

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-
économique

du

projet de nouvel hôpital de Lens

19 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 les réponses apportées par l'ARS aux questions des experts. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

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

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

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

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

SOMMAIRE

Préambule.....	2
1. Présentation du projet.....	5
2. Projet médical et dimensionnement du futur hôpital.....	6
2.1. Le projet médical de l'établissement est en cohérence avec le SROS et les activités prévues correspondent aux besoins du bassin de population.	6
2.2. Le degré de vétusté de l'hôpital actuel est considérable et pose des problèmes évidents pour structurer et organiser l'activité médicale et la prise en charge des patients.....	6
2.3. Le projet est convergent avec les objectifs nationaux de virage ambulatoire.	6
2.4. La zone interventionnelle regroupe donc, outre l'ambulatoire, les activités chirurgicales programmées et urgentes mais également les sites interventionnels et l'obstétrique.....	7
2.5. La modularité et la flexibilité des répartitions des lits dans les unités d'hospitalisation est tout à fait pertinente pour s'adapter à l'évolution de la pratique médicale.	7
2.6. La zone consultation doit faire l'objet d'une circulation séparée et d'un enregistrement-accueil différent de celui des patients hospitalisés.	8
2.7. Le service d'accueil des urgences est, dans un tel établissement, un élément important d'accès aux soins.	8
2.8. L'accessibilité est donc un élément crucial pour accompagner ce projet médical ambitieux et conforme aux tendances modernes du circuit des malades.	8
3. Analyse du projet immobilier	9
3.1. Les scénarios d'investissement envisagés	9
3.2. Une reconstruction à réaliser en une seule tranche	9
3.3. Le projet	10
3.3.1. Son implantation.....	10
3.3.2. Son dimensionnement.....	10
3.3.3. L'organisation générale et l'évolutivité ultérieure de l'ouvrage.....	13
3.3.4. Ses préoccupations environnementales	14
3.4. L'estimation des travaux et la valeur finale du projet.....	14
3.4.1. L'estimation des travaux	14
3.4.2. La valeur finale	14
3.4.3. La valorisation des terrains historiques	14
3.4.4. Les coûts d'exploitation	14

4. Analyse du volet financier	15
4.1. Le projet dans le PPI et son plan de financement.....	15
4.1.1. Le projet.....	15
4.1.2. Le plan de financement.....	16
4.2. Analyse.....	17
4.2.1. Evolution de la marge brute.....	17
4.2.2. Questions posées par le plan de financement.....	19
5. Synthèse	22

1. Présentation du projet

Le projet « Nouvel Hôpital de Lens 2020 » vise à améliorer l'offre de soins sur le territoire de l'Artois-Douais (1,3 million d'habitants) à partir du Centre Hospitalier de Lens, premier établissement public de santé du département du Pas-de-Calais.

Le projet développé repose sur une révision profonde de l'offre de soins du territoire en vue de spécialiser les différents sites existants et leur capacité disponible. Le Nouvel Hôpital de Lens sera ainsi l'établissement de recours sur le territoire :

- en complémentarité avec le CH Hénin Beaumont,
- avec l'AHNAC au travers d'opérations déjà engagées de redistribution des activités.
- dans un processus de gradation des soins avec les autres établissements publics du territoire (Arras, Douai, Béthune)

Ce nouvel hôpital a pour objectif d'améliorer :

- la qualité de prise en charge des patients,
- l'efficacité médico-économique de l'hôpital,
- la coordination du parcours du patient dans un établissement rénové et ouvert sur l'extérieur via des coopérations avec d'autres structures de soins, le renforcement des relations avec la médecine de ville, le développement des relations avec les structures d'HAD.

Le Nouvel Hôpital de Lens sera construit sur un nouveau site situé à 1,2 Km du site actuel.

Une seule tranche de travaux est prévue pour cette opération.

En phase programmation, le projet prévoit :

- la construction d'un bâtiment de Médecine Chirurgie et Obstétrique de 601 lits et places pour 71 740 m² SDO
- la construction d'un bâtiment de radiothérapie de 1 362 m² SDO.

Le coût total est de 279,6 M€ Toutes Dépenses Confondues.

Le calendrier du projet :

- Concours de maîtrise d'œuvre (phase projet) : jan. 2015 – jan. 2016
- Notification du marché de Maîtrise d'œuvre : fév. 2016
- Travaux : jan. 2017 – oct. 2020
- Déménagement : fin 2020

2. Projet médical et dimensionnement du futur hôpital

2.1. Le projet médical de l'établissement est en cohérence avec le SROS et les activités prévues correspondent aux besoins du bassin de population.

Les indicateurs d'état de santé des habitants permettent de préciser les segments d'activité médicale et chirurgicale devant être présents sur le site et leur dimensionnement avec les données actuelles de la science médicale et de ses évolutions prévisibles pour les années à venir (la demi vie des connaissances médicales est d'environ 5 ans). Il s'agit de plus d'une population avec un taux de précarité élevé, ce qui doit être pris en considération dans tous les éléments impliqués dans l'accessibilité à l'établissement et la relation entre l'hôpital et la ville. Le concept très actuel de territoire de santé trouve ici sa pleine logique.

Une mention très spécifique sur l'accueil de polytraumatisés dont le nombre est faible (14 par an). Il est logique de réorienter ces patients (1 par mois) sur le trauma center régional.

2.2. Le degré de vétusté de l'hôpital actuel est considérable et pose des problèmes évidents pour structurer et organiser l'activité médicale et la prise en charge des patients.

