

Rapport au Commissaire général à l'Investissement

21 février 2014

CONTRE-EXPERTISE DU DOSSIER D'ÉVALUATION SOCIO-ECONOMIQUE DU
PROJET DE RECONSTRUCTION DU CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS (CHOG)

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 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 de reconstruction d'un hôpital.

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.

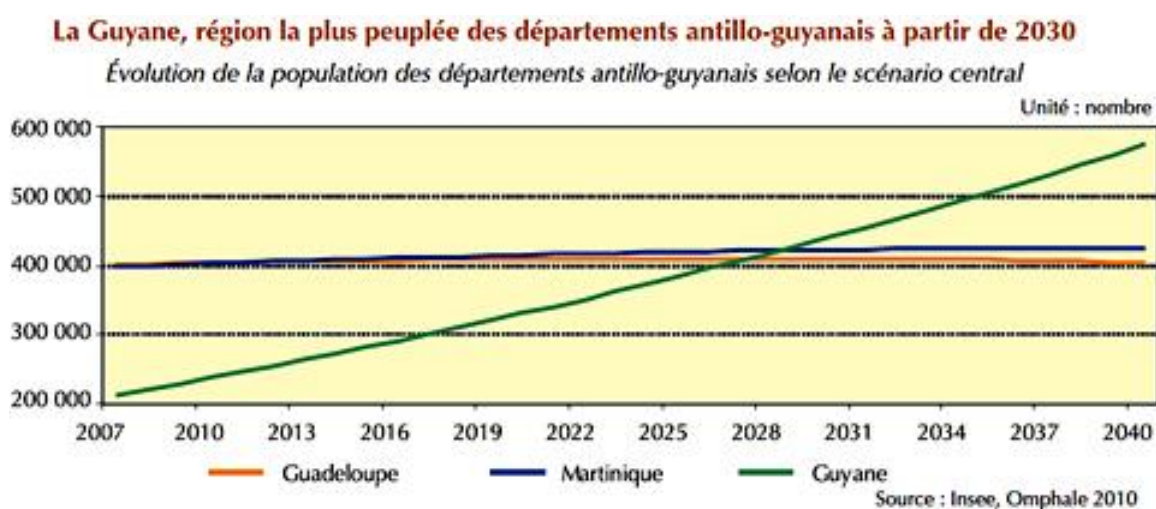
Le Gouvernement transmet au Parlement les évaluations et les contre-expertises mentionnées au premier alinéa.

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

1. ANALYSE DE LA COHÉRENCE DU PROJET AVEC L'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

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

L'étude de la démographie à 10 ans laisse apparaître une évolution extrêmement forte (augmentation de 100 %) en particulier autour des agglomérations dont Saint Laurent du Maroni. Le programme proposé répond à cette augmentation selon une projection différente selon les secteurs de prise en charge.

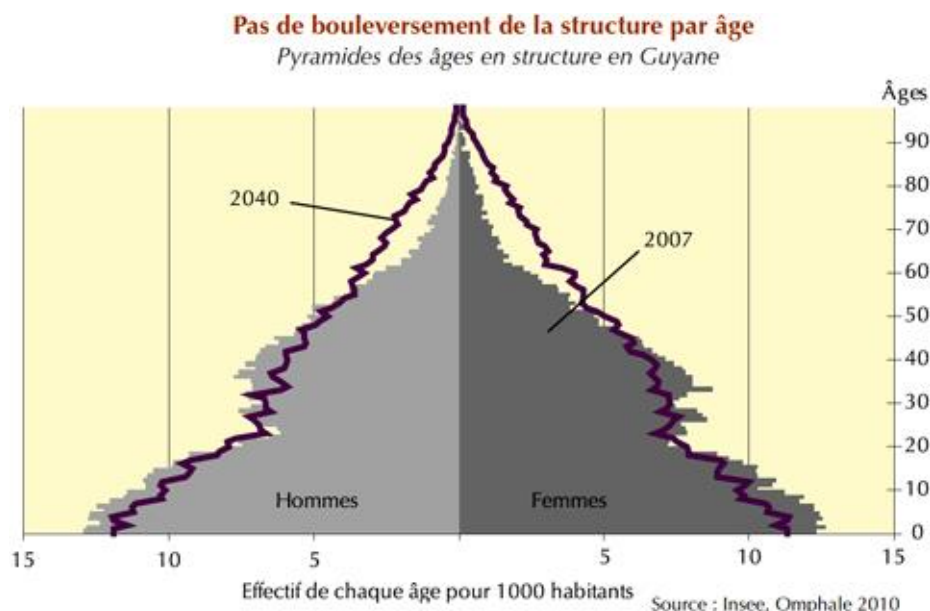


Une population jeune mais où le poids des personnes âgées s'accroît

En 2040, la Guyane demeurerait, de loin, la région française la plus jeune avec un âge moyen de 30 ans, 10 ans de moins que la seconde région la plus jeune (La Réunion) et 13 ans de moins qu'au niveau national. Cet âge moyen augmenterait toutefois de quatre ans par rapport à 2007, notamment du fait de l'allongement de la durée de la vie.

La structure par âge de la population guyanaise ne serait pas fondamentalement modifiée en 2040. Quatre guyanais sur dix seraient âgés de moins de 20 ans et environ cinq sur dix entre 20 et 59 ans. La part des moins de 20 ans et des 20-59 ans diminuerait au profit de la population de plus de 60 ans. Le poids des personnes âgées serait deux fois plus important en 2040 qu'en 2007. Mais à 12 % de la population régionale, il serait près de trois fois moindre que celui de la population de la France. C'est en particulier aux grands âges que la progression des effectifs serait la plus forte, il y aurait huit fois plus de personnes âgées de 80 ans ou plus qu'aujourd'hui, ce qui posera la question de la prise en charge des seniors.

En 2040, comme dans toutes les régions françaises, hors Île de France, les inactifs potentiels (moins de 20 ans et plus de 60 ans) seraient plus nombreux que les actifs potentiels (20-59 ans) alors qu'aujourd'hui la Guyane est la seule région dans cette situation. Contrairement aux autres régions, en Guyane et à La Réunion cela serait plutôt du fait des populations jeunes que des personnes âgées. On compterait 112 personnes d'âge inactif pour 100 d'âge actif en Guyane. Avec respectivement 154 et 164 inactifs potentiels pour 100 actifs potentiels, la Martinique et la Guadeloupe seraient les régions ayant le plus fort ratio de dépendance économique.

