

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

---

**Contre-expertise de l'évaluation socio-économique**  
**du**  
**projet de restructuration du CHRU de Tours par regroupement des**  
**activités cliniques en bi-site**



4 avril 2017

## 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 2012<sup>1</sup> 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 contre-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.

---

<sup>1</sup> 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'État, 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. »

# Table des matières

<b>0. Présentation du projet.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Le projet de restructuration sur le seul site de Trousseau écarté en l'absence d'études préalables suffisantes. ....</b>	<b>6</b>
1.1. Seule une restructuration sur un seul site répondra aux ambitions médicales affichées. 6	
1.2. Les études préalables sont insuffisantes ..... 7	
1.3. Il manque une étude comparative complète et multi critères ..... 9	
1.4. Les perspectives ouvertes par un projet global réalisé en une seule phase ..... 9	
1.5. La non-soutenabilité du projet de restructuration sur un seul site n'est pas valablement justifiée ..... 10	
<b>2. Opportunité du projet par rapport à l'offre de soins environnante.....</b>	<b>12</b>
2.1. Évolution de la population sur le territoire de santé et le département ..... 12	
2.2. Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernées par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement ..... 12	
<b>3. Projet médical.....</b>	<b>13</b>
3.1. Les objectifs affichés dans le Projet Médical ..... 13	
3.2. Organisation médicale ..... 13	
<b>4. Conception technique du projet.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Soutenabilité financière du projet.....</b>	<b>16</b>
5.1. Analyse rétrospective de la situation financière du CHU de Tours..... 16	
5.1.1. Analyse des exécutions budgétaires 2012-2016..... 16	
5.1.2. Analyse des équilibres du bilan ..... 18	
5.2. Analyse du plan Attractivité, Performance et Accompagnement de changement (APAC) ..... 18	
5.2.1. Analyse des mesures relatives à l'optimisation des charges ..... 20	
5.2.2. Analyse des mesures relatives au développement des produits. .... 20	
5.2.3. Mesures complémentaires envisageables ..... 21	
5.3. Analyse des perspectives financières pluriannuelles ..... 21	
5.3.1. Hypothèses d'évolution des recettes d'exploitation..... 22	
5.3.2. Hypothèses d'évolution des charges d'exploitation..... 22	
5.3.3. Évolution des résultats et de la MBE ..... 23	
5.4. Analyse du plan de financement..... 25	
5.5. Évolution de la charge de la dette ..... 26	
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>27</b>



## 0. Présentation du projet

Les activités de prise en charge des patients sont actuellement dispersées sur 5 sites. L'état de 4 d'entre eux n'offre pas des conditions d'accueil hôtelier et de travail adaptées aux critères modernes de prise en charge. Les conséquences de cette situation sont multiples : pénalisation de certains parcours de soins (AVC, patients âgés, oncologie, chirurgie néonatale...), lourdeur de l'organisation pour certaines catégories professionnelles, notamment l'anesthésie et l'imagerie déjà impactées par la pénurie de recrutements, perte de parts de marché au profit du secteur privé (- 4 % en cinq années), inefficience économique. Ces constats ont conduit le CHU à structurer son projet autour de deux ambitions, la réduction du nombre de sites et l'amorce de la reconstruction du site de Trousseau qui, à terme, à vocation à accueillir l'ensemble des activités du CHU.

Le CHRU s'est attaché à regrouper ses activités médicales de la façon la plus cohérente possible en termes de parcours patient en s'imposant de « conserver 2 sites en raison de la restructuration récente de l'hôpital Bretonneau ».

# 1. Le projet de restructuration sur le seul site de Trousseau écarté en l'absence d'études préalables suffisantes.

En conclusion de son rapport d'évaluation socio-économique, l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire précise : « *Il eut mieux valu en 1995 reconstruire le CHU sur un seul site, mais ce n'est pas ce qui a été fait. Reconstruire sur un seul site serait la solution idéale mais aujourd'hui dispendieuse, alors même qu'une partie de l'hôpital a été récemment reconstruite.* »

Pourtant ce scénario ne semble pas avoir fait l'objet d'études approfondies.

## 1.1. Seule une restructuration sur un seul site répondra aux ambitions médicales affichées.

Le projet d'investissement présenté pour le CHU de Tours, premier établissement de la région Centre, a pour objectif de permettre à cet établissement de répondre aux besoins de santé du bassin de population, comme indiqué dans le document de l'ARS. Ce besoin est appuyé par de nombreuses données quantitatives. Le secteur privé répond à une partie de l'offre mais la nécessité d'un CH est évidente car cet établissement pratique toutes les activités, est le premier en nombre d'hospitalisations et doit continuer à couvrir toutes les missions exclusives de service public (SAMU, brûlés, transplantations, etc.). La dimension universitaire est indissociable du projet pour répondre aux besoins de formation et de recherche du fait de la géographie (seul CHU de la région Centre Val-de-Loire). L'histoire de cette faculté de médecine, qui est parmi les plus anciennes de France, est aussi une force. Il s'agit donc d'un CHU nécessitant une opération d'investissement majeure pour assurer toutes ses missions.

La situation actuelle n'est pas adaptée à ce besoin (multiplicité des sites, locaux non fonctionnels et peu efficaces, inadaptés à la médecine moderne, accessibilité médiocre) et cette inadéquation s'amplifiera dans les années à venir du fait de l'évolution prévue des activités médicales.

Il est indispensable de mettre rapidement un terme à ces difficultés. La solution ne peut s'effectuer sur plusieurs décennies avec un phasage par étapes qui ne permettrait pas de donner les caractéristiques de flexibilité et d'évolutivité à une structure qui devra s'adapter aux tendances anticipées de la pratique médicale.

L'argumentaire du projet, les expertises préalables ainsi que les avis complémentaires confirment la nécessité d'investir et de restructurer les établissements. Toutefois, du fait de contraintes budgétaires et de "coups (coûts?) déjà partis, le projet propose des options sur une période trop longue et qui ne permettront pas la souplesse indispensable à un règlement global du problème.

Il faut distinguer les activités MCO des activités autres (psychiatrie, SSR et gériatrie).

Il est donc concevable de garder deux sites aux caractéristiques différentes, l'un pour le MCO et l'autre pour les activités non liées aux plateaux techniques et pour lesquelles de larges espaces extérieurs aux bâtiments font partie de la prise en charge thérapeutique des patients (psychiatrie, gériatrie, SSR).

Pour le projet MCO, certaines caractéristiques vont tout à fait dans le sens de la modernité (regroupement des blocs opératoires, des réanimations, de la biologie, de l'imagerie, développement de l'ambulatoire). Toutefois, du fait de la rénovation déjà entreprise pour certains aspects du projet, les contraintes déjà évoquées amèneront à des propositions qui poseront des difficultés, illustrées dans quatre exemples :

- maternité séparée du site avec les blocs et les soins critiques (problème de sécurité maternelle : l'objectif actuel est d'éviter toute mort maternelle ce qui suppose une proximité avec les blocs, l'imagerie interventionnelle et les réanimations permettant des actions thérapeutiques immédiates) ;
- activités médicales et chirurgicales séparées géographiquement dans deux sites sauf pour les transplants, ce qui est contraire à la logique du parcours patient et constitue un obstacle physique au glissement progressif de beaucoup d'activités chirurgicales vers des activités interventionnelles, dans les années à venir ;
- affichage du développement de l'ambulatoire, conformément aux objectifs internationaux et nationaux, sans définir des circuits séparés dans le site ;
- accessibilité du site MCO (incluant la pédiatrie) aussi bien en matière de transports routiers, de transports en commun et de l'hélicoptère. La taille du parking pour les patients, les familles et les personnels travaillant sur le site est un point important.

