

Rapport au Secrétaire Général pour l'Investissement

**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet de modernisation et territorialisation
du CHRU de Brest**



11 avril 2018

Préambule

Le Commissariat général à l'investissement (CGI devenu SGPI) a mené depuis septembre 2012 et à la demande du Premier ministre une réflexion sur les projets d'investissement public et leur évaluation.

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

C'est en respectant toutes les règles prévues dans ce décret d'application (compétences, déclaration d'intérêt, délais) que le Secrétariat général pour l'investissement (SGPI) 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 par les réponses apportées aux questions des experts par l'intermédiaire de l'ARS. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

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

« Les projets d'investissements civils financés par l'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. »

Sommaire

PREAMBULE	2
1. DESCRIPTION DU PROJET	4
2. OFFRE TERRITORIALE DE SOINS	6
2.1. L'INSCRIPTION DU CHRU DANS L'OFFRE TERRITORIALE DE SOINS	6
2.2. LE PROJET DE REDIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE EST PRECISE DANS LES TABLEAUX <i>INFRA</i>	7
3. ANALYSE DU PROJET	10
3.1. SCHEMA DIRECTEUR ET PROJET MEDICAL.....	10
3.2. LES SCENARIOS ALTERNATIFS.....	12
<i>Le scénario 1 : mise aux normes des bâtiments existants</i>	14
<i>Le scénario 2 : reconstruction globale des prises en charge MCO sur un nouveau site</i>	14
<i>Le scénario 3 : transfert des pôles activités MCO sur le site de la Cavale Blanche.</i>	15
3.3. LES OPERATIONS, NATURE, INDICATEURS, ORDONNANCEMENT	18
3.4. SYNTHÈSE DES OPERATIONS	26
3.5. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DU PROJET	29
4. SOUTENABILITE FINANCIERE	31
4.1. ANALYSE RETROSPECTIVE DE LA SITUATION FINANCIERE DU CHU DE BREST	31
<i>Evolution des résultats d'exploitation</i>	31
<i>Situation financière du CHU de Brest à fin 2017</i>	32
4.2. ANALYSE DU PLAN D'EFFICIENCE DU CHU DE BREST SUR LA PERIODE 2018-2030.....	34
<i>Gains liés aux économies sur les charges</i>	35
<i>Gains liés aux nouvelles recettes</i>	37
4.3. ANALYSE DE LA TRAJECTOIRE FINANCIERE PLURIANNUELLE.....	38
<i>Compte de résultat prévisionnel : principaux indicateurs</i>	38
<i>Plan de financement de l'établissement</i>	39
<i>Analyse de la soutenabilité et des scénarii d'aides financières</i>	41
4.4. SYNTHÈSE	43
5. ELEMENTS CONCLUSIFS	44

1. Description du projet

Le projet qui fait l'objet de la contre-expertise concerne la restructuration du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Brest (La Cavale Blanche et Morvan) en partenariat avec l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Clermont-Tonnerre.

Il répond au calendrier de mise en place du projet médical tel que validé dans le protocole d'accord signé par le CHRU de Brest, l'Université de Bretagne Occidentale et le Service de Santé des Armées le 3 octobre 2016. Le protocole prévoit, en outre, la distribution de certaines activités entre le CHU et l'HIA avec :

- le renforcement en 2017 de l'offre de consultations externes de proximité sur le site de l'HIA avec la mise en place de consultations avancées par les praticiens du CHU ;
- le transfert sur le site de Morvan des activités de chirurgie ORL et ophtalmologique de l'HIA fin 2018 ;
- le transfert sur la Cavale Blanche des activités de chirurgie orthopédique et viscérale de l'HIA fin 2019 ;
- le transfert sur la Cavale Blanche de l'activité de réanimation de l'HIA fin 2022.

Ce projet s'inscrit également dans le cadre du schéma directeur du CHU de Brest (évalué à 480 M€ hors projet COPERMO) prévoyant notamment :

- le transfert de la cancérologie de l'hôpital de Morvan vers Cavale Blanche restructurant l'offre de soins avec la concrétisation d'une coopération public-privé permettant la création d'un site brestois unique de radiothérapie, l'Institut de Cancérologie de Bretagne Occidentale (ICBO) ;
- la réhabilitation du site de psychiatrie de Bohars et le regroupement des prises en charge de SSR sur un seul site ;
- la création d'un centre de médecine ambulatoire à la Cavale Blanche ;
- la reconstruction d'une partie des EHPAD ainsi que le long séjour du CHU.

Le périmètre examiné par le COPERMO représente un investissement de 172,5 M€ hors équipements (20 M€). Il est composé de :

- **Mises aux normes, modernisation de l'hôpital de la Cavale Blanche et réhabilitation de l'hôpital Morvan** pour un montant de 130,5 M€
 - obligations réglementaires et environnementales (37 M€) ;
 - requalification urbaine du site de Morvan (20 M€) avec démolitions de bâtiments ;
 - restructuration des bâtiments 4, 4 bis et 5 de Morvan (58,4 M€) qui accueillent aujourd'hui le pôle organe des sens et le pôle femme-mère-enfant (FME) ;
 - autres opérations à Cavale Blanche (15,1 M€).
- **Développement des coopérations sur le territoire** (GHT et ensemble hospitalier civil et militaire) pour un montant de 42 M€
 - construction d'une stérilisation et pharmacie centralisées (20,8 M€) ;
 - restructuration et extension des réanimations (21,2 M€), intégrant l'activité de réanimation polyvalente de l'HIA de dix lits, ce qui suppose une augmentation de capacité sur le CHU de huit lits comprenant :

- deux lits de réanimation médicale, deux lits de surveillance continue médicale ;
- deux lits de réanimation chirurgicale, deux lits de surveillance continue chirurgicale. La quote-part de coût des travaux à la charge de l'HIA est évaluée à 4,8 M€ dans le protocole.

L'éligibilité du projet a été validée par le COPERMO en janvier 2017 qui avait assorti sa décision de plusieurs recommandations s'articulant autour :

- du renforcement de la prise en charge ambulatoire compte tenu de l'attractivité du site Morvan en centre-ville et du rapprochement avec l'HIA articulée autour des urgences, consultations non programmées, consultations externes ;
- de l'optimisation du nombre de salles de blocs opératoires ;
- de la sécurisation de la trajectoire financière et de la réduction du PPI ;
- de la complétude du dossier avec le PTD du projet.

Le groupe technique, lors de sa séance du 5 janvier 2018, a constaté que les éléments d'information transmis afin de répondre aux recommandations formulées par le COPERMO du 31 janvier 2017 étaient suffisants pour engager la contre-expertise.