C'est la raison pour laquelle le scénario de reconstruction sur un nouveau site est le seul qui permette de donner rapidement aux équipes médicales et soignantes une structure opérationnelle et conforme aux standards actuels d'efficacité, de qualité et de sécurité des parcours de soins.

2.3. Le projet est convergent avec les objectifs nationaux de virage ambulatoire.

A cet égard, l'annonce d'un taux de chirurgie ambulatoire de 70 % est particulièrement ambitieux. L'atteinte de cet objectif nécessite des fonctionnalités particulières :

- le circuit des patients ambulatoires doit être totalement différent de celui des malades hospitalisés. Certes, il y a des salles d'opération individualisées mais une salle de surveillance post-interventionnelle doit être dédiée à l'ambulatoire, ce qui ne semble pas être le cas sur les schémas fonctionnels présentés. Si la proximité des sites opératoires et de surveillance post-interventionnelle dédiés à l'ambulatoire avec ceux dédiés aux patients hospitalisés est un élément d'efficience pour une utilisation rationnelle des personnes travaillant dans les sites interventionnels, il faut prévoir une circulation indépendante. Ceci inclut aussi la zone de préparation à l'intervention, la zone d'accueil-admission et la zone de dépose-patient et le parking ;
- la fluidité de ce circuit nécessite l'absence de circulation verticale ;
- l'objectif de 70 % de chirurgie ambulatoire permet de réduire en proportion le nombre de lits d'hospitalisation. Il semble donc possible de réduire de 30 lits la capacité du futur établissement, soit une unité ;
- un parcours de soins à la sortie qui identifie précisément les autres partenaires (médecins généralistes, infirmières de ville, HAD) et la structure de cette organisation décisive dans la réussite du projet compte-tenu de la précarité de la population du bassin de vie et donc d'éventuelles difficultés pour le retour à domicile.

2.4. La zone interventionnelle regroupe donc, outre l'ambulatoire, les activités chirurgicales programmées et urgentes mais également les sites interventionnels et l'obstétrique.

Quelques commentaires pour accompagner l'ambition du projet médical :

- le temps de vacation offert est inférieur aux références MeAH. Pour un établissement ouvrant en 2020, la cible peut être plus élevée, ce qui permet de construire moins de salles (1 ou 2 en moins). Une mutualisation plus importante des sites et une attitude pragmatique par rapport à la pénurie durable d'anesthésistes amène à proposer un dimensionnement inférieur tout en gardant les mêmes objectifs d'activité qui sont réalistes ;
- l'évolutivité des salles anticipant les progrès médicaux (salles hybrides, permettant la mixité d'activités interventionnelles et chirurgicales) doit logiquement prévoir une surface un peu plus importante pour héberger les matériels nouveaux qui seront à la disposition des équipes dans les années à venir.

2.5. La modularité et la flexibilité des répartitions des lits dans les unités d'hospitalisation est tout à fait pertinente pour s'adapter à l'évolution de la pratique médicale.

Le nombre de lits dédiés à une activité est donc indicatif et révisable, en fonction des progrès dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique. Dans la mesure où il est impossible de connaître ces progrès pour les 30 prochaines années, la structure doit permettre cette adaptation.

2.6. La zone consultation doit faire l'objet d'une circulation séparée et d'un enregistrement-accueil différent de celui des patients hospitalisés.

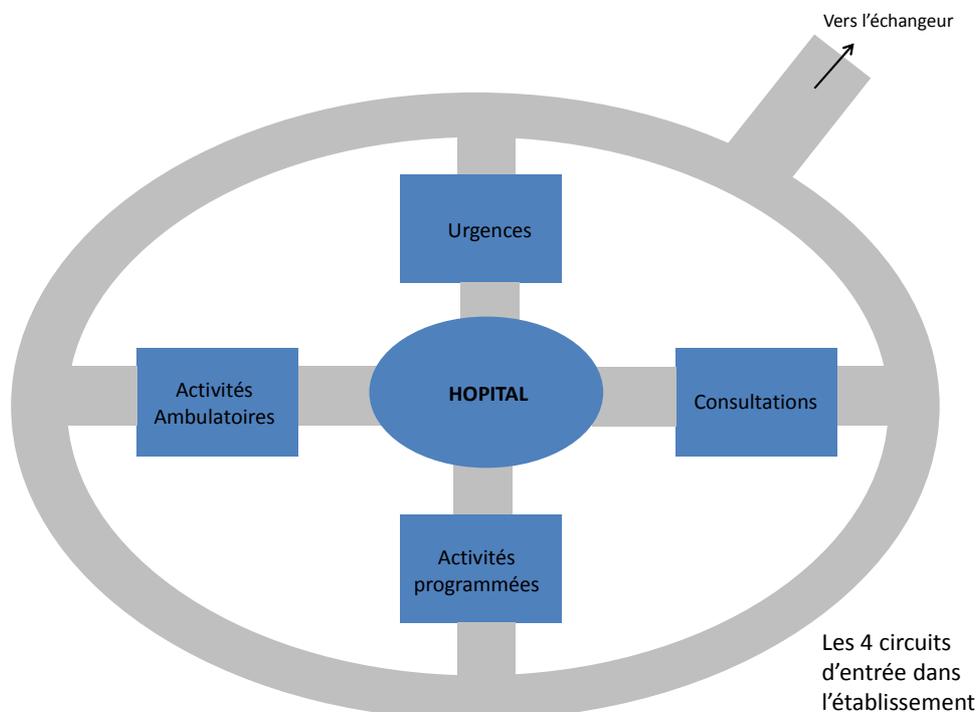
Ce circuit est différent pour l'entrée dans l'établissement ainsi que pour la zone dépose-parking.

