€ sur la période 2015-2028. Compte tenu de l'antériorité des aides nationales et régionales (22,2 M€ depuis 2007), le prélèvement au fond de roulement a été aussi principalement constitué grâce à ces aides.

De fait, le plan de financement de l'opération s'établit avec un niveau de subventionnement (national ou régional) de 30 % :



L'évolution de la dette par phases montre deux temps :

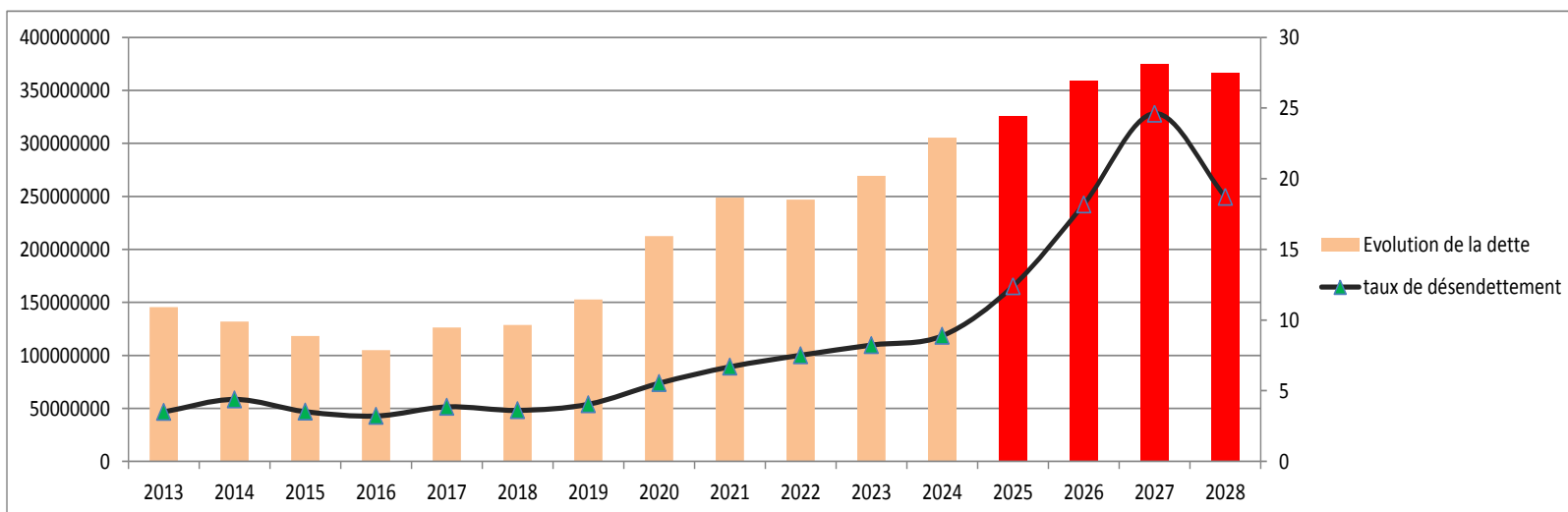
- La phase 1 : grâce aux aides à l'investissement (non consommées sur la période précédente et maintenues jusqu'en 2026) le recours à l'endettement est de 40 % avec un taux de désendettement de 8 ans en 2022 ;

Batiment 1	Total 2015-2022		Total 2015-2023		
Investissements	474 265 986 €	79%	47%	280 948 130 €	CAF
Remboursement dette	128 817 858 €	21%	40%	243 926 523 €	Dette
			1%	8 303 304 €	Subvention
			2%	13 500 000 €	Cession
	603 083 843 €			546 677 957 €	
			9%	-56 405 886 €	prélèvement au fond de roulement

- Les phases 2 et 3 : l'arrêt progressif des aides à l'investissement compensé par la montée en charge de la marge brute conduit à recourir à l'emprunt à hauteur de près de 60 % avec un taux de désendettement en fin de période de 19 ans (pour 10 ans préconisé), la dette représentant 70 % des produits (pour 30 % préconisé des produits); le ratio d'indépendance financière restant proche de la norme autorisée (52 % vs 50 % maximum préconisé).