2. Offre territoriale de soins

2.1. L'inscription du CHRU dans l'offre territoriale de soins

Le centre hospitalier universitaire de Brest regroupe sept sites qui totalisent 2 472 lits et places.

En 2016, il a réalisé 119 630 séjours de médecine chirurgie et obstétrique, 5 693 séjours de soins de suite et réadaptation et 4 158 séjours de psychiatrie.

Il prend en charge 88 275 urgences et accueille 391 830 consultants.

L'effectif est de 5 591 personnels équivalents temps plein non médicaux et de 598 médecins seniors.

Avec un budget de 567 M€ et un budget d'investissement de 25,6 M€, il a dégagé un résultat de 944 k€ en 2016.

Avec 66 professeurs d'université, le CHRU de Brest se classe au 24^{ème} rang des CHU (sur 28). Il est 17^{ème} en matière de publications de recherche. Il a créé le groupement de recherche, innovation médicale de la Bretagne occidentale pour délocaliser des antennes de son centre d'investigation clinique dans trois centres hospitaliers.

En matière d'enseignement, l'implication du CHRU est également très tournée vers le territoire régional, tout particulièrement en santé publique.

Le CHRU de Brest s'est, depuis plusieurs années, engagé dans une coopération territoriale au travers du soutien à des établissements en difficulté, le développement d'activités médicales partagées et la constitution d'équipes médicales de territoire. A titre d'exemple, l'agence régionale de Santé indique que 18 % des praticiens du CHRU pratiquent un exercice partagé avec des établissements extérieurs.

Les établissements principaux du CHRU, Cavale Blanche et Morvan regroupent l'essentiel de l'activité MCO. Les centres hospitaliers de Landernau, Saint Renan et Lesneven sont sous la direction commune du CHU.

Le groupement hospitalier de territoire de Bretagne occidentale comprend les centres hospitaliers de Morlaix, Crozon et Lamneur ainsi que l'hôpital d'instruction des Armées (HIA). Un accord de coopération visant à l'optimisation des activités médicales des deux institutions a été signé entre celui-ci et le CHRU en 2016.

L'offre de soins brestoïse comprend le HIA-Clermont Tonnerre et les cliniques Pasteur, Grand Large et Kersaudren.

Le territoire de santé de Brest Carhaix Morlaix présente des indicateurs de santé dégradés : la mortalité prématurée évitable due à des conduites à risques est supérieure de 50 % à la moyenne nationale, la mortalité par cancer est la plus élevée de la région.

Le rôle du CHRU de Brest, compte tenu de l'éloignement du reste de la région, est très important en matière de santé publique sur son territoire.

2.2. Le projet de redimensionnement capacitaire est précisé dans les tableaux *infra*

La première hypothèse retenue est conforme au protocole du 3 octobre 2016 conclu avec l'hôpital d'instruction des Armées. Il permet une diminution de 165 lits et une augmentation de 23 places MCO. Il s'y ajoute une diminution de 66 lits SSR et psychiatrie et la création de 31 places SSR.

Tableau 1 : Projet de redimensionnement capacitaire du CHRU hors mutualisations avec l'HIA².

Evolution de la capacité globale de l'établissement (hors intégration HIA)						
Type d'activité	Capacité actuelle de l'établissement		Capacité après réalisation du projet		Ecart avant/après	
	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places
Médecine	512	70	433	91	-79	21
Chirurgie	253	41	189	41	-64	0
Obstétrique	74	3	58	3	-16	0
Réanimation	39	0	38	0	-1	0
Soins intensifs	49	0	52	0	3	0
Surveillance continue	19	0	15	0	-4	0
Néonatalogie	30	0	29	0	-1	0
Pédiatrie	38	5	32	7	-6	2
Lits UHCD	20	0	23	0	3	0
TOTAL MCO	1 034	119	869	142	-165	23
SSR	190	12	159	43	-31	31
USLD	152	0	152	0	0	0
Psychiatrie	235	172	200	172	-35	0
EPHAD	546	12	546	12	0	0
TOTAL	2 157	315	1 926	369	-231	54
	Nombre		Nombre		Ecart	
Salles de blocs	32		30		-2	
Salles d'imagerie	20		20		0	
TOTAL	52		50		-2	

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

² N'ont pas été comptabilisées les places en radiothérapie ainsi qu'en caisson hyperbare.

La dernière hypothèse retenue intègre le regroupement avec l'hôpital d'instruction des Armées. Elle aboutit globalement à ajouter 26 lits et 5 places au projet précédent.

Tableau 2 : Redimensionnement capacitaire du CHRU, en intégrant les activités HIA

Evolution de la capacité globale de l'établissement (hors intégration HIA)							Evolution de la capacité globale de l'établissement avec intégration HIA					
Type d'activité *	Capacité actuelle de l'établissement		Capacité après réalisation du projet		Ecart avant/après		Capacité après réalisation du projet HIA		Ecart avant/après intégration HIA		Ecart Total avant/après	
	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places
Médecine	512	70	433	91	-79	21	433	91	0	0	-79	21
Chirurgie	253	41	189	41	-64	0	207	46	18	5	-46	5
Obstétrique	74	3	58	3	-16	0	58	3	0	0	-16	0
Réanimation	39	0	38	0	-1	0	46	0	8	0	7	0
Soins intensifs	49	0	52	0	3	0	52	0	0	0	3	0
Surveillance continue	19	0	15	0	-4	0	15	0	0	0	-4	0
Néonatalogie	30	0	29	0	-1	0	29	0	0	0	-1	0
Pédiatrie	38	5	32	7	-6	2	32	7	0	0	-6	2
Lits UHCD	20	0	23	0	3	0	23	0	0	0	3	0
TOTAL MCO	1 034	119	869	142	-165	23	895	147	26	5	-139	28
SSR	190	12	159	43	-31	31	159	43	0	0	-31	31
USLD	152	0	152	0	0	0	152	0	0	0	0	0
Psychiatrie	235	172	200	172	-35	0	200	172	0	0	-35	0
EPHAD	546	12	546	12	0	0	546	12	0	0	0	0
TOTAL	2 157	315	1 926	369	-231	54	1 952	374	26	5	-205	59

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS

La situation à la fin du projet est décrite dans le tableau *infra*. Elle aboutit à laisser ouvert un établissement de 78 lits et de 6 places MCO sur un ensemble de 973 lits et 153 places au total.