2.7. Le service d'accueil des urgences est, dans un tel établissement, un élément important d'accès aux soins.

Son accès opérationnel au plateau technique est décisif pour une fonctionnalité adaptée à une demande importante.

2.8. L'accessibilité est donc un élément crucial pour accompagner ce projet médical ambitieux et conforme aux tendances modernes du circuit des malades.

Le nombre de places de parking ne peut être un facteur limitant et un zonage en fonction du circuit (urgences, consultation, ambulatoire, hospitalisation) doit donner cette fluidité (cf. figure). Bien entendu la route d'accès doit être adaptée au flux de véhicules. Un système de transport en commun doit accompagner le projet d'hôpital pour acheminer les patients et les familles sans véhicule.



3. Analyse du projet immobilier

3.1. Les scénarios d'investissement envisagés

Un scénario de reconstruction sur un site neuf jugé objectivement préférable aux autres hypothèses.

Le CH de Lens a fait l'objet d'un diagnostic immobilier dans le cadre de la préparation du contrat de performance conclu avec l'ARS Nord Pas-de-Calais et l'ANAP en 2011 mettant en évidence :

- un taux d'obsolescence des surfaces de son patrimoine de 77 %, certaines zones du site principal du centre hospitalier étant même obsolètes à 100 %),
- un ratio de 140 m² / lit, supérieur de 40 % aux normes de construction actuelles,
- une désorganisation majeure des espaces dédiés aux soins résultant pour partie d'une absence récurrente de schéma directeur accompagnant les investissements successifs réalisés sur le site.

Ce constat très péjoratif a logiquement décidé le CH a réalisé une étude des différents scénarios d'évolution possibles à périmètre d'activité inchangé. Cette étude a notamment permis de comparer trois hypothèses :

- une reconstruction sur un site extérieur
- une reconstruction sur le site principal actuel du CH de Lens.
- une hypothèse « hybride » couplant restructuration et extension du site actuel

Les évaluations des différents scénarios sur la base du projet médical et du programme technique détaillé défini pour le Nouvel Hôpital de Lens aboutit aux budgets d'investissements suivants :

- Reconstruction sur un nouveau site : 247 M€ TDC valeur fin 2020
- Reconstruction sur le site actuel : 271 M€ TDC valeur fin 2024
- Restructuration du site actuel : 198 M€ TDC valeur fin 2031

On peut légitimement penser que la différence de coût entre la reconstruction sur un nouveau site sera plus que compenser par les surcoûts d'exploitation d'un projet hybride par nature moins fonctionnel et dont la réalisation sera beaucoup plus longue et potentiellement plus nuisante pour les activités de soins devant cohabiter avec un chantier complexe.

3.2. Une reconstruction à réaliser en une seule tranche

Reconstruire en plusieurs tranches serait contradictoire avec le principe de reconstruction totale, sauf à intégrer des éléments ne figurant pas dans les dossiers soumis à la contre expertise.

La reconstruction sur un nouveau site étant préférable, il s'agira d'en tirer le meilleur parti notamment fonctionnel. Cet objectif semble de fait exclure le phasage des travaux qui induirait un fonctionnement très pénalisant et onéreux sur deux sites et aurait un impact péjoratif sur l'architecture du projet qui devrait prévoir un phasage de réalisation étranger aux contraintes fonctionnelles des processus de soins.

3.3. Le projet

3.3.1. Son implantation

Une opportunité de réaliser un investissement optimisé à conforter par une implantation du projet résultant d'un schéma de développement potentiel. La réalisation de l'échangeur de desserte du site devra être impérativement concomitante avec celle du nouvel hôpital.

Réaliser un projet complet sur un terrain libre de toute occupation constitue une réelle opportunité d'optimisation de l'investissement et vraisemblablement une garantie de sa pertinence à long terme et donc de sa durabilité et de sa résilience ultérieures. Par contre des précautions incontournables doivent être prises. Il conviendra donc de s'assurer à l'aide d'un schéma de développement assimilable à un schéma directeur que l'implantation du projet sur le site aura un usage économe du foncier et préservera des espaces suffisants pour accueillir ultérieurement d'autres activités sur le site.

De même, il conviendra de s'assurer de la qualité de desserte du site. L'accès aux soins de la population pris en charge par ce nouvel établissement ne peut pas être dégradé par sa délocalisation. La réalisation de l'échangeur devant desservir le site devrait donc être concomitant à la livraison du nouvel hôpital.

Il serait sans doute intéressant de comparer les données figurants dans le plan de déplacement d'entreprise actuel (PDE) à celles résultant de la délocalisation.

3.3.2. Son dimensionnement

Un dimensionnement des surfaces utiles à optimiser pour autoriser une surface SDO plus réaliste et à rééquilibrer au profit des activités les moins programmées (urgence et soins intensifs) pour répondre aux missions de base du CH.

En phase programmation, le projet prévoit la construction d'un bâtiment de Médecine Chirurgie et Obstétrique de 601 lits et places pour 71 740 m² SDO et d'un bâtiment de radiothérapie de 1 362 m² SDO.

Le ratio SDO/SU envisagé est de 1,51, ce qui est très ambitieux. L'ANAP préconise en fonction de la complexité des projets que ce ratio se situe entre 1,5 et 1,6.