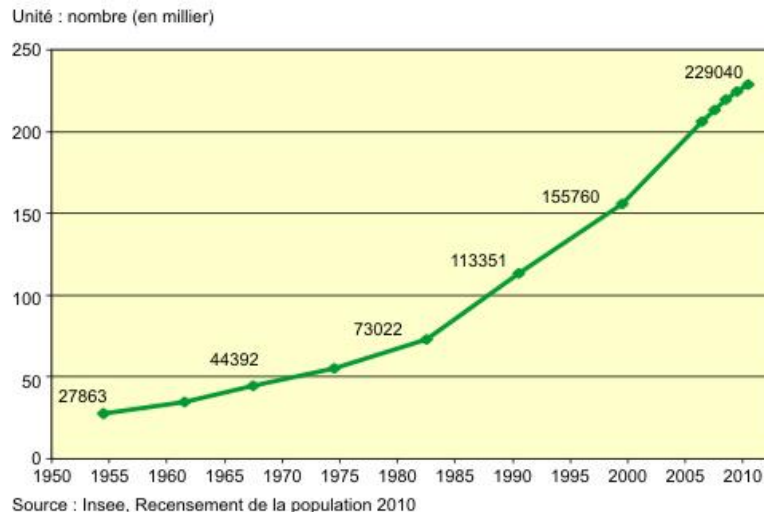


Le poids des séniors s'accroît comme en témoigne la répartition de la population guyanaise par grands groupes d'âge.

	2007		2020		2030		2040	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
Moins de 20 ans	94 389	44,3	138 000	42,3	183 000	41,5	232 000	40,5
20-59 ans	106 021	49,8	163 000	49,2	212 000	47,9	271 000	47,3
60-79 ans	10 812	5,1	25 000	7,4	40 000	9	57 000	9,9
80 ans ou plus	1 811	0,9	4 000	1,1	7 000	1,6	14 000	2,4
population	213 033		330 000		442 000		574 000	
augmentation			155 %		207 %		269 %	

Source : INSEE, Omphale 2010

La population guyanaise s'établit pour 2013 à 250 000 habitants conformément à la courbe prévisionnelle établie en 2010 (243 700 en 2012 avec une cible 2020 de 290 000 habitants potentiellement inférieure à la prévision ci-dessus).



Forte croissance démographique quel que soit le scénario

Quel que soit le scénario retenu, la population de la Guyane augmenterait très fortement à l'horizon 2040. Le scénario le moins favorable correspond à celui avec une hypothèse basse sur les migrations, il conduirait à une population 2,3 fois supérieure à celle de 2007. À l'inverse, avec le scénario « migrations hautes », la population projetée en 2040 serait 3,1 fois plus grande qu'en 2007. Sur la base de ces deux scénarii extrêmes, la population guyanaise serait comprise entre 482 000 et 665 000 d'ici 2040.

Les autres scénarii alternatifs permettent de mesurer l'impact des hypothèses de fécondité et de mortalité. Les résultats obtenus restent proches de ceux du scénario central, en particulier pour les évolutions liées aux décès.

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

La situation géographique particulière du Centre hospitalier de St Laurent du Maroni, positionné à la frontière avec le SURINAM, fait qu'une partie de la patientèle de l'établissement est d'origine surinamaïse.

Il ne s'agit pas exclusivement de patients en provenance à *proprement parler* du SURINAM (qui franchissent le fleuve Maroni afin de se faire soigner) mais également de patients d'origine surinamaïse et de nationalité surinamaïse installés en Guyane française, en situation régulière ou non.

A ce jour il n'est pas possible de quantifier de manière exhaustive la part de patients du CHOG d'origine surinamaïse, installés ou non en Guyane, mais on estime que le recrutement de patients « hors Guyane » correspond à environ 40 % de l'activité du CHOG.

1.3. Conformité du projet par rapport au SOS (Schéma d'Organisation des Soins), opportunité par rapport aux besoins de restructuration de l'offre de soins, opportunité du projet par rapport à la place de l'établissement sur les domaines d'activités concernés par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement

Au-delà d'un Schéma d'Organisation des Soins peu applicable dans le cas présent puisque l'offre de soins se résume à l'établissement objet de la contre-expertise, la demande et donc l'offre de soins auraient très bien pu être étayée par le Ministère de l'Outre-Mer et/ou par le Ministère des Affaires Etrangères puisqu'une partie de l'offre de soins est destinée aux habitants du Surinam voisin.

2. EXPOSE DETAILLE ET VALIDATION DU PROJET

2.1. Dimensionnement capacitaire : le programme lits et places

L'évolution démographique de la Guyane, indiscutable pour les années à venir, pose la question du dimensionnement capacitaire du futur hôpital. Cette évolution se traduit naturellement dans le programme lits. Elle se doit d'être calculée sur la base des éléments d'activité actuels. Pour ce faire, la contre-expertise a considéré un coefficient 2 pour l'activité afin de valider les propositions du projet

Nota : ce coefficient utilisé par la contre-expertise est très supérieur aux éléments fournis dans le rapport d'évaluation de l'ARS du 4 novembre 2013 page 10 qui faisaient état d'une augmentation de la population de 50 % d'ici 2020.

Le taux d'occupation (TO) en médecine est de 94 % sur la base de 20 lits, le besoin projeté devrait être de 40 lits (28 lits sur base ARS). Le TO en chirurgie est de 60 % sur la base de 20 lits ; le besoin projeté devrait être de 24 lits (18 lits sur base ARS).

Le programme lit tel qu'il est envisagé devra nécessairement proposer un unique secteur médico chirurgical de 60 lits ce qui est possible au regard des plans APS (46 lits sur base ARS).

La contre-expertise reconnaît la logique qui consiste à calibrer les services à 30 lits par souci d'efficience.

En revanche, à titre d'illustrations :

- la cible affichée de 1 500 séjours de chirurgie à terme n'est pas compatible avec l'activité réalisée de 1 276 séjours en 2012 (augmentation de 18 % *a priori* singulièrement différente de la cible)
- le rapport d'activité de 2012 propose 561 séjours ambulatoires de médecine pour 6 places installées (équivalent à un taux d'occupation métropole de 43 %), la cible médico-chirurgicale conduit à la construction de 19 places pour une cible de 4 200 séjours ambulatoires ; pour rappel, le nombre total de séjours 2012 conventionnels et ambulatoires médecine et chirurgie est de 3 000 séjours.
- Le document ARS de novembre 2013 (page 20) fait état d'une cible de 1 132 séjours ambulatoires chirurgicaux à horizon 2017 pour une capacité de 20 places : 56 séjours/place/an équivalent à un taux d'occupation métropole de 25 % (base 220 jours /an).