Batiment 2 / Démolition	Total 2023-2028		Total 2023-2028		
Investissements	269 273 061 €	75%	41%	148 012 888 €	CAF
Remboursement dette	90 162 846 €	25%	59%	210 385 106 €	Dette
			0%	1 037 913 €	Subvention
			0%	0 €	Cession
	359 435 906 €			359 435 906 €	
			0%	0 €	prélèvement au fond de roulement

Tableau 9 : Evolution de l'encours de la dette et taux de désendettement



5.1. La situation financière du CHU de Reims en 2015

Compte tenu du retour à l'équilibre financier réalisé par le CHU ces dernières années, des aides à l'investissement octroyées à compter de 2007, **la situation financière** « avant prise en compte des projets COPERMO » **est saine** :

- Le fond de roulement fin 2014 s'élève à 124 M€ avec une trésorerie excédentaire de 71,5 M€ ;
- La dette fin 2014 est de 130 M€ avec un taux de désendettement de 4ans ;
- La marge brute fin 2014 est de 7 %.

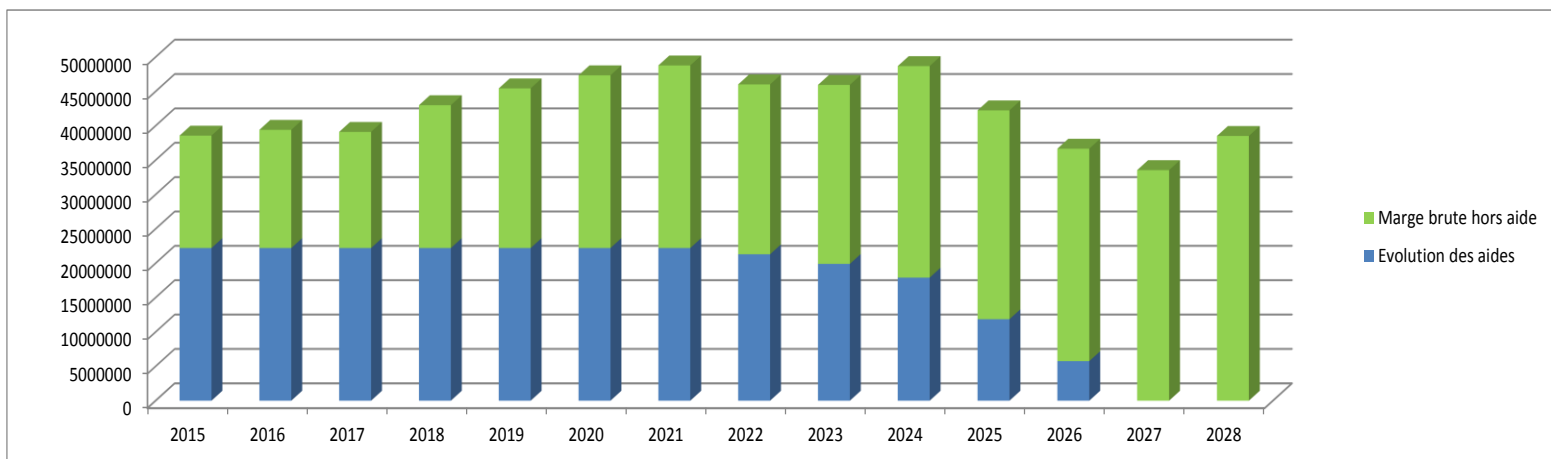
<i>indicateurs de la trajectoire financière</i>	<i>Années</i>	2013	2014	2015
Marge brute d'exploitation hors aides financières (en €)		27 253 673	14 271 521	16 355 112
<i>Marge brute d'exploitation hors aides financières en % des produits courants hors aides</i>		6%	3%	3%
Aides financières (en €)		22 208 096	22 208 096	22 208 096
Résultat compte principal, hors aides, neutralisation op. exceptionnelles (€)		1 958 867	3 019 832	-5 757 632
<i>Résultat hors aides, neutralisation op. excep. (en % des produits)</i>		0%	1%	-1%
Encours de la dette (en €)		145 622 271	131 811 687	118 422 632
<i>Encours de la dette (en % des produits)</i>		29%	25%	23%
Charge annuelle de la dette (en €)		18 692 431	18 151 106	17 709 055
<i>Charge annuelle de la dette (en % des produits)</i>		4%	4%	4%
Durée apparente de la dette		4	4,38	3,52
<i>Taux d'indépendance financière</i>		30%	28%	25%
Marge brute disponible après paiement de la charge annuelle de la dette (en €)		30 769 338	18 328 511	20 854 153
<i>Marge brute disponible en % des produits d'exploitation</i>		7%	4%	4%
Investissements hors projet COPERMO (en €)		20 146 907	18 067 672	38 431 948
<i>Investissements hors projet COPERMO (en % des produits)</i>		4%	3%	7%
Investissements projet COPERMO (en €)		-	-	1 027
<i>Investissements projet COPERMO (en % des produits)</i>				0%
FRNG (en €)		122 467 698	124 219 743	115 088 704
FRNG (en nombre de jours de charges courantes)		106	100	92