Au total, si l'opportunité d'un site unique n'a pas pu se concrétiser il y a 20 ans, ce n'est pas une raison pour pérenniser une démarche incomplète en attendant 20 ou 30 ans pour atteindre cet objectif, quitte à interrompre le schéma en cours et à envisager une nouvelle option *de novo*. Un site unique pour les activités MCO, tenant compte des problèmes de démographie médicales, de la flexibilité des structures, incluant la faculté de médecine et les laboratoires de recherche est une option réalisable et une source de motivation pour les équipes médicales et infirmières leur permettant de fournir une offre pertinente, évolutive et conforme aux règles de sécurité pour les patients de la région.

## 1.2. Les études préalables sont insuffisantes

Le projet d'investissement soumis à contre-expertise comporte *in fine* deux phases ; une première consistant à réduire à l'échéance de 2025, le nombre de sites hospitaliers à deux, **Bretonneau et Trousseau**, en attendant la seconde finalisant un regroupement de l'ensemble des activités MCO sur **Trousseau** en 2040.

Ce projet correspond à l'une des deux hypothèses figurant dans le **Schéma Directeur Immobilier Campus Hospitalier Universitaire** de décembre 2016. Cette hypothèse avait d'ailleurs déjà été développée dans le **Préprogramme des Opérations COPERMO** dès juin 2016.

Ce préprogramme compare plusieurs scénarios pour la première phase concernant le site de Trousseau :

- La création dans un premier temps d'un bâtiment médicotechnique suivi par l'humanisation de la tour d'hébergement ;

- La construction d'un bâtiment accueillant les activités médicotechnique et les hébergements situés dans la tour suivi par la destruction de cette dernière pour accueillir ultérieurement les activités de Bretonneau, seul était conservé la première extension « historique » de la tour reconvertie en centre de consultation externe ;

pour retenir le second, plus rapide et plus fonctionnel.

La seconde phase aboutissant au regroupement en 2040 n'était pas détaillée à ce stade des études, sans doute du fait sa réalisation jugée trop lointaine pour être documentée.

La seconde hypothèse esquissée dans le schéma directeur de décembre 2016 n'a apparemment jamais été instruite.

Seul figure dans le **rapport d'évaluation socio-économique préalable**, une étude comparative des alternatives au projet retenu (chapitre 1.6). Cette étude compare le projet qui ne comprend que la phase initiale de l'éventuel regroupement total sur le site de Trousseau au regroupement total, c'est-à-dire aux deux phases, à savoir :

- **Le projet retenu, évalué à 320 M€, consistant à :**
  - A Trousseau :
    - Construire un nouveau bâtiment MCO comprenant un nouveau plateau technique de 34 000 m<sup>2</sup> et 388 lits d'hospitalisation conventionnel, 137 lits de soins critiques et 51 lits d'hospitalisation de jour soit en définitive 69 000 m<sup>2</sup> SDO.
    - Restructurer le bâtiment récent T42 de 15 800 m<sup>2</sup>
    - Construire également un nouveau bâtiment dédié à la Psychiatrie de 12 400 m<sup>2</sup>
  - A Bretonneau :
    - Restructurer le bâtiment B3 de 19 600 m<sup>2</sup> pour accueillir la Pédiatrie de Clocheville.
    - Construire un bâtiment de SSR de 4 800 m<sup>2</sup>
- **L'hypothèse de regroupement complet évalué à 775 M€, en deux phases successives, consistant à :**
  - A Trousseau :
    - construire le nouveau bâtiment MCO de 69 000 m<sup>2</sup> précédent
    - *démolir la tour d'hospitalisation IGH*
    - *construire un second bâtiment et/ou étendre le précédent correspondant à 117 000 m<sup>2</sup> pour accueillir les activités de Bretonneau*
    - Restructurer le bâtiment récent T42 de 15 800 m<sup>2</sup>
    - Construire également un nouveau bâtiment dédié à la Psychiatrie de 12 400 m<sup>2</sup>
  - A Bretonneau :
    - Restructurer le bâtiment B3 de 19 600 m<sup>2</sup> pour accueillir la Pédiatrie de Clocheville.
    - Construire un bâtiment de SSR de 4 800 m<sup>2</sup>

Cette étude n'est cependant pas suffisante pour documenter le choix du maître d'ouvrage car :

- Les impacts bénéfiques de la réalisation rapprochée des deux phases ne sont pas suffisamment investigués.
- La seconde hypothèse figurant dans le schéma directeur de Décembre qui autorise un regroupement complet sur Trousseau en une seule phase n'est pas instruit.



### 1.3. Il manque une étude comparative complète et multi critères

Pour que le projet soit convenablement instruit, il serait donc nécessaire de disposer d'une étude comparative complète permettant de mettre en évidence les avantages/inconvénients respectifs des trois scénarios suivants :

- Le projet actuellement retenu et soumis à contre-expertise ;
- Le regroupement complet sur Trousseau en deux phases élaboré à partir de la première hypothèse développée dans le schéma directeur ;
- Le regroupement complet sur Trousseau en seule phase élaboré à partir de la seconde hypothèse du schéma directeur.

Cette étude devra intégrer tous les paramètres qui garantissent une analyse la plus exhaustive possible de la pertinence d'un investissement immobilier hospitalier à court et moyen terme.

Cette étude devra donc analyser les impacts des trois scénarios sur :

- Les surfaces à construire
- La fonctionnalité de l'ensemble
- Les calendriers de réalisation
- Les coûts de construction et coûts TDC y compris actualisation
- Les potentiels de valorisation du patrimoine désaffecté
- Les risques sanitaires
- Les coûts d'exploitations techniques
- L'efficacité médico-économique
- L'évolutivité ultérieure de l'investissement

Il s'agit de calculer les gains de performance micro-économique supplémentaires apportés par la réalisation en une seule phase par rapport à un projet qui se limiterait trop longtemps à une première phase.

### 1.4. Les perspectives ouvertes par un projet global réalisé en une seule phase

Les sources d'efficacité d'un tel projet sont nombreuses. Les principales sont reprises ci-dessous sans être exhaustives :

- Les surfaces construites pourraient être optimisées et réduites par rapport à un projet construit en deux phases. Un gain de 5 % est certainement envisageable. C'est particulièrement vrai pour les plateaux techniques, pour la logistique non médicale et les locaux administratifs.
- L'opération temporaire de Pédiatrie serait supprimée.
- La massification du chantier devrait également faire baisser les coûts de construction.
- Le raccourcissement des délais de construction feront également substantiellement baisser les révisions économiques.
- Cette accélération limitera également les modifications de programme générées par des mises en œuvre trop lentes.
- L'exploitation technique d'un seul site sera beaucoup moins onéreuse que celle de deux sites dans un premier temps et même que celle d'un site unique réalisé en deux temps et donc moins optimisé.
- Les regroupements des plateaux techniques, la possibilité d'avoir des parcours patients médico-chirurgicaux pour ne citer que cela devraient permettre d'améliorer très sensiblement les performances médico-économiques du CHU et d'obtenir une marge

brute d'exploitation meilleure que celle annoncée dans le rapport d'évaluation. Par ailleurs son obtention sera accélérée.

- Les valorisations des sites désaffectés complètement ou partiellement seraient accélérées et plus rémunératrices.
- Le bâtiment ayant été conçu dans son ensemble, l'évolutivité ultérieure devrait y avoir été mieux anticipée.

## 1.5. La non-soutenabilité du projet de restructuration sur un seul site n'est pas valablement justifiée

Ce sont les arguments historiques, politiques et plus particulièrement économiques qui justifient la mise à l'écart de cette hypothèse pourtant « idéale ». Cet argumentaire est régulièrement repris tout au long du rapport (notamment p. 23, p. 37...) et indirectement confirmé par la recommandation n°2 du COPERMO.