Néanmoins ce ratio volontariste ne permet pas d'obtenir un ratio m²/lit inférieur à 110 m²/lit puisqu'il s'élève à 119 m²/lit. L'écart ne peut pas simplement s'expliquer par la bascule ambulatoire des modes de prise en charge du projet.

On serait donc tenté, en première analyse, de préconiser une réduction des surfaces utiles du projet de l'ordre de 10 % et ceci d'autant plus que ce dernier aura vraisemblablement *in fine* un ratio SDO/SU au mieux plutôt voisin de 1,55.

L'impact ultérieur de cette réduction de surface pourrait être compensé par la possibilité de réaliser des extensions du plateau technique, des consultations voir des hébergements.

En tout état de cause, le dimensionnement du projet, que ce soit en m² SU ou SDO est un point de vigilance qui concerne à la fois son adaptation optimisée à l'activité attendue et la sincérité du coût prévisionnel de l'ouvrage.

Ce constat est renforcé par une analyse fine du dimensionnement par secteur d'activité. Les résultats de cette analyse sont contrastés et le dimensionnement général pourrait être rééquilibré au profit des urgences et des lits de réanimation et de surveillance continue. La même observation vaut pour les activités de soutien.

Le tableau ci-dessous pointe les secteurs à optimiser et/ou à rééquilibrer et les positionnements des dimensionnements des unités fonctionnelles des activités de soutien par rapport au référentiel de l'ANAP.

Liste des secteurs fonctionnels impactés par le projet *	Surfaces m² SDO			
	avant projet	après mise en service	Surface attendue - référentiels ANAP (Aelipce-module 2)	Ecart par rapport aux référentiels
Hospit. complète		14458	13357	1 101
- médecine		7904	7138	766
- chirurgie		2968	2615	353
- obstétrique		1877	1984	-107
- pédiatrie		1709	1620	89
Lits Réanimation		1794	1889	-95
Lits Soins intensifs		1336	2061	-725
Lits Surveillance continue		1060	1139	-79
Lits Néonatalogie		1881	1705	176
Boxes Urgence/Lits UHCD		3575	4038	-463
Laboratoires		3775	3809	-34
Blocs opératoire/BOB/cardio interv.		5669	5632	37
Ambulatoire		4231	3882	349
Imagerie		2184	2176	8
Consultations et expl.fonct.		3980	3506	474
Stérilisation		864	930	-66
Pharmacie		2061	1532	529
Admin et tertiaire méd.		8223	8972	-749
Logistique		4955	5805	-850
Services techniques et biomédicaux		895	900	-5
TOTAL	94 000	60 941	60 941	0

Le secteur logistique apparaît comme très optimisé alors que la PUI semble avoir échappé à cette orientation. Le tableau ci-dessous illustre clairement cette observation.

L'organisation de cette activité est un point de vigilance de cette expertise car elle est la source de dysfonctionnement généraux et pèse donc sur les frais généraux des hôpitaux.

Il serait intéressant de savoir si tout ou partie de ces locaux pourrait être mutualisés au sein d'un éventuel GHT. Seraient concernés en priorité la PUI.

Analyse de l'activité			Analyse du dimensionnement en m ² SDO			
Activité actuelle	Activité projetée	paramètre unitaire d'activité à préciser	surface actuelle	surface projetée	Surface attendue – référentiels ANAP (Aelipce-module 2)	Ecart par rapport aux référentiels

Labo biologie						
labo anatomopathologie	4,9	5,5	million de P+PHN	647	550 à 660	0
stérilisation centrale	31	28	salles d'intervention	864	775 à 1085	0
Pharmacie / PUI	660+300	600 + 300	lits et places	2061	1405 à 1532	+ 529
service mortuaire	1384	1300	Décès	328	585 à 650	- 257

Restauration UCP	680000	600000	nb repas produits	1362	1128 à 1596	0
Restauration self personnel	400	600	nb rationnaires			
Archives vivantes	57980	62660	nb hospitalisations	276	235 à 313	0

Bureaux de médecins		86		2445	2322 à 2580	0
Tertiaire administratif				5502	6248	- 746
Services techniques				895	900	0

Locaux techniques		8,50 %				
circulations générales		8,50 %				

On remarquera également que les surfaces dédiées aux locaux techniques et aux circulations générales ont également été très optimisées pour un projet de cette complexité fonctionnelle.

3.3.3. L'organisation générale et l'évolutivité ultérieure de l'ouvrage

Une organisation générale pertinente reposant sur des regroupements par nature d'activité débouchant néanmoins sur un schéma global difficile à traduire architecturalement.

Des dimensionnements d'unité fonctionnelles correspondant à des masses critiques garantissant un bon niveau d'efficience.

Des ambitions en termes d'évolutivité ultérieure bien décrites et donc vraisemblablement susceptibles d'être atteintes par le projet lauréat si ce critère d'analyse des projets est considéré à sa juste valeur au moment du choix.

3.3.4. Ses préoccupations environnementales

Un dossier exemplaire en termes de prise en compte des problématiques environnementales qui pourrait peser sur les coûts initiaux d'investissement.

3.4. L'estimation des travaux et la valeur finale du projet

Aux vues des éléments figurant dans le dossier, le CH devra mettre en œuvre pendant la mise au point des pièces constitutives du marché de maîtrise d'œuvre du lauréat du concours et avant sa signature un processus et un programme d'optimisation du dimensionnement du projet afin de sécuriser le coût des travaux et la valeur finale de l'opération. La valorisation incontournable du site devra également être envisagée.