Le point de fragilité réside dans la marge brute hors aide qui est de 3 % en situation d'écart avec les taux habituels pour ce type d'établissement (au-delà de 5 %)

Le scénario économique implicitement proposé consiste à montrer que le CHU de Reims atteint aujourd'hui un taux de marge brute de 8 % comprenant des aides à hauteur de 22,4 M€, le taux de marge hors aide qui est faible puisque de 3 % évoluera à hauteur de 8 % à horizon 2028 grâce au retour sur investissement qui permettra de faire évoluer la marge de 13,8 M€, le reste étant sur la période assurée par une évolution modérée de l'activité (0,45 % en moyenne annuelle). Parallèlement, l'aide sera progressivement réduite à compter de 2025/2026.

Schématiquement, la représentation graphique ci-dessous montre le scénario présenté : la marge brute de 2028 (38,5 M€) s'élèvera au même niveau que celle de 2015 mais avec l'extinction progressive des aides nationales et régionales :

Tableau 10 : Evolution de la marge brute



Le Retour Sur Investissement annuel adossé à l'ensemble des constructions s'élève à 13,8 M€ en fin de période. Le RSI spécifique aux projets présentés au COPERMO (phase 1 et 2) s'élève à 12,8 M€. Rapporté au total de l'investissement présenté de 410 M€, **le RSI est dans les standards présentés** puisque de 32 ans.

	Montant investi	Economies /Recettes hors Assurance Maladie	RSI /an
Phase 0 (laboratoires et odontologie)	61 100 000 €	1 008 189 €	61
Phase 1 (bâtiment 1)	224 332 417 €	7 330 736 €	31
Phase 2 (bâtiment 2 et démolitions)	185 858 596 €	5 482 749 €	34
Phase 1 et 2	410 191 013 €	12 813 485 €	32

La constitution du RSI a été détaillée dans les annexes fournies au dossier et constitue un engagement à réaliser de la part de l'établissement. Les hypothèses retenues apparaissent réalistes, les coûts d'exploitation du bâtiment ont été évalués et intégrés au RSI. **Le RSI de la phase 1 est surtout marqué par des mesures d'efficience liée à la transformation du capacitaire (- 144 lits d'HC et HS vs 17 places ambulatoire) ce qui conduit à une réduction très significative des charges de personnel de 6 M€ (-135 ETP).** Ce RSI provient d'économie à la fois au début et à la fin de l'opération. **Le RSI de la phase 2 est presque intégralement constitué des recettes des chambres particulières.**

Le tableau ci-dessous produit par le CHU pendant la phase de contre-expertise détaille la constitution du RSI par phases.