Cependant, aucune justification technique suffisante n'est apportée, ni par l'établissement, ni par l'ARS dans le RESEP. Il importe en effet de rappeler que l'opportunité d'un investissement ne s'apprécie pas économiquement en fonction de son « coût », mais bien compte tenu du retour sur investissement, de la soutenabilité financière du projet et du niveau d'exposition aux risques qu'il représente pour l'établissement (financiers mais aussi environnementaux, gouvernance...). Cette analyse n'est pas produite dans le rapport.

Suite à la demande des contre-experts, il a été transmis :

- Un tableau présentant le différentiel de coûts d'exploitation entre le scénario 1 et le scénario 2.
- Un PGFP simplifié 2015-2032 intégrant le scénario 2.

Ces tableaux, non commentés, ne permettent pas d'établir une analyse exhaustive et fiabilisée de la soutenabilité financière du scénario 2.

En effet, si le premier document comparant les économies escomptées en exploitation issues du scénario 1 et du scénario 2 est jugé réaliste, le PGFP présente des incohérences.

Concernant le premier document, les économies sont valorisées à hauteur de 4,2 M€<sup>2</sup> (dont - 46,7 ETPR) dans le premier scénario et dans le second à 10,6 M€ (dont - 134,3 ETPR) dans le second soit une économie supplémentaire de 6,4 M€. Ces premières hypothèses peuvent être considérées comme crédibles. Il serait cependant nécessaire d'élargir ce travail à l'ensemble des activités du CHU (Cliniques, médicales, médicotechniques, administratives, logistiques et techniques). Ce travail n'a pas été fourni.

Concernant le PGFP, il apparaît de nombreuses interrogations qui ne permettent pas de le valider. Nous noterons notamment :

- L'inscription en charges de la VNC de la cession de Bretonneau en 675 alors que la valeur de la vente n'est pas inscrite en produit entraînant mécaniquement une dégradation faciale du résultat de l'exercice 2030 (- 91 M€) ? Par ailleurs, l'ARS fait état dans le RESEP d'une provision règlementée de 66,150 M€ (31/12/2015) dont la reprise n'apparaît pas au moment de cette vente.
- Un écart entre les DAP des scénarii 1 et 2 de 28 M€ à horizon 2030 pour un investissement supplémentaire de 455 M€ soit l'équivalent d'un amortissement de ces nouveaux bâtiments sur  $455/28 = 16$  ans (??) entraînant mécaniquement une aggravation du résultat comptable du CHU (fourchette de 10 à 15 M€ par an).

---

<sup>2</sup> Le plan de performance ne valorise quant à lui que 2,8 M€ d'économies au titre de la piste n°7 baptisée « Optimisation de l'exploitation des sites », soit un écart de chiffrage de 1,4 M€ et 40 postes

- Un encours de la dette qui atteint 779 M€ dans le scénario 2 pour 238 M€ dans le scénario 1 soit une différence de 540 M€ pour un surcoût du projet de 455 M€ soit un surendettement inexplicable de 85 M€ alors même que la vente du site de Bretonneau (85 M€) devrait permettre de dégager des liquidités permettant de rembourser une partie de l'encours bancaire ?

D'une manière générale, l'expertise de la soutenabilité financière du projet de reconstruction sur le seul site de Trousseau ne peut être envisagée sans une expertise préalable d'un projet médical, du schéma directeur immobilier, du projet fonctionnel associé permettant d'aboutir de manière précise à un ROI spécifique. Ces analyses n'ont pas été fournies.

Il n'en demeure pas moins qu'un tel projet entraînera mécaniquement un accroissement important de la dette de l'établissement. L'indépendance financière, la durée apparente de la dette ainsi que l'encours de la dette sur produit se détérioreront indéniablement accroissant le niveau de risque du projet et donc l'obligation d'en sécuriser la trajectoire. Seule l'expertise d'un dossier complet permettrait d'en valider ou non sa soutenabilité.

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

### 2.1. Évolution de la population sur le territoire de santé et le département

#### **Zone de recrutement**

La zone de recrutement est la région centre Val de Loire.

#### **Caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques**

Les projections démographiques ont été bien anticipé pour un territoire rural avec une grande ville offrant l'accès aux soins dans tous les domaines pour une population qui à l'instar du reste du pays verra sa moyenne d'âge augmenter.

#### **Caractéristiques épidémiologiques**

Il n'y a pas de particularité à mentionner.

#### **Couverture actuelle de l'offre de soins environnante au groupe hospitalier**

Il existe des établissements privés dans l'agglomération mais leur offre est complémentaire et non pas concurrente, d'autant que le CHU a des missions spécifiques (recours, activité de service public exclusif, formation des professionnels de santé et recherche).

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

L'établissement est bien positionné dans son projet médical par rapport aux autres structures de santé de la zone de population.

Il est annoncé un virage ambulatoire mais la cible reste inférieure à l'objectif national sans que la rationalité soit bien déterminée. Il est plausible que la conception du projet qui reste dispersé et étalé sur plus de 20 ans intègre implicitement la difficulté à atteindre cette cible.

Les différents sites et la distance avec la faculté de médecine que cela implique obligatoirement ne sont pas dans la logique du CHU de « demain ».

## 3. Projet médical

### 3.1. Les objectifs affichés dans le Projet Médical

Trois objectifs clairs : le virage ambulatoire, la fluidification du parcours patient et la réduction de la dispersion dans un contexte difficile de démographie des professions de santé.

### 3.2. Organisation médicale

#### **3.2.1. Le Projet Médical et Scientifique**

##### **3.2.1.1. Organisation des activités médicales en pôles**

La répartition des activités médicales dans un site et des activités chirurgicales dans un autre site ne donne pas d'option pour une organisation en pôles articulés sur le parcours patient.

##### **3.2.1.2. Axes transversaux du projet médical**

Il y a des problèmes de cohérence :

- 1) toute la chirurgie (sauf l'urologie ?) est transférée (pourquoi cette exception ?)
- 2) la maternité n'est pas sur le site des soins critiques et des activités interventionnelles ce qui pose le problème de la sécurité maternelle ;
- 3) la dispersion des activités est un objectif affiché mais il est gardé une activité de soins critiques dans le site avec la maternité et il est mentionné que la SSPI de ce site pourra accueillir des patients relevant d'une surveillance relevant de la réanimation ou de l'USC (ce n'est pas le rôle d'une SSPI).

##### **3.2.1.3. Projet de recherche**

Pas de commentaire particulier en dehors des difficultés organisationnelles pour les enseignants chercheurs ayant leur activité clinique dans les sites qui sont à distance de la faculté de médecine.

#### **3.2.2 Déclinaison organisationnelle et fonctionnelle du Projet Médical**

Le projet médical ne comporte pas de volet 'organisation des parcours patients' puisque la médecine et la chirurgie sont séparées sauf pour l'urologie-néphrologie.

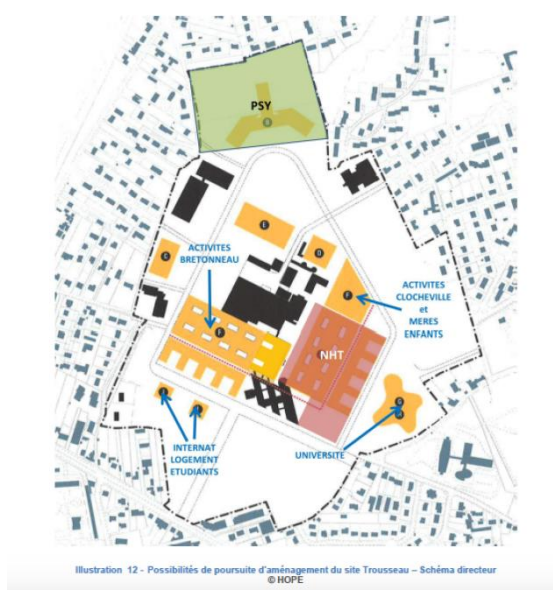
## 4. Conception technique du projet

Concernant le scénario 1 de base, il convient de remarquer :

- qu'il entérine définitivement la réalisation en deux phases ; une première sur Trousseau de 69 000 m<sup>2</sup> suivie d'une seconde de 117 000 m<sup>2</sup>, soit en tout 186 000 m<sup>2</sup> SDO. Accessoirement ces éléments mettent en exergue l'ampleur du chemin restant à parcourir en termes d'investissement pour aboutir à un site unique.
- qu'il repose sur l'utilisation du bâtiment T42 et qu'il localise la seconde phase en lieu et place de la tour IGH existante.
- Qu'il localise la seconde phase en lieu et place de la tour IGH existante.