Nota : la contre-expertise note qu'il n'a pas été possible malgré plusieurs séries de questions de mettre en cohérence les différents éléments : activité, capacitaires et plans. Des écarts substantiels persistent et relativisent très fortement l'avis qui sera émis.

Une partie des éléments d'activité sont ceux de 2012, année qui semble présenter une difficulté majeure pour la chirurgie avec ce qui est qualifié de « crise structurelle » avec le départ d'un chirurgien chef de pôle. Il semble également que deux radiologues aient démissionné fin 2012.

Dans le tableau ci-dessous, figurent :

- Les besoins affichés par l'établissement au regard de l'évolution de la population
- Les besoins calibrés par l'expertise au regard des informations communiquées et de l'évolution de la population (+100 %)
- Les besoins calibrés par l'expertise au regard des éléments communiqués dans le rapport d'évaluation de l'ARS de novembre 2013 pour la médecine et la chirurgie (+50 %)
- Les lits et places construits selon les informations communiquées mais non vérifiables au regard des documents graphiques fournis.

	besoins affichés	besoins calibrés (+100 %)	besoins calibrés (+50 %)	lits ou places construits
Médecine	29	36	28	30
Chirurgie	28	24	18	30
Obstétrique	87	72		89
Pédiatrie	25	19		28 + 2 HdJ
SI néonatal	6	4		6
Néonatal	18	10		22
Ambu médico-chir	20	6		19

Conclusion partielle de la contre-expertise sous réserve de la validité et de la cohérence des informations transmises :

Le capacitaire construit permet la réalisation globalement sur l'ensemble du périmètre d'activité de plus du double des séjours actuels avec en particulier pour les séjours d'hospitalisation conventionnelle en médecine et en chirurgie une cible très largement supérieure à la cible ARS et simultanément une augmentation de 750 % de l'activité ambulatoire médico-chirurgicale. L'organisation médicale projetée devra nécessairement passer par une mutualisation médico-chirurgicale des capacités d'hospitalisation.

2.2. Dimensionnement capacitaire : le plateau technique

2.2.1 Dimensionnement du bloc opératoire

Le dimensionnement du bloc opératoire (5 salles) s'appuie uniquement sur une information prévisionnelle non vérifiable d'un nombre d'ICR (Indice de Coût Relatif) supérieur à 1 000 000 à horizon 2017.

Aucune information n'est communiquée avant le 20 février 2014 quant au nombre actuel d'ICR (cf rapport ARS, novembre 2013, page 17). Le référentiel ANAP s'appuie sur un nombre d'ICR / salle supérieur à 250 000 / an ce qui justifie le dimensionnement proposé à hauteur de 5 salles.

En revanche, la cible de 1 500 séjours chirurgicaux, voire de 2 000, correspond à un nombre de salles de 2 ou 3 salles.

La contre-expertise n'a pas obtenu d'informations construites fiables pouvant justifier l'écart du nombre de salles alors que la notion de bloc d'urgence et/ou les explorations sous anesthésie peuvent, à elles seules, probablement justifier le dimensionnement proposé.

2.2.2 Dimensionnement des consultations et des explorations fonctionnelles

Le plateau de consultations et d'explorations fonctionnelles fait état selon les sources de 26 ou 31 box.

Le nombre de consultations et d'explorations réalisées en 2013 est de 31 800 (source établissement). La grande segmentation, justifiée au regard du nombre élevé de spécialités, induit naturellement un nombre de box élevé avec un ratio par box relativement faible au regard des ratios habituels.

La contre-expertise relève néanmoins que cette segmentation pourrait être simplifiée ; à titre d'exemple (source établissement) les 12 box suivant sur les 26 envisagés :

- 4 box de consultation polyvalente médecine/chirurgie
- 2 box de consultation de cardiologie
- 3 box de consultation de médecine
- 1 box de consultation d'anesthésie
- 2 box de consultation de chirurgie

conduisent à eux seuls selon le référentiel ANAP à un potentiel de 36 000 consultations.

Une rationalisation du nombre de boxes est envisageable.

2.3. Dimensionnement en surfaces

La contre-expertise n'abordera pas la question du dimensionnement du projet par secteur fonctionnel mais globalement.

Les interrogations générales sur le dimensionnement capacitaire sont telles que seule une appréciation générale sur les surfaces globales sera portée.

Page 11 du document ARS de novembre 2013, il est noté que le programme a été réduit en février 2011 pour passer de 26 000 m² à 21 400 m² ; il semble que ce travail correspondait à la phase APS du projet.

En phase APD ont été réintégrés (document ARS, page 11) :

- 8 lits de réanimation

- 9 lits de réa néonatalogie
- Les unités d'hospitalisation ont été étendues à 30 Lits (ce qui ne signifie pas obligatoirement une augmentation de la surface puisqu'il peut s'agir également d'une réduction du nombre d'unités)
- Un self pour le personnel

Les plans APD n'ont pas été fournis, les plans APS fournis font toujours apparaître des unités de médecine et de chirurgie de 24 lits. La surface est alors repassée à 26 400 m² en APD avec un écart de 5 000 m² non expliqué par l'augmentation du programme.

A ce titre, le document source établissement projet hôpital neuf (version 4) fait état d'un programme capacitaire global de 325 lits et places en 2012 alors que le programme actuel est de 361.

L'APD 1 proposait en synthèse 29 170 m² (y compris locaux techniques),

l'APD 2 propose en synthèse 32 178 m² (page 2/48).

Les tableaux détaillés (APD 1 et APD 2) indiquent quant à eux :

Destination	Bâtiment	APD 1	Destination	APD 2
Administration	A	1 871	Administration	2 479
Chirurgie	B	3 911	Chirurgie	3 827
Enfants	C	6 466	Enfants	6 996
Plateau Technique	D	9 531	Plateau Technique	12 166
Logistique	E	6 460	Logistique	3 676
Hémodialyse	F	931	Logement	59
Total		29 170		29 203

L'écart APD 2 entre 32 178 m² et 29 203 m² est constitué de locaux techniques.

Le dernier tableau de surface proposé par l'établissement (note du 13 février 2014) confirme un total projet conforme à l'APD 2 pour 26 422 m² ne correspondant pas aux autres éléments fournis. Aucun élément graphique ne permet de valider ce chiffre.

Sur la base d'un programme capacitaire construit de 236 lits et places et d'une surface de 26 422 m² nous obtenons 112 m² / lit ou place ; si, en revanche nous utilisons les valeurs hautes transmises également par l'établissement nous obtenons 136 m² / lit ou place.