	Somme de 2015	Somme de 2016	Somme de 2017	Somme de 2018	Somme de 2019	Somme de 2020	Somme de 2021	Somme de 2022	Somme de 2023	Somme de 2024	Somme de 2025	Somme de 2026	Somme de 2027	Somme de 2028	Somme de Total
Phase 0		357 900	220 994	-125 853	555 147										1 008 189
Effectifs			246 094	341 797	341 797										929 689
Réduction d'effectif liée au bâtiment des laboratoires				341 797	341 797										683 595
Réduction d'effectifs liée à l'ouverture de l'AMH 2			246 094												246 094
Surfaces		357 900	-25 100	-467 650	213 350										78 500
Variation des surfaces à entretenir, maintenir, chauffer, éclairer		357 900	-25 100	-467 650	213 350										78 500
Phase 1 (par anticipation)	145 501	1 448 505	871 382	958 520								715 807	715 807		4 855 522
Effectifs	145 501	1 395 189	818 066	899 872								715 807	715 807		4 690 242
Réduction d'effectifs liée aux fermetures d'unité	145 501	1 395 189	818 066	899 872								715 807	715 807		4 690 242
Nombre de journées d'hospitalisation		53 316	53 316	58 648											165 280
Réduction des dépenses alimentaires		18 231	18 231	20 054											56 516
Réduction des dépenses de fournitures hospitalières		4 342	4 342	4 776											13 461
Réduction des dépenses de médicament		30 743	30 743	33 817											95 303
Phase 1						2 780 000	809 111	-1 216 436	102 539						2 475 214
Effectifs								715 807	818 347	102 539	102 539				1 636 693
Réduction d'effectifs liée à l'optimisation de l'organisation des fonctions logistiques									102 539	102 539	102 539				205 078
Réduction d'effectifs liée aux fermetures d'unité								715 807	715 807						1 431 615
Nombre de journées d'hospitalisation								93 303							93 303
Réduction des dépenses alimentaires								31 904							31 904
Réduction des dépenses de fournitures hospitalières								7 599							7 599
Réduction des dépenses de médicament								53 800							53 800
Recettes									-2 034 783						-2 034 783
Augmentation du nombre de chambre seules									-2 034 783						-2 034 783
Surfaces						2 780 000									2 780 000
Variation des surfaces à entretenir, maintenir, chauffer, éclairer						2 780 000									2 780 000
Phase 2									826 000	-1 565 000		93 303	1 667 757	4 460 689	5 482 749
Effectifs													102 539	102 539	205 078
Réduction d'effectifs liée à l'optimisation de l'organisation des fonctions logistiques													102 539	102 539	205 078
Réduction d'effectifs liée aux fermetures d'unité															
Nombre de journées d'hospitalisation												93 303			93 303
Réduction des dépenses alimentaires												31 904			31 904
Réduction des dépenses de fournitures hospitalières												7 599			7 599
Réduction des dépenses de médicament												53 800			53 800
Recettes													1 565 217		1 565 217
Augmentation du nombre de chambre seules													1 565 217		1 565 217
Surfaces									826 000	-1 565 000				4 358 150	3 619 150
Variation des surfaces à entretenir, maintenir, chauffer, éclairer									826 000	-1 565 000				4 358 150	3 619 150
Total général	145 501	1 806 405	1 092 376	832 667	555 147			2 780 000	809 111	-390 436	-1 462 461	809 111	2 383 564	4 460 689	13 821 674

5.2. La marge brute permet-elle de garantir un résultat à l'équilibre à long terme ?

Le RSI décrit ci-dessus et intégré dans le PGFP plus global de l'établissement qui prend en compte à la demande de l'ARS les contraintes attendues du plan ONDAM sur la période 2015-2017 (notamment une anticipation de baisse des tarifs de 1 %). **Au-delà pour la période 2018-2028, les projections sont en tendance morte à euros constants avec l'intégration des seules hypothèses du RSI partant du principe que l'établissement gèrera la contrainte annuelle des lois de financement de la sécurité sociale par des plans d'actions additionnels**, ce qui ne permet d'avoir une visibilité du cycle d'exploitation en réalité au-delà de 5 ans.

Néanmoins, le dossier mentionne que les opérations de travaux ne généreront pas de perte de recettes sur la période. L'impact de la transformation du capacitaire sur les recettes de titre 2 est par ailleurs pris en compte.