Ces trois dispositions cumulées pèsent fortement sur l'organisation générale de la phase 1 mais aussi et même encore plus sur celle du regroupement ultérieur de l'ensemble des activités MCO ultérieur. La décision avant tout économique, de réutiliser le bâtiment T42 est de ce point de vue déterminante. Il s'agit comme le montre le schéma/plan de la page 38 du programme technique détaillé (PTD), du « pivot » du projet, la phase 1 puis la phase 2 se déployant de part et d'autre. Si cette décision de réemploi a une certaine logique et peut donc figurer dans une des hypothèses instruites dans le cadre d'un schéma directeur, elle n'est pas nécessairement obligatoire car rien ne dit que la volumétrie de ce bâtiment lui permettra d'accueillir toutes les activités de consultation à l'échéance du regroupement, activités qui ne cessent de se développer.

Le schéma/plan de la page 38 du PTD met aussi clairement la difficulté de « fusionner » les plateaux techniques chirurgicaux, de soins critiques et de radiologie (notamment interventionnelle) ou de mutualiser les hébergements pour permettre un fonctionnement médico-chirurgical. Le risque d'avoir *in fine* deux hôpitaux juxtaposés, c'est-à-dire pas aussi fonctionnel que souhaité et par conséquent pas efficient, est réel. Cette disposition générale oblige quasiment l'éventuel concepteur à concevoir une esquisse des deux phases pour garantir la pertinence de la première. On rappellera que la seconde est deux fois plus grande que la première.



Concernant la conception générale de la phase 1, les dispositions fortement suggérées pages 32 et 33 du PTD qui « préconisent » un bâtiment dissociant plateau technique, consultation et hébergement conventionnel semblent pertinentes car elles autoriseront ultérieurement des évolutions différenciées en termes de volumétrie d'activités. Il est notamment prévisible que les hébergements conventionnels continueront à se réduire.

Le dimensionnement surfacique des locaux du projet est correct ainsi que les valeurs cibles retenues concernant les locaux techniques, les circulations générales et le rapport SDO/SU.

L'estimation des divers coûts aux m<sup>2</sup> proposée résulte en partie des préconisations de la mission ANAP de fin 2016. Ces montants constituent une base robuste pour élaborer un bilan prévisionnel de financement en complément de l'enveloppe surfacique évoquée précédemment. Le seul risque concerne les réutilisations des existants (T42 et B3) qui pourraient être sous-estimées.

La procédure retenue ne soulève pas d'observation.

Le calendrier prévisionnel est très ambitieux voir irréaliste, en tout cas à la merci du moindre aléa.

La problématique Développement durable est par contre très insuffisamment prise en compte.

## 5. Soutenabilité financière du projet

### 5.1. Analyse rétrospective de la situation financière du CHU de Tours

*La présente analyse est basée sur la note transmise par l'ARS le 28 mars 2017 suite à la demande transmise par le CGI du 10 Mars 2017 ainsi que sur les données Hospidiag du CHU de Tours. Elle ne peut pas être exhaustive compte tenu des informations à disposition.*

#### **5.1.1. Analyse des exécutions budgétaires 2012-2016**

L'évolution budgétaire présentée dans la note de l'ARS est synthétisée dans le tableau ci-dessous :



Compte de résultat CRPP	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
	CF	CF	CF	CF	RIA2 projeté	%	%	%	%
<b>Total des Charges</b>	<b>577 909 883</b>	<b>589 241 126</b>	<b>623 380 104</b>	<b>649 998 571</b>	<b>663 038 905</b>	1,96 %	5,79 %	4,27 %	2,01 %
Titre 1 - Charges de personnel	356 429 242	367 037 070	379 990 295	393 626 867	399 064 949	2,98 %	3,53 %	3,59 %	1,38 %
Titre 2 - Charges à caractère médical	121 943 368	124 731 244	146 432 594	155 943 407	163 680 338	2,29 %	17,40 %	6,50 %	4,96 %
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	42 510 458	43 175 526	44 470 046	46 663 597	47 071 097	1,56 %	3,00 %	4,93 %	0,87 %
Titre 4 - Charges d'amort. Prov. et dépréciations	57 026 815	54 297 287	52 487 170	53 764 699	53 222 522	-4,79 %	-3,33 %	2,43 %	-1,01 %
<b>Total des Produits</b>	<b>578 772 346</b>	<b>584 554 322</b>	<b>621 383 869</b>	<b>644 820 634</b>	<b>656 938 836</b>	1,00 %	6,30 %	3,77 %	1,88 %
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	470 628 443	458 621 195	477 371 486	519 280 515	528 361 165	-2,55 %	4,09 %	8,78 %	1,75 %
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	36 560 041	38 983 447	40 382 269	39 725 128	40 064 097	6,63 %	3,59 %	-1,63 %	0,85 %
Titre 3 - Autres produits	71 583 862	86 949 680	103 630 114	85 814 990	88 513 575	21,47 %	19,18 %	-17,19 %	3,14 %
Résultat Comptable budget H	862 463	-4 686 804	-1 996 235	-5 177 938	-6 100 069	-643,42 %	-57,41 %	159,39 %	17,81 %
Taux de Marge Brute	7,64 %	6,09 %	6,07 %	5,01 %	4,85 %	-1,55 %	-0,02 %	-1,06 %	-0,16 %
résultat/total Produits	0,18 %	-1,02 %	-0,42 %	-1,00 %	-1,15 %				

La trajectoire présentée met en évidence une dégradation progressive de la situation financière du CHU de Tours depuis 2012 consécutivement à la dégradation de sa marge brute d'exploitation qui perd 2,79 point depuis 2012. Le résultat comptable se détériore quant à lui de 7 M€ et cela malgré une dynamique d'activité très favorable (+12,3 % sur les produits versés par l'assurance maladie).

En effet, l'accroissement des charges s'est avéré régulièrement plus rapide sur la période augmentant de 14,73 % contre 13,51 % pour les produits. Nous noterons notamment une augmentation de 287 ETPR non médicaux (+4,6 %) et de 57,8 ETPR (+8,5 %) Médicaux entre 2012 et 2016. Au coût moyen PNM de 45 000 € et coût moyen PM de 110 000 €, cela représente plus de 19 M€.

En conformité avec la conclusion de l'ARS, il apparaît clairement que « *malgré une activité relativement dynamique sur la période, le CHRU n'a pas su maîtriser ses dépenses, notamment du titre 1 et son taux de marge brute a été constamment en décroissance* ».

### 5.1.2. Analyse des équilibres du bilan

Parallèlement à la dégradation des résultats budgétaires du CHRU, c'est tout naturellement que les équilibres bilanciaux se sont progressivement dégradés. Le FR qui s'établissait à 57,5 M€ en 2012 ne représente plus que 41 M€ fin 2016 (prévisionnel établissement) soit 24,26 jours de charges courantes en-deçà du BFR à 30,95 de jours de charges courante soit 52 M€. La trésorerie du CHRU est ainsi négative de 11,3 M€.