Tableau 3 : Synthèse des réductions capacitaires MCO sur le périmètre de l'offre publique brestoise

Evolution de la capacité globale MCO CHRU/HIA - 2015 à 2029										
Type d'activité	Capacité actuelle de l'établissement		Transfert de capacité (Chirurgie et Soins critiques)		Evolution capacitaire		Capacité après réalisation du projet HIA (protocole du 3 octobre 2016)		Ecart avant/après	
	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de lits	Nombre de places
CHRU - MCO	1 034	119	26	5	-165	23	895	147	-139	28
HIA - MCO	160	16	-26	-5	-56	-5	78	6	-82	-10
TOTAL MCO	1 194	135	0	0	-221	18	973	153	-221	18

Source : rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS

L'action du centre hospitalo-universitaire de Brest est essentielle dans la conduite de la politique de santé publique de l'ouest de la Bretagne. Ses coopérations avec les autres acteurs de santé locaux sont probablement à renforcer et à développer. Le projet présenté, s'il est indispensable à la poursuite des activités hospitalières, n'a cependant pas d'influence sur ce positionnement, sauf pour ce qui concerne le projet pharmacie stérilisation.

La situation capacitaire telle qu'elle est présentée dans ce dossier reste non aboutie. En effet, conserver en fonctionnement un établissement de 78 lits ne peut être validé en l'état. La cohérence globale du projet en souffre, d'autant qu'il s'étale sur presque dix ans.

Toute solution qui permettrait une coopération, préservant les contraintes spécifiques de l'hôpital d'instruction des armées, sur l'un des deux sites du CHU sera à favoriser. Il faudra probablement une aide extérieure, DGOS ou ARS pour favoriser le dialogue entre l'hôpital d'instruction des armées et le centre hospitalo-universitaire.

3. Analyse du projet

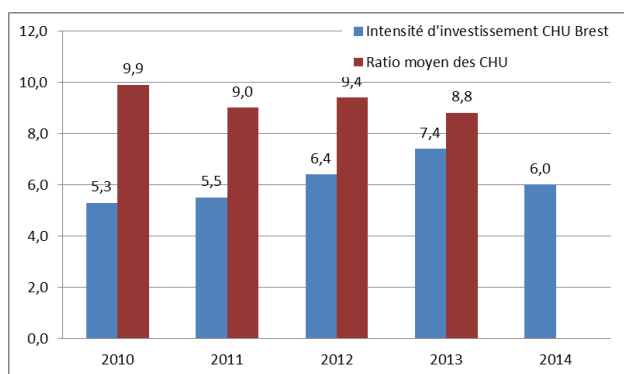
3.1. Schéma directeur et projet médical

La contre-expertise note que la politique d'investissement du CHRU de Brest a été marquée par l'absence d'opérations majeures depuis 20 ans, ce qui correspond à l'ouverture de l'hôpital de La Cavale Blanche en 1996.

Le taux moyen d'intensité de l'investissement confirme ce retard, avec un écart défavorable par rapport à la moyenne des CHU.

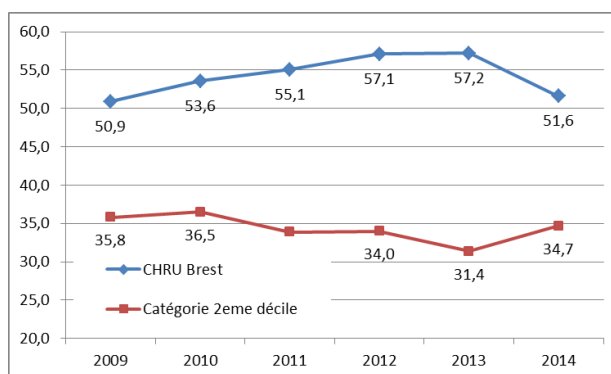
Figure 1 : intensité des investissements du CHRU de Brest comparée aux autres CHU et taux de vétusté du bâti au CHRU de Brest

Intensité Investissement CHRU Brest vs moyenne des CHU



Source : Base de données Inter CHU

Taux de vétusté du bâti au CHRU Brest 2009-2014



Source : Hospidiag

Le taux de vétusté du bâti marque un écart de 17 points par rapport au 2^{ème} décile des CHU.

La contre-expertise note que le prolongement de cette situation pourrait créer un risque de décrochage en termes de parts de marché. A ce titre, l'établissement cite plusieurs éléments de justification : des conditions d'accueil préoccupantes, la qualité de soins, la responsabilité (amiante : l'établissement est mis en examen par le pôle santé publique du TGI de Paris), l'efficacité.

La contre-expertise note l'affirmation de l'établissement comme quoi l'organisation des sites du CHRU et surtout la conception architecturale et l'état des bâtiments actuels ne sont plus en mesure de répondre aux ambitions du projet médical.

Toutefois, cette affirmation ne pourrait être confirmée qu'à l'étude des plans et organisations fonctionnelles actuelles et futures.

La contre-expertise prend note que le développement d'une médecine plus personnalisée et tournée vers l'ambulatoire ne peut être rendu possible que par la réhabilitation du site de

Morvan, situé en centre-ville brestois. Cette réhabilitation visera notamment l'amélioration des conditions hôtelières d'accueil et d'accessibilité des locaux et de regroupement sur le site des activités ORL et ophtalmologique. La contre-expertise souscrit pleinement à cette volonté de développement des activités ambulatoires en centre-ville.

Sur le site de la Cavale Blanche, la volonté affirmée du projet médical de développer l'ambulatoire va se concrétiser par l'unité de chirurgie et le centre de médecine ambulatoires qui permettront de regrouper autour du patient, en une seule journée, toutes les disciplines que sa pathologie exige.

L'adaptation des SSR aux besoins du territoire et au virage ambulatoire constitue également une priorité du projet médical par le développement de l'hôpital de jour.

Sur ces propositions, la contre-expertise note que l'établissement semble avoir pris le parti de développer une offre ambulatoire sur les deux sites, Morvan et Cavale Blanche. A ce titre il est exposé dans l'analyse que des secteurs ambulatoires médicaux et chirurgicaux font l'objet d'opérations engagées, voire livrées, sur le site de Cavale Blanche.

La présentation d'un schéma clair de développement des activités ambulatoires aurait été la bienvenue. Il est en effet fort probable que cette activité ambulatoire soit présente sur l'HIA (pneumologie, dermatologie, cardiologie, médecine interne). Enfin, la segmentation entre activités ambulatoires médicales hors cancérologie et dédiées cancérologie auraient mérité une description plus détaillée.

La contre-expertise note que le projet faisant l'objet de l'évaluation socio-économique, même s'il est structurant, est en fait, un sous-ensemble du projet d'établissement et du projet de groupement hospitalier de territoire (GHT) de Bretagne Occidentale.