3.4.1. L'estimation des travaux

Le coût global HT des travaux (travaux préliminaires, travaux, VRD, parking) s'élève à 143 138 793 € rapporté au 71 740 m² SDO aboutit à un ratio proche de 2 000 €HT/m²SDO (valeur dec 2013). Ce ratio au m² est prudent, les coûts de travaux étant orientés à la baisse et plus proches de 1 800 €HT/m²SDO.

Néanmoins le risque précédemment relevé de voir la surface totale prévisionnelle SDO ayant servie de base au calcul du global du coût des travaux dépassée incite à retenir le montant figurant au dossier à savoir 143 M€. Mais il est clair que l'établissement devra rechercher à optimiser le dimensionnement du projet si il veut sécuriser son financement.

3.4.2. La valeur finale

Le calendrier prévisionnel de réalisation de l'opération est résolument optimiste notamment pour ce qui concerne les études, l'appel d'offre et la réception et la levée des réserves des travaux. De fait ce calendrier pourrait raisonnablement être allongé d'une douzaine de mois ce qui pèsera sur la valeur finale de l'opération.

3.4.3. La valorisation des terrains historiques

Le dossier ne retient pas de valeur de cession en atténuation du financement du projet. Cette position devra être reconsidérée avec l'appui des collectivités locales d'autant plus qu'en absence de valorisation, des frais substantiels de gardiennage continueront à grever le budget de l'hôpital. Confer la situation du Sud Francilien et la dépêche Hospimédia du 6/11 qui mentionne des charges annuelles de 540 000 €.

3.4.4. Les coûts d'exploitation

Le dossier devra préciser l'impact de l'investissement neuf sur la baisse des charges d'exploitation technique.

4. Analyse du volet financier

L'analyse est effectuée à partir des documents DGOS (document 4²) quand les chiffrages sont différents³. Ce point a été vu avec l'ARS.

Si le projet de reconstruction de l'hôpital de Lens présente un intérêt important en termes d'offre de soins (cf. partie 2), il s'inscrit dans un contexte financier difficile pour l'établissement dont l'endettement et les déficits cumulés sont très élevés et qui a connu une période d'administration provisoire en 2011.

4.1. Le projet dans le PPI et son plan de financement

4.1.1. Le projet

Le projet de reconstruction de l'hôpital de Lens (MCO) s'élève à 279,6 M€ TDC, dont 247,1 M€ pour les travaux et 32,1 M€ pour les équipements.

Selon le document 3⁴, le projet « *comporte deux opérations indissociables : le nouvel hôpital qui intègre toutes les activités MCO exploitées par l'hôpital, qui assurera le financement de l'investissement correspondant, et le centre de radiothérapie, dont les activités sont exploitées dans le cadre d'un GIE et dont le financement de l'investissement est supporté par les membres du GIE. Une seule tranche de travaux est prévue pour ces deux opérations.* »

Les autres opérations d'investissement prévues dans le plan pluriannuel d'investissement sont très fortement contraintes (comme le notait le document 2 : « seulement 16,5 M€ d'investissement courant pour la période 2015-2019 », à comparer à 4,852 M€ en 2014 et 3,8 M€ en 2015 selon le document 4 de la DGOS⁵). Le dossier justifie la possibilité de ce ralentissement par le fait que « *En dehors du site MCO, déclassé et désaffecté à l'issue du transfert d'activité sur le nouvel hôpital, les autres structures du CHL sont relativement récentes et ne nécessitent pas d'investissement particulier* ». Cet effort est nécessaire du fait de l'importance du projet. Le PPI prévoit un retour à un montant annuel de 8 M€ à partir de 2028.

² Annexe financière au rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS

³ Par exemple, le document DIPI donne un plan de financement et des décaissements différents, la note de l'établissement affiche un gain de 28 M€ - document 7 p. 77. Le test de cohérence de l'outil financier-RSI montre des éléments à « expliquer ».

⁴ Rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS dans sa version du 28 août 2015

⁵ 4,31 M€ en 2013, 7,46 M€ en 2014 et 5,59 M€ en 2015 selon le PPI - document 26.

Les travaux doivent durer 3 ans, la mise en service est prévue en décembre 2020. Les décaissements prévisionnels liés à l'opération sont donc concentrés sur une courte période, entre 2018 et 2020 (chiffres de l'annexe 4, confirmés par l'ARS) :

Année N (2015)	234 K€
Année N+1 (2016)	6 155 K€
Année N+2 (2017)	8 659 K€
Année N+ 3 (2018)	36 435 K€
Année N+ 4 (2019)	102 222 K€
Année N+ 5 (2020)	125 073 K€
Année N+6 (2021)	853 K€
TOTAL	279 631 K€

Cet échéancier aurait été revu afin de répondre à une des demandes du COPERMO, consistant à « viser un taux de marge brute hors aide cible moins ambitieux à 8 %. Il convient de réviser la trajectoire financière afin de lisser les décaissements, notamment ceux prévus en 2020 chiffrés à plus de 120 M€, et sécuriser ainsi la soutenabilité financière. Un PGFP modifié pourra être transmis par l'ARS ». Le dossier ne paraît pas répondre complètement à cette observation.

4.1.2. Le plan de financement

Le plan de financement est le suivant :

- Emprunt :	209,63 M€
o Dont part aidée :	40 M€
o Dont autre :	169,63 M€
- Autofinancement :	0
- Subventions en capital FMESPP :	70 M€

Ce plan de financement comprend donc une demande d'aide nationale très importante, à hauteur de **110 M€**, soit 39,3 % du montant de l'investissement de reconstruction.