La détérioration progressive des résultats comptables du CHRU a fragilisé ses équilibres bilanciaux qui ne sont cependant pas rompus.

L'encours de la dette du CHRU représente 170 M€ au 31 décembre 2016 soit 25,75 %. La durée apparente de la dette est de 7,56 ans et le ratio d'indépendance financière de 45 %. En 2016, les ratios relatifs à l'endettement restent inférieurs aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, tels que définis dans le décret n°2011-1872 du 14 septembre 2011.

Si la situation budgétaire du CHRU s'est significativement dégradée depuis 2012 en l'absence d'une maîtrise suffisante de ses charges d'exploitation (notamment la masse salariale) et malgré une activité dynamique, les équilibres bilanciaux n'ont pas été rompus. Cependant, les marges de manœuvre sont désormais étroites et la situation nécessite des mesures structurelles, ambitieuses et rapides.

## 5.2. Analyse du plan Attractivité, Performance et Accompagnement de changement (APAC)

Le projet performance du CHRU de Tours présente un effort d'optimisation de 38,8 M€ sur la période 2017-2029.

Ce projet consolidé repose à 27 % sur le développement des recettes et 73 % sur des mesures de maîtrise des charges. Cependant, cette lecture est à pondérer des surcoûts liés notamment aux coûts associés aux actions génératrices de recettes. Les réductions de charges représentent 20,2 M€ soit environ 52 % de l'effort. L'augmentation des recettes quant à elle représente 18,6 M€ soit 48 % de l'effort.

Ce projet propose 10 pistes présentées ci-dessous :

N°	Intitulé de la piste	Sous-action	Gain attendu en 2029
1	Performance des fonctions cliniques	Sous-action 1 : Réductions capacitaires en MCO	11 983
		Sous-action 2 : Réductions capacitaires en Psychiatrie	
2	Optimisation des DMS et bascule ambulatoire	Sous-action 1 : Réduction des journées non pertinentes	946
3	Optimisation de l'allocation des ressources paramédicales en services cliniques	Sous-action 1 : Travail sur les cycles pour réduire la consommation de mensualité d'été	3 914
		Sous-action 2 : Centralisation de fonctions logistiques consommant du temps AS / ASH et refonte des maquettes soignantes associées	
		Sous-action 3 : Centralisation des moyens de remplacement et rationalisation de leur utilisation	
4	Réorganisation des consultations	Sous-action 1 : Réorganisation des secrétariats médicaux	1 619
		Sous-action 2 : Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux en consultation	
5	Optimisation des prescriptions et des achats	Sous-action 1 : Développement de la pharmacie clinique	3 996
6	Optimisation du temps médical	Sous-action 1 : Rationalisation de la gestion des CET	3 390
		Sous-action 2 : Rationalisation du recrutement des PM en fonction de la productivité médicale des services et en fonction des redimensionnement capacitaires	
7	Optimisation de l'exploitation des sites	Sous-action 1 : Cession de Clocheville	2 837
		Sous-action 2 : Cession de l'Ermitage	
8	Efficacité de la chaîne de recettes	Sous-action 1 : Optimisation de la facturation des actes et consultations externes	3 644
		Sous-action 2 : Actions codage spécifiques sur certains services	
		Sous-action 3 : Réduction des admissions en non valeurs (compte 654)	
9	Tarifification des prestations annexes	Sous-action 1 : Valorisation des chambres particulières	3 426
10	Développements spécifiques d'activités en lien avec le projet médical	Sous-action 1 : Projet hématothérapie cellulaire (8 lits SI + 8 lits SSR)	3 061
		Sous-action 2 : Projet néonatalogie (refonte des capacités avec unité kangourou)	
		Sous-action 3 : FAU : effet fitness géographique et évolution démographique d'activité	
		Sous-action 4 : Développement activité (MIG-TEP SCANN)	
<b>Total</b>			<b>38 817</b>

## 5.2.1. Analyse des mesures relatives à l'optimisation des charges

N°	Intitulé de la piste	Sous-action	Commentaire	Gain attendu en 2029
1	Performance des fonctions cliniques	Sous-action 1 : Réductions capacitaires en MCO	Fermeture de 248 lits et réduction associée de 225,6 ETP, soit moins d'un ETP par lit pour un ratio observé actuellement de 1,7ETP par lit	11 983
		Sous-action 2 : Réductions capacitaires en Psychiatrie	Fermeture de 41 lits et réduction associée de 19 ETP	
2	Optimisation des DMS et bascule ambulatoire	Sous-action 1 : Réduction des journées non pertinentes	Réduction à terme de 56 698 journées à activité constante (restauration, blanchisserie, médicaments)	946
3	Optimisation de l'allocation des ressources paramédicales en services cliniques	Sous-action 1 : Travail sur les cycles pour réduire la consommation de mensualité d'été	Réduction de 70% des mensualités d'été (34 ETP)	3 914
		Sous-action 2 : Centralisation de fonctions logistiques consommant du temps AS / ASH et refonte des maquettes soignantes associées	Optimisation des maquettes soignantes (35 ETP)	
		Sous-action 3 : Centralisation des moyens de remplacement et rationalisation de leur utilisation	Dès 2017 (25 ETP)	
4	Réorganisation des consultations	Sous-action 1 : Réorganisation des secrétariats médicaux	Réduction de 20 ETP pour une cible théorique de 130 ETP	1 619
		Sous-action 2 : Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux en consultation	Réduction de 15 ETP pour une cible théorique de 20,5ETP	
5	Optimisation des prescriptions et des achats	Sous-action 1 : Développement de la pharmacie clinique	4,5% de gains sur 70,4% des lits non encore déployés - 80% de la cible théorique	3 996
		Sous-action 2 : Performance des achats	Travail sur les références et la juste consommation (cf PHARE)	
6	Optimisation du temps médical	Sous-action 1 : Rationalisation de la gestion des CET	Promouvoir la prise des RTT et réduire les CET PM	3 390
		Sous-action 2 : Rationalisation du recrutement des PM en fonction de la productivité médicale des services et en fonction des redimensionnement capacitaires	Accroissement du ratio Recettes T2A / ETP PM	
7	Optimisation de l'exploitation des sites	Sous-action 1 : Cession de Clocheville	Economie en exploitation et en personnel (6ETP)	2 837
		Sous-action 2 : Cession de l'Ermitage	Economie en exploitation	

Les mesures relatives à l'optimisation des charges portent essentiellement sur l'organisation des fonctions cliniques et des consultations (Pistes 1, 2, 3, 4 et 6) pour un montant de 21,8 M€ en cohérence avec la surcapacité constatée de l'établissement. Ces économies portent essentiellement sur la masse salariale consécutivement à la diminution de 248 lits permettant une réduction de 380 ETPR non médicaux et 27,7 postes médicaux. L'essentiel actions se déroule sur la période 2017-2019 et sont détaillés par pôle tant sur le capacitaire que sur l'évolution des effectifs.

Les pistes 5 et 7 concernent, quant à elles, l'optimisation des prescriptions et des achats et la suppression des coûts d'exploitation des sites de Clocheville et l'Ermitage suite à leur cession.

**Ces actions peuvent être jugées comme crédibles.** Nous pouvons cependant déplorer l'absence dans le dossier, malgré la sollicitation des experts, de l'évolution, service par service, des maquettes organisationnelles avant et après projet permettant de sécuriser la trajectoire proposée par l'établissement. A noté cependant que l'établissement applique annuellement un taux d'actualisation de 0,5 % des économies générées venant virtuellement majorer le niveau d'économie de 6 % sur la période.