Nota : dans l'un ou l'autre cas ou si la contre-expertise prend une valeur moyenne de l'ordre de 120 m²/ lit ou place, le ratio est élevé au regard de l'établissement et de son activité.

L'une des préconisations pour améliorer ce ratio par une mission d'expertise antérieure, qui était la réduction des circulations, semble, par ailleurs, ne pas avoir été suivie.

Conclusion partielle de la contre-expertise sous réserve de la validité et de la cohérence des informations transmises :

Les surfaces proposées, conduisent au-delà des incohérences constatées sur l'ensemble des pièces transmises et qui justifieraient une vérification complète qui n'a pas été possible, à des ratios

nettement supérieurs aux ratios constatés en métropole pour ce type d'établissement (ordre de grandeur 15 à 20 %). La clarification qui était demandée par la contre-expertise dans l'avant dernière série de questions sur la base d'un tableau pré-formaté ne s'est pas faite.

2.4 Dimensionnement de l'investissement

Le dimensionnement financier du projet a fait l'objet de nombreux échanges entre la contre-expertise et l'ARS. Les tableaux de dépenses ont ainsi largement évolué en quelques semaines.

€ HT	travaux	honoraires et frais divers	actualisation et révisions	total
déc-13	75 582 700	21 179 917	6 980 770	103 743 387
févr-14	80 982 373	15 964 480	6 763 000	103 709 853

Les montants sont donnés en € HT ; pour comparer avec un chiffre de métropole sur le HT il faut appliquer un coefficient correcteur de 1,6. Cette opération serait évaluée en métropole à 65 M€ TDC.

Pour l'analyse qui suit, la contre-expertise a retenu les chiffres de février 2014 ainsi que la surface SDO de 26 422 m².

Ces chiffres conduisent la contre-expertise à émettre un certain nombre de remarques :

- Le coût travaux métropole serait sur la base de 65 M€ TDC de 43,3 M€ HT, ce qui ramené au m² conduit à 1 640 € HT / m². e coût est parfaitement cohérent avec les coûts de travaux HT observés en métropole. Par application du coefficient correcteur de 1,6 ce coût devrait être de 2 624 € HT / m². Le coût observé dans le projet est de 3 064 € HT. La contre-expertise note un écart de 17 % inexpliqué sur le coût des travaux.
- Les tolérances générales du projet tel qu'il est présenté sont respectivement de 7 %, 5 %, 2 % pour un total de 14 % ; les règles générales observées en loi MOP sont de l'ordre de 3 % études et 3 % travaux pour un total de 6 %. En l'occurrence, le projet consiste en la construction d'un immeuble neuf et ce taux paraît adapté au projet.
- De fait, s'il est fait application de ces taux de tolérance, le coût travaux serait alors supérieur à plus de 20 % au regard des règles appliquées en métropole.
- Il est indiqué un montant d'honoraires de 7 712 640 € correspondant à un taux de rémunération de 9,52 % du coût du projet actuel ; ce chiffre de 9,52 % n'est en fait que la conséquence de l'augmentation du montant du projet ce qui a artificiellement fait baisser le taux.

Si l'on prend comme hypothèse le coût global de projet tel qu'il était à l'origine (document mission DGOS/ARH Guyane de juin 2009, seconde partie), le montant prévisionnel des travaux était de 51 M€ et le forfait de rémunération était alors probablement de l'ordre de 15 % (montant significatif au regard des forfaits de rémunération appliqués en métropole).

Si l'on intègre les avenants déjà passés, le montant des honoraires passe à 10 062 866 € se traduisant par une augmentation des honoraires de plus de 30 %.

Si l'on intègre ce qui semble être du « prévisionnel » près d'un million d'euros supplémentaires seront passés en avenant à la maîtrise d'œuvre portant ainsi le montant des avenants passés à plus de 40 % auxquels s'ajouteront les révisions pour également environ 1 M€. La jurisprudence appliquée en métropole est traditionnellement de 15 %.

Cette évolution des honoraires traduit l'évolution générale du projet. Dans le document DHOS/ARS Guyane (juin 2009, seconde partie, p 14) il est fait état d'un projet de 75 M€ dont 51 M€ de travaux, pour 200 lits et places et pour une surface SDO de 25 000 m² sachant que le jury de concours qui avait retenu l'équipe de maîtrise d'œuvre s'était tenu en décembre 2007 et que l'esquisse a été mise au point en avril 2008.

Le montant global des travaux de l'opération a évolué de près de 60 % sachant que la surface SDO *aurait quant à elle* évoluée de 5,7 % sur la base de 26 422 m² ou de 29 % sur la base de 32 178 m². Le programme lits et places a quant à lui évolué de 200 à 236, c'est-à-dire de 18 %.

Il est possible d'envisager que l'augmentation du coût de travaux de 60 % soit due :

- Pour environ 30 % à l'augmentation des surfaces alors qu'elles devaient être réduites (cf. mission ARS février 2011 qui avait permis de ramener la surface de 26 000 m² à 21 000 m² : source : document ARS du 4 novembre 2013, p 11)
- Pour environ 30 % d'actualisation du projet entre 2006 et 2013 (4 % par an).

Dès lors, il est légitime d'observer une augmentation des honoraires dans de telles proportions.

Conclusion partielle de la contre-expertise sous réserve de la validité et de la cohérence des informations transmises :

La contre-expertise souligne l'extrême fragilité du montage et du suivi de cette opération. Les écarts constatés sur :

- le dimensionnement capacitaire,
- le dimensionnement des surfaces,
- le dimensionnement de l'investissement

sont probablement explicables pour une opération dont :

- le programme technique détaillé a été élaboré et validé en décembre 2006
- l'équipe de maîtrise d'œuvre a été sélectionnée en décembre 2007
- l'esquisse a été mise au point en avril 2008
- l'APS livré d'avril 2010
- l'APD 1 livré en juillet 2012
- l'APD 2 livré en 2013
- le lancement de la consultation est prévu en 2014.

Il apparaît extrêmement délicat de demander un avis à la contre-expertise sur un projet qui voit :

- ses principaux chiffres en écart substantiels au regard de ce qui est exigé habituellement,

- des chiffres de coûts qui traduisent des passages d'avenants pour des valeurs très largement supérieures à ce que rapporte la jurisprudence. La contre-expertise se permet de produire ci-dessous quelques éléments renvoyant aux bonnes pratiques en matière de marchés publics.