La contre-expertise note que le schéma directeur qui a été adopté en 2016 par le Conseil de surveillance du CHRU de Brest poursuit deux objectifs :

- Objectif 1 : Amplifier l'engagement territorial du CHRU en éliminant les doublons d'activités

De ce fait, le projet d'investissement présenté ne concentre pas tous les investissements en un seul point. Le projet est mis au service du projet territorial en visant à mieux répartir les activités au sein du GHT.

- La réanimation de l'HIA Clermont-Tonnerre est regroupée sur le site de la Cavale Blanche. Les quatre réanimations de l'hôpital de la Cavale Blanche sont regroupées en une même unité.
- Les chirurgies ORL et Ophtalmologique de HIA rejoignent les activités équivalentes de l'hôpital Morvan.
- Les chirurgies orthopédiques et traumatologiques, la chirurgie viscérale et digestive de HIA rejoignent les activités équivalentes de l'hôpital de La Cavale Blanche.
- La pharmacie et la stérilisation de l'hôpital Morvan rejoignent la pharmacie et la stérilisation de l'hôpital de la Cavale Blanche.
- Les conditions d'une reprise de la pharmacie et du laboratoire de l'HIA par les fonctions supports de la Cavale Blanche sont créées (évolution souhaitée par le Service de Santé des Armées).

- L'Institut de cancérologie et d'hématologie de l'hôpital de Morvan est transféré à l'hôpital de La Cavale Blanche en y intégrant la radiothérapie privée (projet hors COPERMO).

- Objectif 2 : Préserver les professionnels en retenant le scénario le moins coûteux

Alors que le bassin de santé de Brest est démographiquement peu dynamique, il a été jugé important par la gouvernance du CHRU de ne pas faire peser une contrainte déraisonnable sur les professionnels qui se traduirait de ce fait par une dégradation de la qualité des soins.

La contre-expertise prend note de ces options. Elle se doit néanmoins de formuler que le meilleur moyen d'éviter les doublons reste la concentration, à titre d'exemples :

- La chirurgie qui va rester sur le site de Morvan requiert, en particulier l'ORL, le recours aux lits chauds³ ; par ailleurs une part non négligeable du recrutement ORL se fait par le biais des urgences qui seront hors site ;
- L'ORL voit également une part importante de son activité réalisée en cancérologie laquelle sera regroupée sur la Cavale Blanche ;
- Le maintien d'une double urgence n'est pas évoquée sauf dans une opération ultérieure ; Sur les trois sites il sera naturellement maintenu les fonctions médico-techniques : imagerie pharmacie et laboratoires (les trois sites requièrent par exemple une activité d'urgence laquelle conduira à dupliquer des modalités de radiologie et de biologie médicale et d'anatomopathologie).

La contre-expertise ne peut valider l'efficience du dispositif présenté, en particulier, pour ce qui est de l'activité médico-technique et ne peut valider de fait, l'affirmation de suppression des doublons.

La contre-expertise note l'affirmation que : de façon à assurer une maîtrise des coûts dans la phase de réalisation des opérations, le choix délibéré a été fait de privilégier la conception-réalisation (ou tout mode de construction équivalent) qui permet de garantir coûts et délais.

La contre-expertise confirme que pourtant, seule, une opération parmi celles présentées sera réalisée en conception réalisation. Elle ne représente que 23 % du montant financier total.

3.2. Les scénarios alternatifs

La contre-expertise a pris note des scénarios alternatifs étudiés et écartés.

Le scénario du regroupement des activités MCO sur la Cavale Blanche, a été écarté pour les raisons suivantes :

- L'hôpital de La Cavale Blanche dispose de peu de réserves foncières ; la contre-expertise, au travers le document joint ci-dessus nuance cette affirmation. Il semble, en effet, que la densité immobilière y soit assez inférieure à celle du centre-ville.
- Le site est actuellement saturé par les flux de patients qui sont les siens.

³ Sont désignés ici les lits des patients qui imposent un suivi important dans les services soins intensifs réanimation, surveillance continue.

Figure 2 : Photographie aérienne du site de la Cavale Blanche



Source : Internet via Google Earth

La contre-expertise note l'affirmation non étayée du regroupement du MCO sur l'hôpital de La Cavale Blanche qui ne dégage pas de gains logistiques importants. **Un détail aurait pu être fourni notamment sur les fonctions médico-techniques.**

La contre-expertise note qu'un second scénario alternatif correspondant au transfert de deux pôles de court séjour de l'hôpital Morvan a également été étudié (cancérologie et FME (Femme-mère-enfant)). Il a été écarté pour deux raisons :

- la volonté de maintenir en centre-ville les activités FME,
- la volonté de regroupement de la cancérologie.

La contre-expertise partage les éléments d'explication concernant le pôle FME. En revanche le regroupement de la cancérologie tel qu'il est affirmé ne sera pas effectif.

La contre-expertise prend note que la solution proposée au COPERMO s'est imposée comme la moins coûteuse.

La contre-expertise note que le rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS semble décrire au moins pour partie d'autres scénarios étudiés :

- Scénario de mise aux normes des bâtiments existants ;
- Scénario de reconstruction globale des prises en charge MCO sur un nouveau site ;
- Scénario de transfert des pôles FME (Femme-mère-enfant) et ODS (Organes des sens) sur le site de La Cavale Blanche.

Au moins deux de ces scénarios sont complémentaires à ceux décrits préalablement.

Les argumentaires pour ces trois scénarios étaient les suivants :

Le scénario 1 : mise aux normes des bâtiments existants

Il vise à mettre aux normes techniques et fonctionnelles les bâtiments existants. En plus des opérations de mise aux normes réglementaires, il intègre l'extension de la réanimation et la construction de la pharmacie-stérilisation.

- *Avantages :*

- Ce scénario permet des gains d'exploitation en lien avec le GHT pour la pharmacie – stérilisation ;
- L'investissement s'avère limité pour le CHRU.

- *Inconvénients :*

- Ne permet pas une restructuration complète des activités ODS et FME des bâtiments 4 et 5 de Morvan,
- En conséquence, un décrochage stratégique du CHU qui conduira à une perte d'attractivité et d'activité avec une évaluation à hauteur, à partir de 2029, d'une baisse annuelle récurrente de 16 M€ de recettes par rapport au scénario COPERMO.

Le scénario 2 : reconstruction globale des prises en charge MCO sur un nouveau site

Le scénario 2 a étudié la reconstruction à neuf de l'ensemble des activités MCO du CHRU sur un nouveau site unique.