## 5.2.2. Analyse des mesures relatives au développement des produits.

N°	Intitulé de la piste	Sous-action	Commentaire	Gain attendu en 2029
8	Efficacité de la chaîne de recettes	Sous-action 1 : Optimisation de la facturation des actes et consultations externes	2,29M€ pour un gain théorique estimé à 5M€	3 644
		Sous-action 2 : Actions codage spécifiques sur certains services	1M€ seulement sur les services identifiés	
		Sous-action 3 : Réduction des admissions en non valeurs (compte 654)	Retour aux valeurs constatés par le passé, soit 354k€ de gain	
9	Tarifcation des prestations annexes	Sous-action 1 : Valorisation des chambres particulières	Accroissement du volume de CP, de leur tarif unitaire et du taux de facturation	3 426
10	Développements spécifiques d'activités en lien avec le projet médical	Sous-action 1 : Projet hématothérapie cellulaire (8 lits SI + 6 lits SSR)		3 061
		Sous-action 2 : Projet néonatalogie (refonte des capacités avec unité kangourou)		
		Sous-action 3 : FAU : effet fitness géographique et évolution démographique d'activité		
		Sous-action 4 : Développement activité (MIG-TEP SCANN)		

Les mesures relatives au développement des recettes sont jugées crédibles par l'ARS Centre-Val de Loire. Celles relatives à l'optimisation du codage et de la facturation des chambres particulières sont particulièrement ambitieuses. Il importe par ailleurs de préciser que les actions relatives aux développements spécifiques d'activité en lien avec le projet médical induiront une augmentation de 72 ETPR PNM qui viendront en atténuation des 380 ETPR supprimés au volet économies.

### 5.2.3. Mesures complémentaires envisageables

L'analyse des documents complémentaires fournis par le CHRU durant la contre-expertise met en évidence des marges de manœuvre complémentaires. Nous noterons notamment :

- Les réductions de coûts d'exploitation des sites de Clocheville et de l'ermitage sont estimées à 4,2 M€ (dont - 46 ETPR) pour une valorisation de 2,8 M€ (dont - 6 ETPR) dans le plan APAC ;
- Les économies proposées par le CHRU porte à juste titre essentiellement sur les fonctions cliniques et les consultations. Des mesures complémentaires semblent cependant envisageables sur les fonctions supports administratives, logistiques et techniques à la lecture des données comparées du RTC (Restauration, le brancardage, les transports motorisés du patient, la DSI, le DIM, les services administratifs liés aux personnels) ;
- Concernant les fonctions de logistique médicale et médicotechniques, le CHRU semble présenter des surcoûts importants concernant les activités de génie biomédical, la stérilisation, les urgences médico-chirurgicales, la rééducation fonctionnelle, l'imagerie et l'anesthésiologie ;
- L'absence d'économies générée par la diminution du nombre de salle de blocs opératoires.

Si certains surcoûts sont issus de la situation multi-sites du CHRU, des marges d'optimisation relatives au fonctionnement des activités supports du CHRU sont réalisables.

En conclusion, le plan d'action proposé par le CHRU peut être jugé crédible mais doit faire l'objet d'un suivi rapproché de l'ARS afin de s'assurer de sa réalisation effective. De la réalisation de ce plan d'action dépendra la soutenabilité financière du projet. Il importe donc qu'il puisse être d'avantage sécurisé par la mise en œuvre d'actions complémentaires pouvant être renégociée annuellement permettant d'accélérer la trajectoire financière présentée.

## 5.3. Analyse des perspectives financières pluriannuelles

Les hypothèses de construction du PGFP sont présentées dans le tableau ci-dessous :

TAUX EVOLUTION		2017	2018	2019 et années suivantes
Titre 1 - Charges personnel	PNM	3,20%	0,50%	0,50%
	PM	1,82%	0,00%	0,00%
Titres 2 - Dépenses médicales	Méd - DM (inclus GHS)	1,21%	0,51%	0,51%
	Autres	0,33%	0%	0%
Titre 1 - Recettes	GHS	2,54%	0,51%	0,51%
	Consultat	4,73%	0,51%	0,51%
Titre 2 - Recettes	TJP+FJ MCO	1,52%	0,51%	-1,40%
	TJP+FJ SSR -PSY	1,02%	0%	0%
	Consult.	4,35%	0,51%	0,51%
	Autres	3%	0%	0%

L'ARS précise que « la projection de l'activité pour l'année 2017 est basée sur les tendances d'activités structurelles constatées depuis 2013, et de la mise en œuvre d'activité nouvelle dans le cadre du projet médical.

« Les charges de personnel évoluent pour leur part sur la base d'un GVT de 0,5 % et de l'application du protocole « parcours, professionnels, carrières, rémunérations » (PPCR) pour le personnel non médical et 0 % pour le personnel médical en raison de l'ouverture récente du numérus clausus et de l'accroissement prévisible de médecin jeunes venant possiblement inverser la pyramide des âges du corps médical (effet noria). »

« Après 2018, il est prévu une maîtrise de la masse salariale à hauteur du développement des recettes pour éviter un effet ciseau qui viendrait perturber l'équilibre de l'opération, et ce en l'absence de visibilité sur les perspectives tarifaire à appliquer à la suite de la pression sur les tarifs sur les années précédentes »

Par ailleurs, le PGFP est présenté avec une aide de l'état de 100 M€.

### 5.3.1. Hypothèses d'évolution des recettes d'exploitation

Les hypothèses d'évolution de produits sont strictement conforme à la doctrine COPERMO égale à l'évolution populationnelle du territoire d'Indre et Loire. Cependant, l'évolution historique des recettes de T1 sur la période 2012-2016 met en évidence une dynamique plus importante. Une analyse de l'évolution corrigée notamment par tranche d'âge et pathologie aurait été préférable et plus pertinente. Cette hypothèse sous-estime l'évolution prévisible des recettes d'activité du CHRU.

### 5.3.2. Hypothèses d'évolution des charges d'exploitation

Les hypothèses d'évolution des charges sont fixées « à hauteur du développement des recettes pour éviter un effet ciseau qui viendrait perturber l'équilibre de l'opération ».

Tout comme pour les recettes d'exploitation, l'évolution historique est contradictoire avec les hypothèses retenues par l'établissement pour son PGFP à partir de 2018. Cela est particulièrement souligné par l'ARS dans le RESEP :

- P119 : Pour 2017, l'évolution du titre 1 (personnel médical et non médical) a été calculée dans la prolongation de l'évolution historique constatée avec l'ARS, cet exercice constitue par conséquent une année de transition. **Soit une tendance à +3,20 % vs +0,51 % à partir de 2018 pour le Personnel Non Médical (PNM) et 1,87 % vs 0 % pour le Personnel Médical (PM) puis 0,51 % à partir de 2018 pour le PNM et 0 % pour le PM !**

- *P122 : dans son PGFP, le CH estime que les charges de titre 2 seront globalement stables au cours de la période 2018-2029 (+ 0,2 %). Les charges médicales évolueront plus particulièrement de 0,5 % par an et les autres charges seront fixes (0 %). Or, au cours de la période antérieure 2011-2015, les charges de titre 2 ont progressé en moyenne de 8,6 %.*
- *P122 : Par ailleurs, les charges de titre 3, quant à elles, régresseraient de 0,6 %. Au cours de la période rétrospective, les charges de titre 3 ont progressé de 4,4 %.*

Prises séparément, les hypothèses d'évolution des produits et des charges de l'établissement ne sont pas crédibles car nettement sous-estimées.

Cependant, conformément au décret n°2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire, le CHRU a tenu compte des évolutions déjà connues notamment dans le cadre du déploiement protocole PPCR. Au total, « l'effet flux » du CHRU de Tours se traduit par un « effet ciseau » d'environ 11 M€. Il représente le montant des efforts qu'il convient de faire, en sus de la MBE constatée fin 2016, pour permettre à l'établissement d'atteindre un taux de 8 %.