JORF n°179 du 4 août 2006 page 11665, texte n° 23

Circulaire du 3 août 2006 portant manuel d'application du code des marchés publics

Article 14.7. Les possibilités de modifier le contrat initial par avenants et marchés complémentaires

L'avenant est l'acte par lequel les parties à un contrat conviennent de modifier ou de compléter une ou plusieurs de ses clauses (art. 118). Cette modification ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de substituer au contrat initial un autre contrat, soit parce que son économie en serait bouleversée, soit parce que son objet ne serait plus le même. La seule exception à cette règle concerne les sujétions techniques imprévues rencontrées au cours de l'exécution du contrat, c'est-à-dire des obstacles non imputables aux parties et constitutifs de difficultés imprévues et exceptionnelles. En pratique, il y a lieu de considérer qu'une augmentation par avenant de 15 % à 20 % ou plus du prix d'un marché est susceptible d'être regardée par le juge administratif comme bouleversant l'économie du contrat.

Dans le cas présent la contre-expertise relève que le dépassement des seuils résulte très probablement d'une gestion particulièrement longue du projet. Enfin, plus de 6 M€ ont d'ores et déjà été décaissés sur le projet ce qui rend sa réalisation quasi-incontournable. D'éventuelles remarques lors d'un contrôle (cadre quinquennal) de la chambre régionale des comptes sur ce projet sont d'ores et déjà envisageables.

3. ANALYSE ET VALIDATION SUR LE PLAN FINANCIER

3.1 Analyse et validation du plan de financement

3.1.1 Plan de financement proposé

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

Tableau de financement

EMPLOIS		RESSOURCES	
IMMOBILISATIONS	112 310 000 €	AUTOFINANCEMENT	47 300 000 €
Immobilier	103 710 000 €	dont autofinancement (hors subvention en capital)	47 300 000 €
Terrain	1 760 000 €	dont cession éventuelle d'immobilisation	- €
Equipements et mobilier	7 000 000 €	SUBVENTION EN CAPITAL	15 000 000 €
		Subvention en capital demandée	2 000 000 €
		Subvention en fonctionnement (2017 / 2019)	13 000 000 €
		TOTAL EMPRUNTS	50 000 000 €
		Emprunt	50 000 000 €
TOTAL EMPLOIS	112 470 000 €	TOTAL RESSOURCES	112 470 000 €

La contre-expertise note que la construction du CHOG constitue la principale opération du PPI de l'établissement. Cette opération inclut l'acquisition du terrain (1,76 M€), l'indemnisation des candidats (300 K€ en 2012) et une dotation de 7 M€ pour l'équipement (soit 7,4 % du montant des travaux).

Le PPI de l'établissement fait apparaître sur la période 2012/2019 des investissements à hauteur de 128,2 M€ (soit une dépense supérieure de près de 16 M€) : une opération de mise aux normes de sécurité de près de 11 M€ était prévue en 2013. Elle sera exploitée dans le cadre de l'hôpital neuf. Le reste des investissements inscrits au PPI n'est donc pas significatif sur la période.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Investissement courant	11 158 996 €	1 757 560 €	795 931 €	427 476 €	44 486 €	384 736 €	443 601 €
Investissement hôpital neuf	2 808 508 €	25 047 937 €	36 800 931 €	37 750 984 €	5 952 640 €	- €	- €
TOTAL	13 967 504 €	26 805 497 €	37 596 862 €	38 178 460 €	5 997 126 €	384 736 €	443 601 €
% investissement courant / ppts exploitation	20,05%	2,83%	1,25%	0,66%	0,06%	0,52%	0,58%

L'aide demandée au titre du présent dossier s'établit à 15 M€ en capital, soit 13,3 % du projet. L'établissement sollicite cette aide sous forme de subvention en capital à hauteur de 2 M€, et de 13 M€ sous forme de subvention à l'exploitation (couverture des besoins d'amortissement et de frais financiers sur la période 2017 / 2019).

3.1.2. Analyse sur le plan de financement

3.1.2.1. Mobilisation de l'autofinancement

L'autofinancement est important puisqu'il représente plus de 42 % du projet global (acquisition du terrain et équipement compris). La contre-expertise note que la capacité d'autofinancement est positive sur l'ensemble de la période et que, si elle diminue normalement jusqu'à la mise en service du CHOG (2017), elle se rétablit ensuite rapidement.

La capacité d'autofinancement sur la période autorise le remboursement des emprunts sur la durée du projet.

3.1.2.2. Optimisation du fonds de roulement et analyse de la trésorerie.

La contre-expertise note le niveau très important du Fonds de roulement net global en 2013 (57 M€), après une augmentation de plus de 7,6 M€ lié à une dotation aux provisions en 2012, et un prélèvement sur le fond de roulement de 10 M€ en 2013. Ce niveau de FRNG, autant que le niveau de la dotation aux provisions 2012, permet d'illustrer que l'établissement a d'ores et déjà été aidé par des subventions des pouvoirs publics (700 K€ / an au titre des AC depuis 2006).

Le FRNG est positif sur l'ensemble de la période et, même s'il diminue fortement compte tenu du besoin de financement de l'opération (prélèvement sur le fond de roulement entre 2013 et 2016 à hauteur de 37 700 K€), il se rétablit ensuite (apport au fond de roulement dès la mise en service du bâtiment).

La trésorerie reste positive sur la durée, et atteint des niveaux importants.

La contre-expertise en conclut que l'aide des autorités de tutelle est largement acquise à l'établissement depuis quelques années pour la conduite de ce projet.

3.1.2.3. Recours à l'emprunt

La contre-expertise note que l'établissement prévoit un recours à l'emprunt à hauteur de 50 M€, soit 44 % du montant de l'opération, sur la base de deux emprunts de durées respectives de 15 et 21 ans, et de taux négociés à hauteur de 2,5 % et 3,5 %.

La contre-expertise souligne que cette durée est compatible avec les durées définies pour l'amortissement de l'opération.

Compte tenu du niveau important du FRNG, le décaissement des emprunts n'est prévu qu'en 2015 et 2016.

3.1.2.4. Analyses des impacts du recours à l'endettement

La contre-expertise note que l'établissement est actuellement faiblement endetté, ayant cherché à préserver ses marges d'endettement pour faire face à cette opération. La durée apparente de la dette est de moins de 1 an en 2012. Elle augmente au cours de la période 2013/2021 pour atteindre 3,9 ans en fin d'opération, restant sous le seuil défini par le Décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (10 ans).

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

Le ratio d'indépendance financière, qui s'établit à 3,09 % en 2012, évolue jusqu'à atteindre près de 30,30 % au terme du projet. Il reste donc en deçà des seuils définis par décret.