- *Avantages :*

- Construction d'un hôpital moderne, économe, efficient ;
- Permet de rassembler les différents chantiers anesthésiques ;
- Permet de s'affranchir des travaux de requalification urbaine de Morvan ;
- Permet de s'affranchir des surcoûts de gestion dus aux deux sites principaux.

La contre-expertise note l'affirmation de l'établissement du surcoût lié à la gestion des deux sites principaux.

- *Inconvénients :*

- Investissement élevé dans un bassin de santé dont la croissance s'avère très modérée ;
- Ne permet pas d'amortir la construction de La Cavale ni les opérations en cours ;
- Ne permet pas d'amortir les constructions les plus récentes de Morvan ;
- Valorisation difficile du site de la Cavale Blanche ;
- Valorisation difficile du site de Morvan ;
- Dans l'attente d'une cession des sites actuels, les coûts de maintenance seront portés par l'établissement ;
- Retarde l'opération pharmacie stérilisation.

Le scénario 3 : transfert des pôles activités MCO sur le site de la Cavale Blanche.

Le scénario 3 a étudié la relocalisation des activités MCO de Morvan sur le site de la Cavale Blanche.

- Avantages :

- Regroupement des activités court séjour (un seul site d'urgences, mutualisation possible de plateau technique) ;
- Permet de s'affranchir des travaux de requalification urbaine de Morvan.

La contre-expertise note qu'un site d'urgences adultes persistera donc sur le site de Morvan.

- Inconvénients :

- Le transfert de la totalité du court séjour revient à doubler l'activité du site de La Cavale Blanche, alors que ce site est déjà contraint. L'étude n'a par ailleurs pas démontré de gain logistique important.

Selon les informations données par l'établissement (réponses aux questions 15 et 16) l'activité actuelle des deux établissements s'établit comme suit respectivement pour Cavale Blanche et Morvan :

Tableau 4 : Activité MCO Cavale Blanche & Morvan

	Capacité actuelle de l'établissement		Nb de journées actuelles	
	Nombre de lits	Nombre de place	Hospitalisation complète	Ambulatoire
Cavale Blanche	644	73	203 889	21 844
Morvan	255	46	74 487	45 399

Source : Eléments complémentaires au dossier d'évaluation socio-économique apportés par l'ARS

Ces chiffres indiquent que l'activité de Morvan représente 50 % de celle de Cavale Blanche. Il apparaît donc difficile d'admettre un doublement comme l'affirme l'établissement en cas de regroupement sur un seul site :

- les flux véhicules générés par le regroupement de ces activités nécessiteraient d'une part la construction de parkings et l'amélioration de ses infrastructures d'accès ;
- une livraison à un horizon 2025-2026 nécessitera pour le CHRU de réaliser dans l'intervalle certaines opérations réglementaires présentées au dossier ;
- les contraintes de sites de La Cavale Blanche impliquent de créer un bâtiment ODS et un bâtiment FME dissociés et intégrant chacun un bloc opératoire ;
- ne permet pas de valoriser les investissements récents de Morvan.

La contre-expertise note que suite à la décision d'éligibilité du COPERMO, conformément à la recommandation n°1 (« Dans la continuité du rapprochement avec l'HIA, l'établissement devait étudier un renforcement de la prise en charge ambulatoire, compte-tenu de l'attractivité du site de Morvan en centre-ville, articulée autour des urgences/consultations non programmées/actes et

consultations externes. »), un scénario de densification du site de l'Hôpital Morvan a donc été instruit.

Lors de la conférence téléphonique CHRU/ARS/DGOS du 6 juin 2017, la DGOS a souhaité « que le CHRU poursuive ses réflexions s'agissant de la répartition des flux entre le site de la Cavale Blanche et le site de Morvan afin de densifier au maximum le site de Morvan. Il s'agit pour le CHRU d'étudier :

- le renforcement des consultations sur Morvan, en tirant au maximum profit de son emplacement privilégié en centre-ville ;
- le transfert de certaines consultations de la Cavale Blanche à Morvan.

Le CHRU a examiné l'hypothèse de renforcement des consultations sur l'hôpital Morvan par le transfert de certaines consultations de La Cavale Blanche.

La contre-expertise note qu'en synthèse l'hypothèse de renforcement du site de l'hôpital Morvan par apport d'activités de consultations externes de La Cavale Blanche pose un problème d'acceptabilité médicale. Elle apparaît également facteur d'inefficience dans la mesure où elle oblige à recréer des doublons.

La contre-expertise, sur la base des documents ci-dessous, note l'absence d'urgences sur le site de Morvan ainsi que l'absence de biologie ce qui semble difficile à admettre. Par ailleurs, le dispositif d'imagerie non décrit est probablement également en partie redondant. Les informations données par l'établissement dans les scénarios alternatifs contredisent d'ailleurs l'affirmation de site unique d'urgences sur Cavale Blanche.

A ce stade de l'analyse, la contre-expertise regrette qu'un scénario, proche de celui demandé par la DGOS n'ait pas été réfléchi autour de :

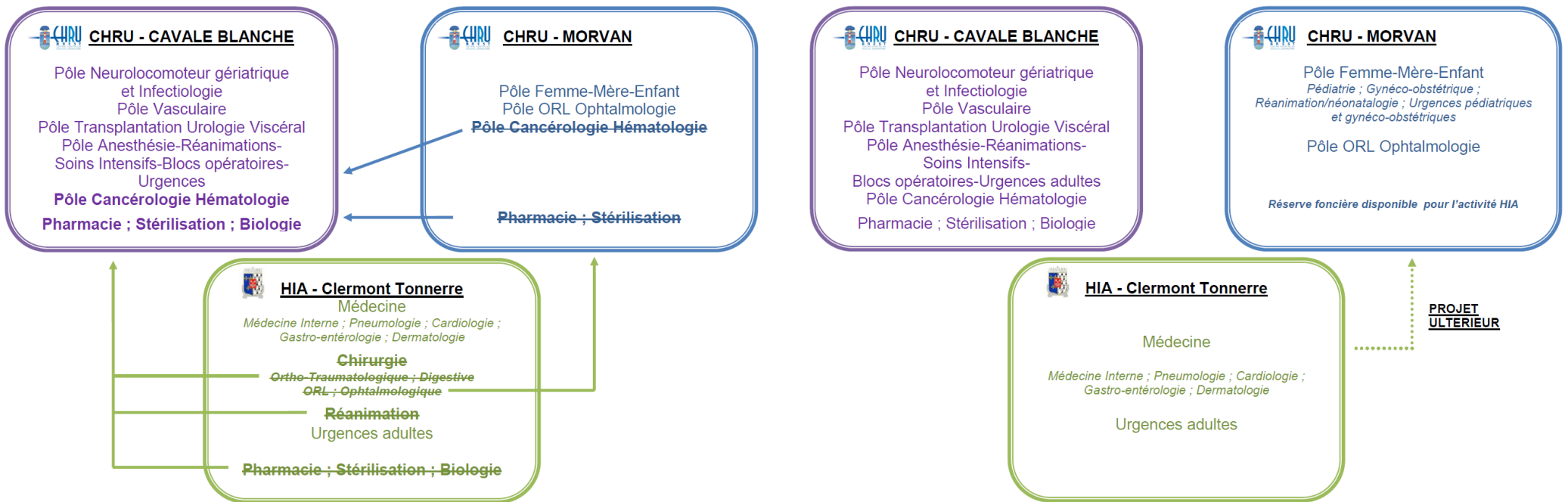
- la suppression du site HIA ;
- le maintien sur le site de Morvan, de l'activité FME, le regroupement de la plus grande part de chirurgie ambulatoire et de consultations et ou de soins externes associés à une maison de santé (circuit court d'un secteur d'urgence traditionnel) ;
- la contre-expertise rejoint l'appréciation portée par l'établissement sur la nécessaire création de doublons dès lors que toutes les consultations seraient regroupées sur Morvan. En l'occurrence dans l'hypothèse suggérée par la contre-expertise, il s'agirait de ne positionner sur Morvan que les consultations sans liens directs avec le plateau technique froid (explorations) : certaines consultations de médecine, anesthésie, douleur etc.