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

### **5.3.3. Évolution des résultats et de la MBE**

Sous l'effet de la mise en œuvre du Plan APAC à hauteur de 38,8 M€, le résultat budgétaire du CHRU de Tours s'améliore sur la période passant de - 6,3 M€ en 2016 à +11,2 M€ en 2029. Le résultat excédentaire constaté en 2029 résulte de l'objectif de MBE de 8 % demandé par le COPERMO indépendamment du niveau d'endettement du CHRU. En effet, le niveau de MBE permettant de couvrir l'annuité de remboursement de la dette (25,6 M€) et 3 % de renouvellement d'investissement courant (20,4 M€) n'atteint en effet que 6,6 %.

Ainsi, l'atteinte d'un taux de marge à 8 % permet au CHU de Tours d'absorber un encours de la dette plus important.

<b>2°) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique</b>															
<b>Marge brute d'exploitation entité juridique</b>	<b>32 880 460</b>	<b>27 872 603</b>	<b>28 497 527</b>	<b>31 467 224</b>	<b>38 439 957</b>	<b>40 342 125</b>	<b>43 470 146</b>	<b>44 967 470</b>	<b>45 639 362</b>	<b>44 675 574</b>	<b>46 877 312</b>	<b>51 768 558</b>	<b>55 409 014</b>	<b>55 571 162</b>	<b>55 705 936</b>
<i>Dont Marge brute d'exploitation CRP après aides</i>	32 431 509	27 563 443	28 226 366	31 212 878	38 239 225	40 201 736	43 333 171	44 854 171	45 544 477	44 600 792	46 826 377	51 722 774	55 470 635	55 610 295	55 750 506
<i>Dont Marge brute d'exploitation CRA</i>	448 951	309 160	271 161	254 346	200 732	140 389	136 976	113 300	94 885	74 782	50 935	45 785	-61 621	-39 133	-44 569
Total des produits courants d'exploitation entité juridique (hors 7087)	630 747 439	644 898 227	661 265 975	667 107 195	676 706 282	679 392 435	682 304 799	684 099 072	685 908 527	686 089 475	689 162 161	691 826 332	689 756 724	691 657 424	693 540 418
<i>Taux de marge brute entité juridique</i>	5,21%	4,32%	4,31%	4,72%	5,68%	5,94%	6,37%	6,57%	6,65%	6,51%	6,80%	7,48%	8,03%	8,03%	8,03%
<b>3°) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé</b>															
Résultat comptable CRP	-5 177 936	-6 344 936	-7 944 127	-10 535 464	-7 196 692	-5 806 909	-1 893 290	194 490	5 943 814	1 947 754	4 964 981	14 762 271	15 405 135	11 769 606	11 239 271
Total des produits CRP	644 820 634	660 128 040	672 729 567	678 032 190	686 941 886	689 453 745	692 156 453	693 911 859	695 584 322	698 398 416	701 998 663	714 623 791	709 972 949	707 266 161	709 015 366
Résultat comptable CRP en % des produits	-0,80%	-0,96%	-1,18%	-1,55%	-1,05%	-0,84%	-0,27%	0,03%	0,85%	0,28%	0,71%	2,07%	2,17%	1,66%	1,59%
Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)	-5 280 406	-6 661 634	-8 290 768	-10 535 464	-7 196 692	-5 806 909	-1 893 290	194 490	5 943 814	1 947 754	4 964 981	14 762 271	15 405 135	11 769 606	11 239 271
Total des produits consolidés	660 039 492	675 804 897	689 006 382	694 355 301	703 195 893	705 631 513	708 317 456	710 055 308	711 710 196	714 514 108	718 103 736	730 705 588	721 498 639	718 780 416	720 511 518
Résultat comptable consolidé en % des produits	-0,80%	-0,99%	-1,20%	-1,52%	-1,02%	-0,82%	-0,27%	0,03%	0,84%	0,27%	0,69%	2,02%	2,14%	1,64%	1,56%



## 5.4. Analyse du plan de financement

Le plan de financement permettant de financer la politique pluriannuelle d'investissement du CHRU sur la période 2017-2029 présente un niveau d'immobilisation de 651 M€ conforme à la recommandation n°2 du COPERMO.

5°) Tableau de financement															
<b>Total Ressources</b>	<b>42 018 795</b>	<b>58 171 989</b>	<b>76 457 201</b>	<b>83 265 439</b>	<b>82 368 046</b>	<b>77 380 520</b>	<b>119 541 326</b>	<b>111 973 188</b>	<b>94 709 072</b>	<b>81 633 560</b>	<b>60 331 584</b>	<b>54 351 952</b>	<b>52 115 617</b>	<b>49 402 998</b>	<b>50 401 552</b>
<b>1°) Ressources hors dette</b>	<b>27 011 598</b>	<b>23 171 989</b>	<b>24 257 201</b>	<b>26 666 225</b>	<b>33 370 793</b>	<b>51 835 913</b>	<b>54 552 577</b>	<b>54 828 736</b>	<b>54 522 018</b>	<b>53 145 096</b>	<b>55 445 784</b>	<b>54 351 952</b>	<b>52 115 617</b>	<b>49 402 998</b>	<b>50 401 552</b>
<i>Dont CAF</i>	26 257 285	22 554 189	23 637 201	26 391 225	33 095 793	34 894 246	37 610 910	37 887 069	37 580 351	36 203 429	38 504 119	44 021 952	48 340 617	49 127 998	50 126 552
<i>CAF en % des produits</i>	3,98%	3,34%	3,43%	3,80%	4,71%	4,95%	5,31%	5,34%	5,28%	5,07%	5,36%	6,02%	6,70%	6,83%	6,96%
<i>Dont cessions d'actifs</i>	47 998	315 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	10 155 000	3 600 000	100 000	100 000
<i>Dont dotations et subventions investissements hors aides sollicitées pour le projet</i>	648 439	302 800	520 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000	175 000
<i>Dont dotations et subventions investissements sollicitées pour le projet</i>						16 666 667	16 666 667	16 666 667	16 666 667	16 666 667	16 666 665				
<i>Dont autres ressources</i>	57 876														
<b>2°) Endettement</b>	<b>15 007 197</b>	<b>35 000 000</b>	<b>52 200 000</b>	<b>56 599 213</b>	<b>48 997 254</b>	<b>25 544 607</b>	<b>64 988 750</b>	<b>57 144 451</b>	<b>40 187 054</b>	<b>28 488 465</b>	<b>4 885 800</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total Emplois</b>	<b>45 274 466</b>	<b>61 161 091</b>	<b>78 215 680</b>	<b>83 519 718</b>	<b>82 368 046</b>	<b>77 380 520</b>	<b>119 541 326</b>	<b>111 973 188</b>	<b>94 709 072</b>	<b>81 633 560</b>	<b>60 056 032</b>	<b>46 963 725</b>	<b>42 609 811</b>	<b>41 995 121</b>	<b>41 542 225</b>
<b>Remboursement dette financière</b>	20 294 067	19 542 137	20 815 169	20 983 188	30 392 094	31 397 037	21 906 555	23 717 343	23 896 072	25 291 560	26 715 993	25 370 115	21 871 036	19 748 490	19 202 507
<b>Immobilisations</b>	<b>24 919 944</b>	<b>41 602 154</b>	<b>57 400 511</b>	<b>62 536 530</b>	<b>51 975 952</b>	<b>45 983 483</b>	<b>97 634 771</b>	<b>88 255 845</b>	<b>70 813 000</b>	<b>56 342 000</b>	<b>33 340 039</b>	<b>21 593 610</b>	<b>20 738 775</b>	<b>22 246 631</b>	<b>22 339 718</b>
<i>Dont opérations courantes</i>	24 919 944	41 602 154	56 880 511	55 868 530	33 264 952	18 926 483	15 719 771	6 877 845	2 308 000	2 339 000	8 911 039	19 945 610	20 738 775	22 246 631	22 339 718
<i>Dont investissement présenté au COPERMO</i>			520 000	6 668 000	18 711 000	27 057 000	81 915 000	81 378 000	68 505 000	54 003 000	24 429 000	1 648 000	0	0	
<i>Dont autres opérations majeures</i>															
<b>Autres emplois</b>	60 455	16 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evolution du FRNG sur l'exercice	-3 255 671	-2 989 102	-1 758 480	-254 280	0	0	0	0	0	0	275 552	7 388 227	9 505 805	7 407 877	8 859 328
Niveau du FRNG 31/12	44 001 862	41 012 759	39 254 280	39 000 000	39 000 000	39 000 000	39 000 000	39 000 000	39 000 000	39 000 000	39 275 552	46 663 778	56 169 584	63 577 461	72 436 788
<i>FRNG en nbre de jours de charges courantes</i>	26,86	24,71	23,09	23,03	22,90	22,92	22,92	22,96	22,94	22,92	23,08	24,92	24,27	26,29	22,89
Niveau du BFR 31/12	53 540 181	52 314 403	48 147 403	43 480 403	38 813 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403	37 313 403
<i>BFR en nbre de jours de charges courantes</i>	32,69	30,95	27,77	24,97	22,20	21,31	21,32	21,31	21,27	21,23	21,20	21,28	21,47	21,41	21,35
Niveau de la Trésorerie 31/12	-9 538 319	-11 301 644	-8 893 123	-4 480 403	186 597	1 686 597	1 686 597	1 686 597	1 686 597	1 686 597	1 962 148	9 350 375	18 856 181	26 264 058	35 123 385
<i>Trésorerie en nbre de jours de charges courantes</i>	-5,82	-6,69	-5,13	-2,57	0,11	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	1,12	5,33	10,85	15,07	20,10