En revanche, le ratio « encours de la dette / tous les produits », est supérieur au plafond des 30 % en 2017 (53,3 % en 2017), mais décroît ensuite régulièrement. L'ARS a validé ce dépassement, compte tenu de l'ampleur du projet. La contre-expertise note cependant une nouvelle fois que ce dernier ratio témoigne de la très grande importance de l'atteinte des résultats d'exploitation (cf. infra) dans la réalisation du PGFP.

3.1.2.5. Conclusions sur analyse du PGFP

La contre-expertise note la conclusion de l'ARS qui souligne que « *la situation est saine, ce qui permet un autofinancement significatif, l'endettement très faible ; le dynamisme de l'activité et des recettes attendues rend crédible le plan pluriannuel* ».

Cependant, la contre-expertise souhaite attirer l'attention sur les développements qui suivent et le fort décalage qu'il existe sur le prévisionnel 2013 et la réalité (cf. impact sur le titre 4) et qui nécessite de reconstruire entièrement le PGFP sur la base du réel constaté en 2013.

3.2 Impacts en exploitation

3.2.1 Analyse des impacts sur le titre 1

Le titre 1, qui s'établit en 2012 à 35 222 K€, progresse de 35 % sur la période 2012 / 2019 (soit 12 366 K€), pour faire face aux recrutements nécessaires à l'augmentation des capacités : 8 ETP médicaux et 197 ETP non médicaux seront ainsi recrutés. L'augmentation de personnel a principalement lieu en 2017, à l'ouverture du nouvel hôpital (+ 5 131 K€ entre 2017 et 2016 soit +13 %). La contre-expertise note que cette augmentation est, sur la période, moins rapide que celle des capacités qui croissent, quant à elle, de 54 % (hypothèse 2017). Les dépenses de personnels reprennent ensuite une progression naturelle de 2 % / an.

La contre-expertise a noté que cette augmentation est le résultat d'un changement de nature de la masse salariale, davantage soignante, notamment du fait de l'ouverture d'unités de soins critiques ou réglementées (réanimation, USC, obstétrique). Elle cache également des gains d'efficacité attendus sur le personnel administratif (-2,3 M€ par rapport à l'extrapolation naturelle).

La contre-expertise alerte cependant sur la progression des charges de Titre 1 sur la période 2012/2016, soit avant l'ouverture de l'établissement, qui progresse sur un rythme en décalage important avec les évolutions des revenus d'activité (titre 1 et surtout 2), ce qui traduit la volonté de gains d'efficacité importants à réaliser dès 2014, notamment par la diminution de l'encadrement soignant par lit, qui doit passer de 1,98 à 1,66 soignants / lit. Cette volonté, indispensable à la maîtrise des charges, n'est cependant que peu détaillée.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Charges de personnels						
Titre 1	36 666 441 €	38 133 099 €	39 440 000 €	40 609 000 €	45 740 558 €	46 655 369 €
évolution n / n-1 (en %)	4%	4%	3%	3%	13%	2%
Pdts T2A (titre 1 et 2)						
produits T2A (Titres 1 et 2)	41 184 000 €	47 254 000 €	48 762 000 €	49 724 000 €	56 643 000 €	58 081 000 €
évolution n / n-1 (en %)	3%	15%	3%	2%	14%	3%

En tout état de cause, la contre-expertise souligne l'importance de la maîtrise des charges de titre 1 dans la soutenabilité du PGFP, en rappelant qu'une dérive de 1 % de ce type de charges représente près de 400 K€. Elle alerte sur le fait que, plus que ces évolutions, l'établissement doit faire face à une difficulté de recrutement médical et que, s'agissant d'hypothèses financièrement déterminantes en matière de recettes, il conviendrait que le plan de recrutement soit connu.

3.2.2. Analyse des impacts sur les titres 2 et 3

La contre-expertise note que le titre 2 s'établit à 8 900 K€ en 2013, et diminue fortement en 2014 (8 170 K€). Les charges à caractère médical augmentent de manière importante en 2017 (+23 %) pour poursuivre ensuite une progression de l'ordre de 1 à 2 % par an.

La contre-expertise alerte sur le fait que cette augmentation lui semble largement sous-évaluée : les capacités de MCO font plus que doubler sur la période, notamment par l'installation de nouvelles unités fortement consommatrices de charges à caractère médical :

évolution capacitaire (lits et places) – version du 02/01/2014	2012	2017
Médecine	20	30
Chirurgie	20	30
Pédiatrie (y compris Néonatal et Réa Néonatal)	21	52
Obstétrique	45	89
UHTCD / réa / soins continus		10
Hôpitaux de Jour / UCA	8	23
	114	234

Si l'établissement affirme avoir prévu la mise en œuvre « d'une politique très nette en matière d'efficience », cette dernière n'est pas documentée et ne permet pas à la contre-expertise de garantir les hypothèses, dans un domaine de charges très proportionnelles à l'activité.

Il en va de même pour le titre 3, qui s'établit à 9 750 K€ en 2013, et sur lequel est prévue une diminution des charges en 2014 (-3 %) puis une progression naturelle des charges de l'ordre de 2 % par an. En 2017, à l'ouverture du nouveau bâtiment, il progresse de 18 % (soit 1 750 K€). Cependant, sur ces charges, des gains d'efficience sont attendus notamment par la réduction des charges relatives au transport des patients (- 1 500 K€ à partir de 2017) et la ré internalisation de fonctions logistiques.

La contre-expertise regrette que ces efforts d'efficience soient insuffisamment décrits et plaide pour l'organisation d'un accompagnement de l'établissement en la matière car la maîtrise des dépenses d'exploitation sont une des conditions impérieuses de la soutenabilité du PGFP.

3.2.3. Analyse des impacts sur les charges de titre 4

Le ratio Titre 4 / recettes d'exploitation s'établit à 13% à la fin du projet. La contre-expertise note ce ratio élevé, mais reste interrogative sur le montant des produits d'exploitation, qui lui semble sous évalué (cf. infra).