Cette proposition aurait pour mérite une suppression plus importante de doublons cliniques et médico-techniques. La manière dont l'établissement a traduit la demande de la DGOS ne pouvait conduire qu'à un refus de la communauté médicale.

Figure 3 : Récapitulatif schématique des sites de court-séjour brestois

Situation actuelle

Situation 2020



Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

3.3. Les opérations, nature, indicateurs, ordonnancement

La contre-expertise note que le périmètre du projet COPERMO ne couvre pas tous les investissements du CHRU Brest, en particulier ceux déjà engagés pour mettre en œuvre le projet médical et organisationnel en cours.

La contre-expertise note que trois niveaux de réalisation de ce schéma directeur peuvent être identifiés :

- Les principales opérations de restructuration/reconstruction : périmètre présenté au COPERMO et détaillé ci-après ;
- Le volet de restructuration de l'offre de soins en Cancérologie, qui fait l'objet d'un accompagnement par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne ;
- Les autres opérations structurantes.

La contre-expertise note que le périmètre définitif présenté au COPERMO, correspondant aux opérations du champ MCO, représente un investissement de 172,50 M€ :

- Obligations réglementaires et environnementales	37	M€
- Requalification urbaine Morvan	20	M€
- Restructuration bâtiments 5 4 et 4b Morvan	58,4	M€
- Postes techniques Cavale Blanche	5	M€
- Autres opérations Cavale Blanche	10,1	M€
- Stérilisation et Pharmacie Cavale Blanche	20,8	M€
- Restructuration et extension des réa Cavale Blanche	21,2	M€

La contre-expertise note que seule l'opération Stérilisation et Pharmacie peut faire l'objet d'un contrôle réel avec les outils ANAP (opération neuve).

La contre-expertise constate que toutes les opérations, incluses ou en dehors du périmètre COPERMO sont intégrées au PGFP et la simulation de plan de financement, aidé et non aidé, comprend bien l'ensemble des investissements prévus sur la période.

La contre-expertise note les éléments de la mise aux normes réglementaires et environnementales proposés dans l'opération A1 multi-sites.

L'ensemble des opérations visées ici concerne la mise aux normes réglementaires et environnementales des installations des différents sites hospitaliers du CHRU, tout particulièrement des hôpitaux Morvan, La Cavale Blanche, Bohars, à savoir notamment :

- Mise en conformité réglementaire Amiante et plomb ;
- Mise en conformité ICPE ;
- Traitement des effluents ;
- Prévention des légionnelles ;
- Gestion du risque radon ;
- Bilan environnemental GES8 ;
- Remplacement des systèmes de sécurité incendie ;

- Travaux de mise en accessibilité handicapés des intérieurs et extérieurs des bâtiments ERP9 ;
- Mise en conformité des traitements d'air des blocs ;
- Mise en conformité et fiabilisation des dispositifs de secours électrique ;
- Obligations réglementaires liées à la qualité de l'air intérieur dans les ERP.

Il apparait à la contre-expertise que certaines de ces mises aux normes pouvaient entrer dans le cadre d'un financement par la marge brute minimale de 3 % de l'établissement. Cette situation semble avoir été prise en compte dans le montant du taux d'accompagnement.

Comme précisé plus haut, les indicateurs financiers ne peuvent être confirmés par la contre-expertise sachant que certains d'entre eux sont toujours en cours d'études (document ARS 113/162).

La contre-expertise a pris note de la nature de l'opération de requalification urbaine de l'hôpital Morvan.

Le détail qui est donné des secteurs fonctionnels du site fait état des éléments de programme hospitalier suivant autour d'un plateau technique complet avec notamment :

- les urgences relevant de ces spécialités ;
- des laboratoires hospitalo-universitaires, l'imagerie médicale, les explorations fonctionnelles.

L'opération s'appuie sur une étude d'urbanisme réalisée au premier semestre 2015, la requalification urbaine de l'hôpital Morvan vise à revaloriser les espaces extérieurs du site. Elle a pour objectifs essentiels, tout en conservant le fonctionnement autonome hospitalier :

- d'ouvrir le site sur la ville ;
- de repenser les modes de déplacement et de stationnement, de valoriser les espaces extérieurs ;
- de repenser la signalétique et la mise en lumière ;
- de démolir des bâtiments à la qualité architecturale, fonctionnelle et urbaine médiocres.

Cette requalification urbaine utilise les démolitions de bâtiments comme des leviers de restructuration d'îlot, rythmant le phasage des travaux de requalification des espaces publics (intégrant le désamiantage et la démolition des bâtiments 2bis, 6, 7 et 12 ; le bâtiment 3bis ayant été démoli au 1er semestre 2015).

Les coûts de cette opération ne peuvent être réellement confirmés par les outils ANAP.