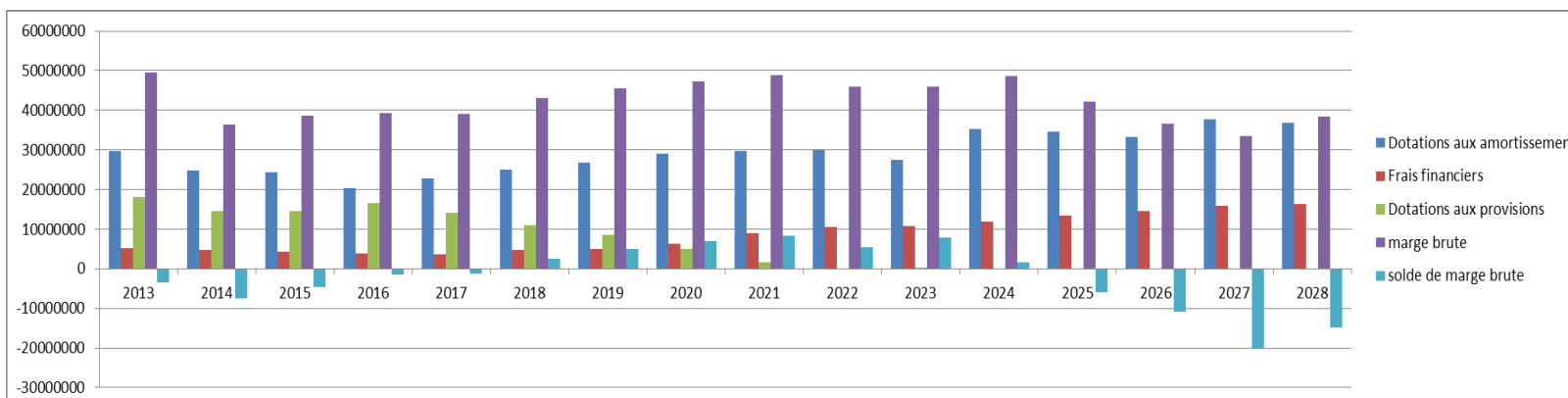
La marge brute de l'établissement doit couvrir à l'issue de chaque phase les conséquences de l'investissement sur le cycle d'exploitation en particulier les dotations aux amortissements (qui permettent de fait de rembourser le capital des emprunts) ainsi que les frais financiers.

Le graphique ci-dessous montre que pendant la phase 1 du projet (2016-2022), la marge brute (du fait du maintien des aides et de la montée en charge du RSI) permet de couvrir les dotations aux amortissements et frais financiers. En 2022, sur le plan financier le taux de désendettement sera de 8 ans, la dette rapportée aux produits sera de 52 %, le ratio d'indépendance financière de 38 %. Le CHU de Reims respectera 2 des 3 critères du décret limitant le recours à l'endettement de décembre 2011.

L'intégration de la phase 2 (construction du bâtiment 2 et démolition) entraîne par contre à compter de 2025 et en 2027 et 2028 une insuffisance de marge brute (solde de marge brute négatif). En 2028, le taux de marge brute d'équilibre permettant de couvrir les amortissements et frais financiers devrait être de 10 %.

Comme le fait remarquer l'ARS, il est vrai que la marge brute permet sur toute la période de rembourser le capital des emprunts et prendre en charge les frais financiers. **Pour autant la marge brute ne permet pas en fin de période d'une part d'équilibrer le cycle d'exploitation, le scénario repris dans le PGFP consistant à procéder à des reprises sur provisions constituées pour équilibrer le cycle d'exploitation et d'autre part le taux de marge brute disponible en fin de période après prise en charge de la charge de la dette est de 1 % laissant peu d'espace à l'incertitude.**

La contre-expertise considère que plan de financement de la phase 2 reste à consolider avec deux interrogations quant à l'extinction de l'ensemble des aides en 2026 et des possibilités de financement par reprises sur provisions sur la période 2027-2035 et leurs impacts sur le fond de roulement.



5.3. Conclusion de la partie financière

Le dossier présenté est étayé avec une présentation du projet en 3 phases auxquelles est adossé un retour sur investissement cohérent avec des efforts importants de restructuration permettant une économie nette des charges de fonctionnement de 10 M€ (2 %).

La problématique du dossier est le temps de réalisation qui est de 12 ans :

- **Si la phase 1 peut être lancée sans risque majeur décelé pendant la contre-expertise compte tenu du fond de roulement existant, de la montée en charge du RSI (50 % de la cible), d'un recours acceptable à l'endettement ;**
- **Les phases 2 et 3 seront démarrées respectivement dans 7 et 9 ans, les simulations financières étant réalisées en euros constants à compter de 2018 partant du principe que l'établissement sera en mesure d'absorber les contraintes budgétaires annuelles en sus de la montée en charge du RSI, ces hypothèses devront être validées lors des revues annuelles de suivi du COPERMO. Comme rappelé dans l'exposé, la problématique du niveau d'endettement en 2028 nécessitera de consolider l'évolution de la marge brute et d'avoir une visibilité sur les mobilisations bilantielles additionnelles évoquées en complément de la marge brute. Les options quant à l'extinction de l'aide évoquée à compter de 2026 devront être confirmées ainsi que les modalités de comptabilisation de l'aide à la contractualisation qui devraient être progressivement comptabilisées en subventions d'investissement amortissables ;**

La contre-expertise valide le scénario présenté pour la phase 1.