	2013 (REEL)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
titre 4 hors charges exceptionnelles	5 609 732	4 237 877	4 284 367	4 306 990	9 640 546	9 315 253	8 722 281
<i>Dont frais financiers</i>	45 259	45 369	43 554	666 812	1 510 377	1 433 663	1 355 425
<i>Dont amortissements</i>	2 745 195	4 192 508	4 240 813	3 640 178	8 130 169	7 881 590	7 366 856
<i>Dont provisions</i>	2 819 278	0	0	0	0	0	0
% du T4 / pdts d'exploitation	8%	7%	7%	7%	13%	13%	11%

Cependant, la contre-expertise met l'accent sur le décalage entre le prévisionnel inscrit à l'EPRD (2,8 M€ hors charges exceptionnelles) porté dans l'annexe financière à la note de l'ARS et la réalité constatée en 2013. En effet, le titre 4 s'établit à 5,6 M€ en 2013 (hors charges exceptionnelles) :

	2012	2013 (EPRD)	2013 (REEL)
Charges de structure (titre 4 hors charges exceptionnelles)	10 548 221	2 792 454	5 609 732
<i>Dont frais financiers</i>	49 228	47 259	45 259
<i>Dont amortissements</i>	2 761 514	2 745 195	2 745 195
<i>Dont provisions</i>	7 737 479		2 819 278

Et ce, d'autant que le titre 3 de recettes constaté en 2013 est de plus de 14 M€ (dont 1,5 M€ de FIR) compte tenu d'un montant de reprises de provisions de 3 079 K€ et une opération exceptionnelle de 3 816 K€ demandée par la DGFIP (régularisation du compte 419). A titre d'information, le montant porté au PGFP est de 3,7 M€.

Ces décalages ont, de l'avis de la contre-expertise, un impact majeur sur le résultat 2013, qui sert de base à la construction du PGFP. Ce dernier devra être reconstruit sur la base du réel 2013 car les variations sur le taux de marge brute et la capacité d'autofinancement seront importantes.

Les développements qui suivent s'appuient sur le PGFP tel que présenté initialement par l'établissement et l'ARS.

3.2.4. *Analyse des impacts en produits d'exploitation*

3.2.4.1. Recettes liées à l'activité

La contre-expertise note que l'établissement retient une croissance de ses recettes d'activité sur la période 2013/ 2018 de près de 5,4 M€, principalement ciblées sur la pédiatrie et les soins critiques. Il faut noter que cette progression d'activité liée aux augmentations de capacités n'est que peu lissée et que l'établissement n'a pas prévu d'augmentation de recettes sur le secteur d'activité de la gynéco obstétrique (malgré l'augmentation des capacités entre 2017 et 2018 de 45 à 89 lits) car l'augmentation de l'activité serait, selon la réponse de l'ARS communiquée le 20 février 2014, compensée par la baisse du coefficient de transition. Cette affirmation mériterait d'être davantage documentée.

Evolution des recettes d'activité

		2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	30	6 270 973 €	6 424 137 €	6 558 646 €	6 870 618 €	7 188 560 €
Chirurgie	30	4 340 523 €	4 425 211 €	4 499 407 €	4 695 390 €	4 896 846 €
Gynéco Obstétrique	91	18 737 664 €	18 638 125 €	18 506 091 €	18 970 763 €	19 433 505 €
Endoscopies		97 760 €	99 640 €	102 460 €	104 340 €	106 220 €
	151	29 446 920 €	29 587 113 €	29 666 604 €	30 641 111 €	31 625 131 €
			140 193 €	79 491 €	974 507 €	984 020 €
			0%	0%	3%	3%
Pédiatrie	28	3 152 408 €	3 846 234 €	4 485 631 €	5 253 733 €	6 014 283 €
Néonatal	20	3 011 590 €	3 033 852 €	3 050 764 €	3 144 211 €	3 241 691 €
Soins Intensifs	6	1 400 762 €	1 411 486 €	1 419 420 €	1 461 611 €	1 504 734 €
Réanimation Néonatal	3		1 763 829 €	1 766 698 €	1 819 370 €	1 872 765 €
	57	7 564 760 €	10 055 401 €	10 722 513 €	11 678 925 €	12 633 473 €
			2 490 641 €	667 112 €	956 412 €	954 548 €
			33%	7%	9%	8%
UHTCD	3	1 298 257 €	2 353 582 €	2 327 553 €	2 397 684 €	2 469 937 €
HdJ	23	1 967 865 €	1 989 650 €	2 000 255 €	2 104 023 €	2 208 630 €
USC Réanimation	8		1 624 299 €	1 659 228 €	1 719 200 €	1 779 172 €
	34	3 266 122 €	5 967 531 €	5 987 036 €	6 220 907 €	6 457 739 €
			2 701 409 €	19 506 €	233 871 €	236 832 €
			83%	0%	4%	4%
Psychiatrie	41	883 183 €	909 682 €	936 929 €	964 997 €	993 965 €
SSR	14	713 561 €	734 951 €	757 027 €	779 788 €	803 236 €
	55	1 596 744 €	1 644 633 €	1 693 956 €	1 744 785 €	1 797 201 €
			47 888 €	49 323 €	50 829 €	52 416 €
			3%	3%	3%	3%
TOTAL	297	41 874 546 €	47 254 677 €	48 070 109 €	50 285 728 €	52 513 544 €
			5 380 131 €	815 432 €	2 215 619 €	2 227 816 €
			13%	2%	5%	4%

La contre-expertise note la validation de l'ARS sur ces hypothèses de progression des recettes d'activité, qui conclut que ces hypothèses sont réalistes compte tenu d'une offre de soins insuffisante, et de l'évolution démographique dynamique du bassin de santé de l'établissement.

D'autre part, si on note une augmentation importante du nombre de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation (forfaits annuels) entre 2012 et 2013 (+13 %), le PGFP ne prévoit pas de changement de tranche entre 2014 et 2018, ce qui explique le maintien du forfait 2013 sur la période, mais semble, sur la période, globalement très prudent à la contre-expertise, compte tenu de l'augmentation ou l'installation de capacités de soins critiques, de pédiatrie et d'obstétrique prévues par ailleurs.

3.2.4.2. Recettes liées aux patients étrangers

La contre-expertise alerte également sur la proportion importante de patients du CHOG d'origine surinamaïse, difficile à quantifier de manière exhaustive, qui s'établit, selon l'établissement, à environ 40 % de l'activité du CHOG. L'estimation réalisée par l'établissement à partir des chiffres fournis par la PASS fait apparaître une augmentation constante de ces patients, en situation régulière

ou non. Les recettes liées aux soins urgents et à l'aide médicale d'Etat (et dont les patients en provenance du Surinam représente une part très importante) s'établissent en 2013 à plus de 18 M€.

Cette proportion ne semble pour autant pas s'accompagner de difficultés de recouvrement (taux de recouvrabilité à 84 % en 2012) : l'ARS prévoit une amélioration de ce taux à 94 % en 2017, sans que les modalités de cette amélioration ne soit pour autant détaillées.