Sur la période 2015-2025, les versements souhaités de cette aide sont :

- 69,7 M€ d'aide FMESPP entre 2016 et 2020,
- 23 M€ d'aide en exploitation, à partir de 2018.
- 17 M€ à verser après 2025.

4.2. Analyse

Selon la note de l'ARS, « le projet est né du diagnostic d'une sous efficacité médico économique pour partie liée à la structure des bâtiments ». Une étude de l'ANAP de 2010 expliquait une partie du déficit structurel par la vétusté des locaux, leur caractère pavillonnaire et l'impossibilité d'avoir une organisation efficiente dans ce contexte. Selon des informations publiques, l'idée de la reconstruction de l'hôpital serait ancienne, la mairie aurait réservé un terrain dans ce but dès 2003.

4.2.1. Evolution de la marge brute

Prévision de doublement du taux de marge brute hors aide l'année suivant la mise en service du nouvel hôpital

Le taux de marge brute hors aide du compte de résultat principal doit passer de 3,95 % en 2020 à 8,91 % en 2021.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de marge brute hors aides en %	4,42	4,31	4,94	4,90	4,51	4,36	3,95	8,91
Montant en M€	9,46	9,33	10,94	11,03	10,36	10,21	9,35	21,64

Le taux de marge brute hors aide du CRP après projet est supérieur, dès 2021, aux objectifs fixés par la DGOS (8 %) : l'amélioration très forte de la marge brute est attendue dès l'ouverture du nouvel hôpital (+ 12,23 M€ en un an). Cette prévision s'appuie sur les gains attendus de l'investissement (cf. § RSI) et sur un accroissement des recettes⁶.

Le RSI

L'avis du groupe technique (document 1 bis⁷) mentionne un « RSI ambitieux de 12 M€ ».

Le dossier présente 15 mesures de gains, bien documentées sur le plan théorique : impact de la réduction des unités et de leur standardisation, développement de la chirurgie ambulatoire et réduction en conséquence du capacitaire en hospitalisation conventionnelle, mutualisation des moyens en personnel (secrétariat, brancardage, déchets...), fin des surconsommations en énergie liées à un bâtiment vétuste.

⁶ Les comptes de résultat annexes augmentent de 0,8 M€ cette marge brute, chiffre quasi stabilisé sur la période.

⁷ Avis du groupe technique, volet « investissement », Analyse de la complétude du dossier d'évaluation socio-économique, en date du 17 septembre 2015

Les gains attendus selon le document 14 « outil financier – RSI » sont de 11,28 M€ et consistent en 6,984 M€ (62 %) de baisses de charges et en 4,3 M€ (38 %) de hausse des produits :

- Des économies immédiates à l'ouverture du site : - 0,9 M€ en charges de titre 3, grâce à la réduction de la maintenance, des consommations en eau, chauffage, électricité
- Des économies en personnel (-170 ETP) : - 7 M€ en charges de personnel, hors incidence de la reprise des activités d'obstétrique (+10ETP PNM, +2PM). Ces mesures concernent différentes catégories de personnel, du fait des réorganisations rendues possibles par le projet : gardiennage, brancardage, et personnel soignant. La réduction du nombre d'unités et leur standardisation permet des réductions de 53 ETP soignants. L'évolution des modalités de prise en charge en médecine et chirurgie conduit l'hôpital à envisager la réduction de 51 postes soignants (estimation faite par la direction des soins de l'établissement).

Le dossier montre que l'établissement a cherché les différentes voies d'économies possibles. La question est celle du calendrier de mise en œuvre de ces réductions de postes. L'outil financier-RSI montre que les gains sont prévus entre 2021 et 2023, l'essentiel devant intervenir en 2021 : 120 réductions d'emplois (dont 74 soignants, hors création du fait du transfert de l'obstétrique), soit - 4,9 M€ prévus (hors incidence AHNAC, puis - 1 M€ en 2022 et en 2023). Sur la faisabilité de ces réductions sur un délai aussi court, la note de l'ARS mentionne uniquement : « *le calendrier des départs en retraite ouvre une fenêtre d'opportunité dans la gestion des ressources humaines de l'établissement par l'intermédiaire de mesures de non-remplacement destinées à améliorer l'efficacité médico- économique et assurer le retour sur investissement du projet.* ». S'agissant d'un élément important de l'amélioration de la marge brute, il paraît nécessaire de vérifier que les économies attendues pourront bien intervenir dans les délais prévus.

- Une hausse des recettes de facturation des chambres particulières : + 1,3 M€ à partir de 2021
- Une hausse des recettes liées au transfert de l'obstétrique : + 3 M€ (2,7 M€ de recettes T2A et 0,3 M€ de produits hospitaliers), dès l'ouverture du site.

L'outil financier-RSI indique que le RSI « dépasse 54 ans ».

L'évolution des charges (hors titre 4) et des produits

Sans faire un commentaire détaillé des prévisions du PGFP, on remarque que :

- Il est prévu que les recettes T2A augmentent de manière régulière (au moins +1,9 % par an et +2,3 % en 2019 et 2021) jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital, ce qui signifie + 18 M€ entre 2015 et 2021 ; ces recettes diminuent à partir de 2022.
- Les charges de personnel évoluent de + 1 % ou +0,5 % selon les années entre 2015 et 2020 (ou +1,5 % pour le PM en 2017). A partir de 2021, le PGFP ne prévoit plus d'évolution globale des charges de personnel. Il inclut seulement les effets du RSI.
- Les charges de titre 3 diminuent de 4,5 M€ entre 2020 et 2021 dont 0,9 M€⁸ expliqués par une mesure de RSI. Le reste n'est pas documenté. Or ce point constitue une des explications de l'amélioration particulièrement rapide de la marge brute.