En ce qui concerne la phase 2, compte tenu des échéances les options présentées devraient être à nouveau examinées à horizon 2020 afin de lever les interrogations mentionnées.

6. Synthèse sur le projet

La contre-expertise valide l'opportunité du projet présenté par le CHU de Reims. En revanche, la contre-expertise s'interroge sur les aspects d'offre de soins, financiers et techniques d'un projet qui doit se dérouler sur une période de 12 ans.

En effet, tant sur le plan de l'offre de soins que sur le plan financier, il sera nécessaire de veiller au respect des objectifs annoncés, en particulier relatifs à la capacité à autofinancer, dans un contexte budgétaire où une progression de la marge brute hors aide de 3 à 5 % paraît insuffisant.

Concernant l'offre de soins, le positionnement proposé est essentiellement celui d'un maintien d'activité global dans un territoire sans perspective de croissance lié à la démographie (un vieillissement usuel), et sans possibilité de reprise sur des fuites faibles.

Le deuxième élément contextuel est la reconstruction / concentration du groupe privé de Reims en 2020, et une répartition des activités du territoire qui se fait essentiellement entre le CHU et ce groupe. Le privé est dominant sur la chirurgie, minoritaire sur les activités médicales, mais dispose d'une offre apparente large.

Des développements d'activité sectorisée (Filière AVC, Sommeil) en faible volume peuvent s'intégrer dès à présent dans l'immobilier existant. L'extension souhaitée de lits de soins critiques (UNV, USI Gastro-entérologie, USC polyvalent) est cohérente avec le projet, mais importante, et incohérente avec l'extension de réanimation qui ne peut se justifier par l'activité.

Des durées de séjour anormalement longues (en particulier en médecine) et des taux bas d'occupation à durée corrigée amènent les contre-experts à préconiser de les ramener dans les durées attendues (IP DMS <1, taux d'occupation > 90 %) pour un CHU dès la première phase du projet, par recherche d'activité ou par réorganisation. Ces éléments contribueront à affiner le capacitaire à préciser lors de la 2^{ème} phase.

La contre-expertise invite à proposer toute solution qui permette une montée en charge prévisionnelle du retour sur investissement la plus rapide qui soit, par :

- la garantie d'une vision globale,
- l'accélération du processus de réalisation,
- la garantie durant toute la durée du projet de la cinétique économique et financière qui assurera sa bonne mise en œuvre.

Pour ce faire, il est proposé sur la base de l'accord d'opportunité général donné par la contre-expertise :

- d'engager la première phase du projet sous la forme d'une conception-réalisation, permettant une réduction du délai de mise en œuvre de cette phase 1 ;
- d'inscrire une « clause de rencontre » à échéance 2019-2020 permettant d'engager la 2^{ème} phase sur une base objectivée et actualisée en matière :
 - o de situation économique (activités, tarifs...)
 - o de virage ambulatoire et de réduction des IP-DMS.

Pour ce qui concerne les phases 2 et 3 du projet, elles aussi envisageables en conception-réalisation, il conviendra pour le prochain examen du COPERMO de préciser :

- les conditions de l'équilibre structurel, en particulier la couverture des amortissements et frais financiers par la marge brute à moyen terme, compte tenu de l'insuffisance de marge brute après l'achèvement des travaux en 2027 ;
- les conditions de maintien et d'extinction de l'aide nationale sur la période 2020-2026 figurant au PGFP ainsi que le maintien de l'aide régionale à terme ;
- les conditions d'accompagnement des concours bancaires eu égard aux ratios financiers très éloignés du décret de décembre 2011 à partir de 2025.

Pour des simulations financières sur période longue au-delà de 10 ans, la contre-expertise recommande que soient précisées aux ARS les hypothèses macro-économiques d'évolution à prendre compte tant pour les tarifs à l'activité que pour les évolutions des salaires afin de sécuriser les conditions d'examen.