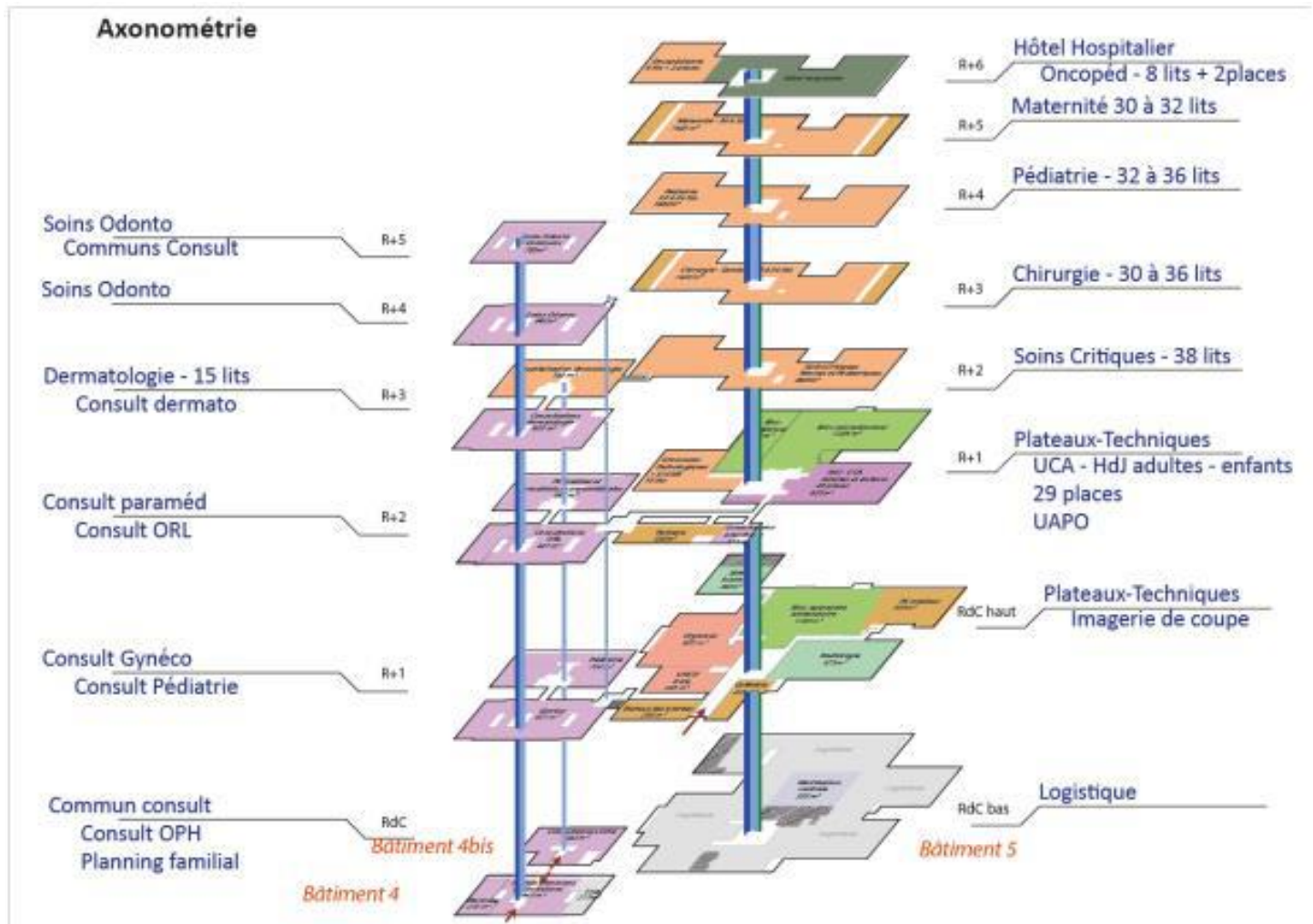
La contre-expertise suggère de n'engager cette opération que dès lors que le taux de marge brute de l'établissement sera conforme aux attentes *a minima* pour les éléments non impératifs en première intention.

La contre-expertise suggère que cette opération de requalification urbaine pouvait probablement trouver tout ou partie de son financement au travers une ou plusieurs opérations de promotion immobilière et/ou par bail emphytéotique (cf. préconisations du guide ANAP).

La contre-expertise prend note que les pôles cliniques de l'hôpital Morvan, site historique, n'ont fait l'objet que de peu de travaux sur les 20 dernières années à l'exception des extensions neuves des bâtiments 4bis et 5bis. La restructuration des bâtiments, qui hébergent le pôle Femme-Mère-

Enfant (bâtiment 5) et le pôle Organe Des Sens (bâtiment 4), sont devenues nécessaires pour l'accueil de la patientèle dans les standards actuels (sanitaires dans la chambre, possibilité d'héberger les parents à côté de leur enfant hospitalisé par exemple).

Figure 4 : MORVAN (bâtiments 4, 4bis, 5) - Situation projetée



Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable p. 99

La contre-expertise note cependant qu'il semble que le bâtiment 4 Bis dont la livraison date de 2012 fasse partie des bâtiments à restructurer dans l'opération A4.

La contre-expertise note que le CHU a fait le choix d'une logique de plateau d'hospitalisation par type de prise en charge (bâtiment A5).

Cette restructuration est essentielle pour la poursuite du virage ambulatoire de l'hôpital Morvan avec la réalisation de plateaux dédiés :

- service de chirurgie conventionnelle ;
- service de chirurgie ambulatoire.

La contre-expertise nuance l'appellation plateaux d'hospitalisation. Cette appellation est en général utilisée pour des ensembles *a minima* de 90 lits. En l'occurrence et cela se vérifie pp. 99/192 du document de l'ARS, chaque plateau sera composé au maximum de 36 lits. Il est par ailleurs noté dans ce même document pp. 89/192 que chaque plateau présente une capacité de 40 à 45 lits créant ainsi une certaine incohérence dans le raisonnement.

La contre-expertise note que la restructuration des bâtiments permet d'envisager un regroupement des consultations dans un bâtiment dédié (bâtiment 4) avec un accueil commun à l'ensemble des plateaux de consultations ainsi que des espaces adaptés et modernisés.

La contre-expertise note que la restructuration du bâtiment 5 (opération A.3) s'articule dans une double logique de mise aux normes techniques et de qualité de prise en charge :

- une opération de mise aux normes techniques et aux standards hôteliers. A ce titre, la contre-expertise, pense pour ce qui du désenfumage que le scénario prévoyant une réalisation par niveau n'est probablement pas la plus rationnelle ;
- une restructuration innovante pour améliorer la qualité de la prise en charge dans un contexte très concurrentiel notamment pour ce qui est de la maternité.

La contre-expertise partage entièrement la volonté de maintien en centre-ville des activités de maternité de niveau III, de réanimation néonatale, de néonatalogie. Le positionnement du CHU dans la prise en charge de réanimation néo-natale et de néonatalogie en adoptant, dès 1998, le Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement (NIDCAP) est avéré.