⁸ Hors incidence AHNAC

Selon l'ARS, il existe de marges de manœuvre implicites liées à la prudence de certaines hypothèses (pas d'amélioration du codage, pas de forte hausse des parts de marché du CH de Lens, jugées faibles sur la zone Lens/Liévin/Hénin). Cela supposera d'être suivi au plus près puisque la dynamique des recettes et des dépenses principales retenues dans le PGFP est, par construction, favorable à une amélioration de la marge brute.

4.2.2. Questions posées par le plan de financement

Le plan de financement (confirmé par l'ARS) ne comprend que des aides nationales alors que, selon l'avis du groupe technique du 17 septembre 2015, le niveau national ne peut pas s'engager à ce montant

« Le groupe technique du COPERMO attire par ailleurs à nouveau l'attention de l'ARS et de l'établissement sur le fait que le soutien national demandé (110 M€) excède les capacités nationales contraintes par l'ONDAM hospitalier. ».

Dans le document 2 datant de février 2015, le COPERMO demandait que « le soutien financier régional doit être précisé par l'ARS et intégré dans le plan de financement à actualiser en fonction ».

Les documents fournis ne mentionnent toujours que des aides nationales, ce qui justifie l'alerte du groupe technique face à une impasse potentielle.

Ce point doit être clarifié, après recalage du dimensionnement de la reconstruction de l'hôpital (cf. partie 2 sur la possibilité de réduire le nombre de blocs etc. et partie 3) et au vu des autres dossiers à soutenir éventuellement : le document 2 cite par exemple un projet à l'hôpital de Maubeuge instruit dans le cadre du COPERMO et qui pourrait justifier une aide nationale. Des arbitrages seront nécessaires au vu de l'ensemble des dossiers.

L'endettement financier avant et après le projet dépasse les seuils fixés par l'article D.6145-70 du code de la santé publique.

La situation du CH de Lens se caractérise par un endettement très élevé avant le projet : la dette est de 88,4 M€ fin 2013 et de 78,8 M€ fin 2014, alors même que « le CH de Lens présente un caractère de vétusté important, en grande partie accentué par les périodes de difficultés financières de ces dernières années ». (document 2)

Plusieurs éléments sont exposés pour expliquer ce fait : le CH de Lens n'a pas émarginé aux plans nationaux précédents (H07 et H12) et des investissements auraient été consacrés aux sites périphériques ou à des opérations de mise en sécurité.

Comme le montre le document DIPI, les trois critères introduits par le décret de décembre 2011 sont atteints ou dépassés en 2014 :

	Seuil du décret	Situation en 2014
Ratio d'indépendance financière	< 50 %	72 %
Poids de la dette sur total des produits	< 30 %	34 %
Durée apparente de la dette	< 10 ans	10

Jusqu'en 2017, l'hôpital prévoit de se désendetter, la dette passant de 78,8 M€ fin 2014 à 70 M€⁹ fin 2017. Selon les données du dossier (annexe 4, PGFP, outil financier RSI), la dette fin 2018 continue de baisser et serait de 62,8 M€, ce qui ne correspond pas au calcul qui peut être fait à partir des mouvements d'emprunts en 2018 (emprunt de 24,6 M€ et remboursement de 8,875 M€) : la dette fin 2018 serait de 85,7 M€. Il semble nécessaire de vérifier la période à laquelle l'établissement voit son endettement augmenter de nouveau. En retenant les données du tableau de financement du PGFP, l'endettement serait de 248,9 M€ fin 2020, soit 94 % des produits consolidés prévisionnels. Il restera durablement au-delà des seuils.

La marge brute hors aide peut-elle couvrir le remboursement des emprunts et des frais financiers ?

La note de l'ARS conclut que : *« Ce taux de marge brute révèle un niveau d'efficience finale relativement élevé, mais néanmoins étayé par des fiches actions détaillées et atteignable dans le cadre de l'exploitation d'une nouvelle structure MCO entièrement reconfigurée. »*

Sur base de la marge brute atteinte et en intégrant les aides sollicitées, le montant global des amortissements et frais financiers est peu ou prou couvert quelques années après la mise en service.

De même, la marge brute couvre également la charge de la dette (capital et intérêts) ainsi qu'une partie du PPI, le recours à l'emprunt pour financer le solde permet néanmoins de faire décroître la dette compte tenu du niveau élevé de remboursement annuel du capital des emprunts. »

D'après le document « annexe 4 », le montant de la marge brute (entité juridique, y compris aides) disponible après paiement de la charge annuelle de la dette est résiduel (moins de 1 %) et même négatif deux années consécutives (- 6,8 M€ en 2020 et - 0,9 M€ en 2021 selon ce document).

Les risques de trouver les financements

L'établissement et l'ARS estiment, à juste titre, que les « risques liés aux modalités de financement » (« assèchement des sources de financement bancaire » et « difficulté à diversifier les sources alternatives de financement ») sont forts, dans leur gravité et leur indice de probabilité.

Les mesures de maîtrise des risques annoncées dans la même note sont : une « Démarche de gestion financière fondée sur une maîtrise des dépenses avant construction et approbation du projet » et des « Recherches prospectives des sources alternatives possibles de financement afin d'identifier les critères d'éligibilité du projet ».