Il semble à la contre-expertise que, comme il est prévu par l'ARS, des complémentarités doivent être recherchées avec le nouvel hôpital d'Albina, ville surinamaïse située en face de St Laurent du Maroni, afin que St Laurent du Maroni soit réellement positionné en niveau de recours.

3.2.4.3. Recettes forfaitaires

La contre-expertise note que la DAF SSR a été abondée de 322 K€ en 2013 pour mesures salariales et ajustements de la dotation budgétaire tandis que celle de la DAF de psychiatrie a été abondée en 2013 de 1,2 M€ (crédits reconductibles). La DAF globale passe de 4,4 M€ à 5,8 M€. Elles ne varient que très peu sur la période 2013 / 2019.

3.3 Analyse de la marge brute d'exploitation

Le taux de marge brute hors aides du CRP s'établit, à l'ouverture du nouvel établissement, à 5,86 %. Il faut noter qu'il ne se détériore qu'en 2017 : il est en effet supérieur à 8 % sur la période 2014 /2016. Cette évolution est évidemment directement liée aux hypothèses de maîtrise des charges et d'augmentation des recettes énoncées plus haut, qui semblent à la contre-expertise insuffisamment détaillées. En 2017, le taux de marge brute hors aide du CRP est de 5,86 % puis de 6,01 % en 2018 et 7,58 % en 2018. Il est donc très proche de la cible des 8 %.

Ce taux ne permet cependant pas la couverture des charges de la dette (9 640 K€ en 2017, 9 315 K€ en 2018, et 8 722 K€ en 2019), et c'est dans cette mesure que l'établissement sollicite une aide en titre 4 sur cette période, à hauteur d'environ 4 M€ en 2017 et 2018 et de 3 M€.

Cette aide apparait à la contre-expertise surévaluée, compte tenu des hypothèses retenues par l'établissement, de l'ordre de 6 M€, ce qui ramènerait l'aide demandée à 7 M€ sur 3 ans.

3.4 Conclusion sur la soutenabilité financière de l'opération

Tel que présenté, le projet est soutenable financièrement par l'établissement et, de l'avis de la contre-expertise, l'établissement n'a pas besoin de l'aide sollicitée à la hauteur demandée. En effet, l'aide en AC de l'ARS est d'ores et déjà importante (5,8 M€ de soutien à l'investissement en 2012 à titre d'exemple), ce qui permet de garantir des taux de marge importantes à l'établissement

sur toute la période, qui, selon la contre-expertise, lui permette de financer une très large partie de l'opération.

Les hypothèses présentées étant de plus, soit peu documentées, soit très en décalage avec la réalité constatée en 2013, il conviendrait de reconstruire le PGFP à partir de 2013, et étayer les hypothèses de maîtrise des charges afin de pouvoir rendre un avis réellement éclairé sur la soutenabilité financière de cette opération.

4. CONCLUSIONS DE LA CONTRE-EXPERTISE

sous réserve de la validité et de la cohérence des informations transmises

Le passage en COPERMO d'une telle opération nécessite la réécriture complète du dossier de présentation. La reconstruction du cheminement du projet, compte tenu de ses différentes évolutions naturelles qui contrebalancent probablement les actions successives des différentes missions MAINH / ARH / ARS, est particulièrement complexe dès lors que les pièces fournies apparaissent naturellement incohérentes.

Il n'en reste pas moins, si l'on s'en tient à la situation actuelle d'un projet indiscutable pour les besoins de santé et l'offre de soins, que des écarts importants sont observables sur les trois dimensions offre de soins – dimensionnement – soutenabilité financière et que certains de ces écarts rendent inenvisageable un avis formel de la contre-expertise

De fait, la contre-expertise reconnaissant ce caractère incontournable de la réalisation au titre de l'offre de soins et des sommes déjà engagées, ne peut que proposer quelques recommandations pour la suite du projet.

- Pour ce qui relève de la première phase du projet depuis la décision de faire jusqu'au lancement de la consultation travaux, la contre-expertise suggère la rédaction d'un document qui rappellera l'ensemble des évolutions du projet. La rédaction de ce document est essentielle. Il servira de réponse à toute requête de la Chambre Régionale des Comptes, de l'IGAS.
- La contre-expertise juge qu'il serait plus risqué de décider une reprise complète du projet sachant que des améliorations peuvent y être apportées dans le cadre actuel. La contre-expertise suggère la mise en place d'une expertise qui apporte les modifications au projet qui amélioreraient son efficacité sans pour autant engager sa reprise complète ; ce travail pourrait être réalisé soit avant le lancement de la consultation travaux soit lors de la phase de mise au point des marchés. Cette phase permettrait également de recalibrer l'ensemble des marchés de prestations intellectuelles en cours.
- Pour ce qui est de la phase appel d'offres travaux et réalisation, la contre-expertise suggère la mise en place d'un dispositif d'accompagnement de l'établissement par l'ARS. Il est en effet à craindre que les difficultés repérées durant la phase études, se renouvellent durant les phases à venir avec les conséquences que l'on suppose.
- Sur le plan économique et financier, pour ce qui est du soutien de l'établissement, la contre-expertise relève que le soutien spécifique au projet est « résiduel » au regard de l'aide qui lui est déjà apportée. En conséquence, il semble devoir être admis qu'au-delà de la période à venir de réalisation (après 2019), l'établissement devra continuer d'être soutenu, et accompagné principalement sur ses engagements d'efficacité.

- Sur le plan des ressources humaines, il apparaît qu'un recrutement important de ressources médicales et non médicales est prévu ; il faut d'ailleurs consolider ces nouveaux besoins avec ceux des autres établissements de Guyane dans l'hypothèse d'autres projets sur le territoire. La contre-expertise suggère qu'un dispositif d'accompagnement soit mis en place par l'ARS de sorte à consolider ces besoins et le dispositif qui permettra de les assurer tout autant que pour garantir les gains d'efficience attendus sur le titre 1.

En conclusion, il semble à la contre-expertise que, plus que la pertinence de ce dossier, c'est son accompagnement et sa maîtrise qu'il faut organiser, pour en réduire les délais (3 ans pour 26 000 m² sont déjà longs : vérifications faites, ce projet est réalisable en 2 ans ½ pour 1 an ½ à 2 ans en métropole), et donc les coûts, et d'ores et déjà travailler à son ouverture (notamment sur la question du recrutement médical et soignant, et gains d'efficience prévus), sujet qui dépasse, à notre sens, le cadre de la contre-expertise.