## 5.5. Évolution de la charge de la dette

Conformément à l'analyse de l'ARS, les ratios d'endettement, tels définis dans le décret du 14 décembre 2011 et les arrêtés de mai 2012 sont soutenable par l'établissement sur la période considérée.

- La durée apparente de la dette est inférieure à 10 ans sur toute la période 2017-2029 ;
- L'indépendance financière est supérieure à 50 % à partir de 2017 et jusqu'en 2028, avec un pic de 63,4 % en 2022. À partir de 2029, elle redevient inférieure à 50 % ;
- L'encours de la dette sur le total des produits est supérieur à 30 % de 2018 (34,89 %) à 2029 (33,70 %). Ce ratio atteint le maximum de 49,40 % en 2024 puis décroît ; 2 des 3 ratios d'endettement sont dégradés entre 2018 et 2028.

4°) Evolution de la charge de la dette															
Total charge annuelle de la dette	26 806 518	25 647 737	26 515 910	26 899 602	36 576 674	37 685 331	28 606 207	31 638 158	32 795 498	34 604 120	35 922 900	33 957 136	29 779 849	27 032 069	25 622 306
<i>Dont remboursement contractuel du capital des dettes financières (hors options afférentes à une opération de tirage sur une ligne de trésorerie)</i>	20 294 067	19 542 137	20 815 169	20 983 188	30 392 094	31 397 037	21 906 555	23 717 343	23 896 072	25 291 560	26 715 993	25 370 115	21 871 036	19 748 490	19 202 507
<i>Dont charges financières entité juridique</i>	6 512 451	6 105 600	5 700 741	5 916 414	6 184 580	6 288 294	6 699 652	7 920 816	8 899 426	9 312 560	9 206 906	8 587 021	7 908 813	7 283 579	6 419 799
<i>Total charge annuelle de la dette en % des produits courants</i>	4,25%	3,98%	4,01%	4,03%	5,41%	5,55%	4,19%	4,62%	4,78%	5,04%	5,21%	4,91%	4,32%	3,91%	3,69%
<b>Encours de la dette en capital</b>	155 122 059	170 579 922	201 964 753	237 580 778	256 185 937	250 333 507	293 415 701	326 842 810	343 133 792	346 330 697	324 500 503	299 130 388	277 259 352	257 510 862	238 308 355
<i>Encours de la dette en capital en % des produits consolidés</i>	23,95%	25,75%	29,89%	34,89%	37,14%	36,16%	42,22%	46,92%	49,14%	49,40%	46,05%	41,70%	39,16%	36,51%	33,70%
<b>Marge brute disponible après paiement charge annuelle de la dette</b>	6 073 942	2 224 866	1 981 616	4 567 622	1 863 283	2 656 794	14 863 939	13 329 312	12 843 864	10 071 453	10 954 412	17 811 422	25 629 165	28 539 093	30 083 631
<i>Marge brute disponible en % des produits courants d'exploitation</i>	0,96%	0,34%	0,30%	0,68%	0,28%	0,39%	2,18%	1,95%	1,87%	1,47%	1,59%	2,57%	3,72%	4,13%	4,34%

## 6. Conclusion

**\* La rénovation du CHU de Tours apparaît indispensable, en revanche le projet proposé ne répond pas aux ambitions médicales affichées.**

La situation actuelle est insatisfaisante au regard des besoins de la population et la multiplicité actuelle des sites pose de nombreux problèmes d'organisation de l'offre de soins. Les sites sont en l'état totalement inadaptés à la pratique moderne de la médecine et aux contraintes démographiques des professions de Santé.

Le projet proposé affiche 3 objectifs clairs : le virage ambulatoire, la fluidification du parcours patient et une organisation des soins plus efficiente, mais ceux-ci ne se traduisent pas dans le projet architectural proposé. À titre d'exemple, deux éléments qui peuvent remettre en cause la sécurité des patients :

- Séparation des activités chirurgicales et médicales sur 2 sites sauf pour la transplantation, ce qui pose des problèmes concrets de déplacements pour les patients
- Maternité séparée du site des soins critiques et de la chirurgie.

Par ailleurs, le projet n'apporte pas de solutions à l'éloignement entre les sites et la faculté de médecine et les laboratoires de recherche, ce qui serait souhaitable pour un CHU.

À l'évidence, la construction neuve sur un seul site d'un établissement regroupant toutes les activités MCO et la fac de médecine apparaît être la seule à pouvoir répondre à tous ces objectifs.

**\* Le projet architectural dans lequel est envisagé le maintien de deux sites n'est pas pertinent.**

L'évaluation proposée n'envisage pas sérieusement l'option de la restructuration en une seule phase sur le site de Trousseau. Or, cette alternative, qui est certes plus coûteuse pour l'établissement, présente de nombreux avantages qui n'ont pas été appréciés. Le projet présenté en repoussant à plus long terme le regroupement définitif de l'ensemble des activités sur un site unique n'apportera pas à court terme les bénéfices attendus de la restructuration. Il existe même un risque réel que ce phasage impose des dispositions architecturales peu efficaces qui débouchent *in fine* sur 2 hôpitaux côte à côte.

Considérant les aspects financiers, il convient de noter que la non-soutenabilité financière de cette option, qui est avancée dans le dossier, n'est pas démontrée. Il existe de nombreux arbitrages à étudier entre ces deux options. La gestion en deux phases par exemple entraîne de coûts d'investissement redondants à hauteur de 90 M€ entre phase 1 et phase 2.

Il n'en demeure pas moins, qu'un tel projet entraînera mécaniquement un accroissement important de la dette de l'établissement. Les ratios financiers se détérioreront indéniablement accroissant le niveau de risque du projet et obligeant d'en sécuriser la trajectoire.

Il apparaît de ce fait incontournable que soit engagée une étude comparative fine entre la solution préconisée et la solution de reconstruction en une phase qui vraisemblablement sera techniquement bien meilleure.