L'établissement détaille les démarches qu'il a entreprises pour trouver ces financements, en particulier avec la BEI. Il paraît nécessaire de vérifier les conditions et le niveau d'accord possible de cette banque et le point d'avancement avec d'autres financeurs (éventuellement en sollicitant des subventions des collectivités ou dons des entreprises). Le projet suppose en effet une capacité à emprunter près de 200 M€ en deux ans, avec une situation financière fragile. Les risques cités par l'établissement et l'ARS doivent être mesurés par anticipation.

⁹ Estimation d'après les données du PGFP. Le dossier indique un montant plus faible, de 66,5 M€.

L'absence d'autofinancement et de cession d'actif

Le dossier souligne que « L'établissement ne dispose pas d'excédents cumulés des exercices antérieurs susceptibles d'être mobilisés sous forme d'apport. ». Les capitaux propres sont très faibles (12 M€ selon le bilan 2014).

Le projet ne prévoit aucune cession d'immobilisation. Par ailleurs, il est dit que « *Le site actuel sera abandonné par l'établissement. Le coût de la démolition a été estimé à 25 M€.* ». Or il paraît difficile d'abandonner un site sans le sécuriser. Le coût de la démolition n'est pas financé, l'hôpital dit n'avoir identifié aucun repreneur potentiellement intéressé ; il conviendrait de prévoir au moins le gardiennage du site.

Marges de manœuvre

Comme indiqué précédemment, l'ARS considère que des estimations prudentes sont faites tout au long du dossier. Elle ajoute que « Au demeurant, des marges de manœuvre potentielles sur l'intégration comptable des immobilisations et sur la durée des emprunts contractés permettraient d'améliorer la situation en cas d'écart à l'équilibre financier. »

Le premier point ne donne de marge que sur le niveau du déficit sans résoudre la question de la trésorerie.

Le projet présente un intérêt en termes de santé publique. La contre-expertise formule des propositions qui doivent permettre d'approfondir les orientations vers l'ambulatoire et réduire le dimensionnement du projet. L'examen de la trajectoire financière devra être repris avec ces nouveaux chiffres. Certaines hypothèses méritent d'être confirmées (niveau de dette, faisabilité des réductions de postes au rythme voulu, capacité d'augmenter la marge brute très rapidement...).

Au-delà de ces aspects techniques, le projet pose une question d'arbitrage : le niveau national ne peut pas assurer l'aide demandée, et l'établissement, déjà fortement endetté, le restera durablement même s'il est volontariste dans les efforts qu'il veut mettre en œuvre. L'établissement et l'ARS ont souligné un risque fort sur le financement par emprunt, ce point doit être analysé précisément car il n'y aura pas d'alternative une fois l'accord donné.

5. Synthèse

La contre-expertise est intervenue à un stade avancé du projet alors que le concours d'ingénierie d'architecture était en cours. Le rapport aurait été plus utile s'il était intervenu avant en phase de programmation.

Le projet de reconstruction répond aux besoins de la population du bassin.

La reconstruction sur un nouveau site en une seule tranche est la seule option pertinente au vu de l'état de vétusté de l'actuel bâtiment, des contraintes spatiales qui nuisent à l'organisation des soins et des surcoûts d'exploitation qu'il induit.

Le projet est convergent avec l'objectif national de virage ambulatoire avec un taux volontariste de chirurgie ambulatoire annoncé à 70%.

Pour que l'hôpital puisse pleinement bénéficier de cette opportunité, il devra tenir compte d'un certain nombre de points de vigilance d'ordre :

- médical :
 - o un circuit patient totalement dédié à l'ambulatoire ;
 - o un parcours de soin à la sortie parfaitement structuré ;
 - o une réduction du nombre de lits plus cohérente avec l'objectif d'activité ambulatoire et la gradation des soins sur le territoire, correspondant sans doute à une unité de soins ;
 - o une réduction du nombre de salles d'opération cohérente avec une mutualisation plus importante des sites et une attitude pragmatique par rapport à la pénurie durable d'anesthésistes. Leur taille devra en outre être adaptée au développement des activités interventionnelles (salles hybrides) ;
 - o des circuits différenciés par mode de prise en charge (urgences, consultation, ambulatoire, hospitalisation) pour les fluidifier.
- immobilière :
 - o une implantation du projet sur son terrain à optimiser sur la base d'un schéma de développement ultérieur ;
 - o la réalisation d'un échangeur routier qui devra impérativement être concomitante à la réalisation du site ;

- un dimensionnement des surfaces utiles à optimiser pour autoriser une surface SDO plus réaliste et à rééquilibrer au profit des activités les moins programmées pour répondre aux missions de base du CH ;
 - un principe d'évolutivité à maintenir tout au long du processus de réalisation du projet ;
 - un coût des travaux et une valeur finale de l'opération à sécuriser par un programme d'optimisation du dimensionnement du projet intégrant les fonctions support notamment dans le cadre d'un éventuel GHT ;
 - une valorisation du site ancien à envisager absolument ;
 - des coûts de maintenance et d'exploitation à d'avantage anticiper ;
 - un calendrier prévisionnel de réalisation de l'opération très optimiste à contrôler de manière à éviter un dérapage élevé des coûts.
- et financière :
- des actions de retour sur investissement à piloter au plus près (marge brute, évolution des ETP, etc.) ;
 - un plan de financement à clarifier et sécuriser : part de l'aide nationale et régionale (le plan ne comportant que des aides nationales et leur niveau excédant les possibilités nationales) ;
 - des conditions et des niveaux d'accord possible des banques à vérifier en amont compte tenu des difficultés financières de l'établissement. Vérifier également les autres possibilités de financement (entreprises, particuliers).