Naturellement, fort de cette expérience, le CHRU entend décliner sa restructuration de manière innovante dans le respect du programme européen avec pour objectifs de :

- renforcer le rôle essentiel des parents dans la prise en charge de leur enfant ;
- valoriser les prises en charge renforçant les liens Ville-Hôpital (projet d'HAD pédiatrique) ;
- concevoir des plateaux basés sur les parcours et non plus sur les parcours de soins (dont le parcours des soins pédiatriques urgents).

La contre-expertise note que l'opération A.4 (restructuration du bâtiment 4) est dédiée au regroupement des consultations externes (22,30 M€). Elle en valide le principe général.

L'objet de la restructuration est également de permettre les mises aux normes techniques et aux standards fonctionnels. Cette restructuration permet également la destruction de l'un des bâtiments vétustes du site de Morvan, le bâtiment 6, qui accueille aujourd'hui les soins dentaires. Elle contribue donc à l'urbanisation du site de Morvan tout en permettant d'économiser les charges de ce bâtiment.

La contre-expertise note que les deux opérations A3 et A4 ont un calendrier prévisionnel qui selon les documents (programme doc n°36 ou rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS) aboutit en 2026 ou 2028. Selon le phasage donné dans le doc n°36 page 48, et les délais qui y figurent, la livraison semblerait devoir s'effectuer fin 2029, ce qui justifierait d'ailleurs les décaissements jusque mi 2030 (doc Ars 121/162).

Il est fort probable que le schéma proposé soit percuté par un schéma définitif soit avec la fermeture de l'HIA soit dans une logique GHT.

La contre-expertise note que l'opération A.5 correspond à la modernisation de postes techniques liées à la modernisation du site de La Cavale Blanche (5 M€).

La modernisation de l'hôpital de La Cavale Blanche implique un certain nombre d'opérations d'aménagement et de renouvellement d'infrastructures techniques (ouverture en 1996) :

- sécurisation des réseaux d'alimentation du site : eau, froid, électricité, informatique ;
- renouvellement d'équipements techniques : centrales de traitement d'air, groupes froid, postes électriques ;
- renouvellement du clos couvert des bâtiments MCO : toiture terrasse, menuiseries extérieures, ravalement.

Cette opération n'entre dans le champ des outils d'évaluation de l'ANAP. Néanmoins, ce chiffre, à l'échelle de la Cavale Blanche paraît justifié (68 000 m² - 83 €/m²).

La contre-expertise note que l'Opération A.6 correspond à des aménagements extérieurs liés à la modernisation du site de La Cavale Blanche (10,10 M€) ; ils correspondent à :

- aménagement d'aires de stationnement de surface ;
- divers aménagements de voiries dont l'entrée principale.

Aucun détail quantitatif n'a été communiqué.

La contre-expertise note que l'opération B.1 correspond à la réalisation d'une pharmacie et une stérilisation centralisées à l'hôpital de La Cavale Blanche, vecteur d'efficience pour le CHRU et structurante pour le territoire (20,80 M€).

Le projet vise à regrouper, dans un unique bâtiment situé sur le site de l'hôpital de La Cavale Blanche, l'ensemble des activités de pharmacie et de stérilisation. Il a pour objectif premier d'améliorer la qualité des prestations pharmaceutiques et de stérilisation rendues aux utilisateurs.

Ce projet s'inscrit dans la perspective d'une politique pharmaceutique visant à accompagner les enjeux et à répondre aux besoins définis par le projet médical partagé du GHT.

La contre-expertise valide les chiffres de l'établissement en matière de surface (6 000 m²) selon le tableau ci-dessous laquelle est conforme au attendu des outils ANAP lesquels ont servi au dimensionnement. Sur l'aspect financier, on reste en fourchette haute des ratios sachant que cette opération s'exécutera en conception construction.

Les schémas fonctionnels fournis tant pour la pharmacie que pour la stérilisation sont conformes à l'état de l'art.

Tableau 5 : Dimensionnement Pharmacie Stérilisation au regard des référentiels ANAP

B2 Pharmacie Stérilisation		Dimensionnement Aelipce (m ²)		Dimensionnement CHU (m ²)	Ecart Dimensionnement
Pharmacie		3 585		3 184	- 11 %
Pharmacotechnie	Hors Aelipce	535		535	
Stérilisation		1 600		1 588	- 1 %
Total SDO Secteurs		5 720		5 307	- 7 %
Locaux techniques	7 %	400	7 %	345	- 14 %
Circulations générales	5 %	306	5 %	282	- 8 %
TOTAL SDO		6 426		5 934	- 8 %

Source : D'après tableau du rapport d'évaluation socio-économique préalable p.94

La contre-expertise note que le protocole d'accord signé le 3 octobre 2016 par le CHRU de Brest, l'Université de Bretagne Occidentale (UBO) et le Service de Santé des Armées (SSA) a donné naissance au premier « Ensemble hospitalier civil et militaire » constitué dans le contexte de la réorganisation de l'offre hospitalière du Service de Santé des Armées (modèle SSA 2020).

Ce protocole prévoit la redistribution de certaines activités entre le CHRU et l'HIA, dont :

- le transfert sur le site de l'hôpital de La Cavale Blanche des activités de chirurgie orthopédique et viscérale de l'HIA à fin 2019 ;
- le transfert sur le site de l'hôpital de La Cavale Blanche de l'activité de réanimation de l'HIA à fin 2022.

La contre-expertise note que les trois objectifs de l'opération sur les soins critiques sont :

- intégrer l'activité de réanimation polyvalente de l'HIA, ce qui suppose une augmentation de capacité sur le CHRU comprenant :
 - o des lits de réanimation médicale et de surveillance continue médicale ;
 - o des lits de réanimation chirurgicale et des lits de surveillance continue chirurgicale.
- mettre aux normes et renforcer l'activité de surveillance continue du CHRU ;
- regrouper sur un même plateau technique les unités relevant des soins critiques chirurgicaux de l'établissement, réanimation chirurgicale (REA CHIR), soins intensifs de neurochirurgie (SI NCH), réanimation chirurgie cardiaque, thoracique, vasculaire (REA CCTV), sous la forme de trois unités fonctionnelles :
 - o réanimation CCTV : 8 lits ;
 - o réanimation Chirurgicale : 19 lits ;
 - o unité de Surveillance Continue Chirurgicale : 17 lits.

La contre-expertise valide le choix fait par l'établissement en matière de regroupement de lits chauds. La contre-expertise note cependant deux éléments :

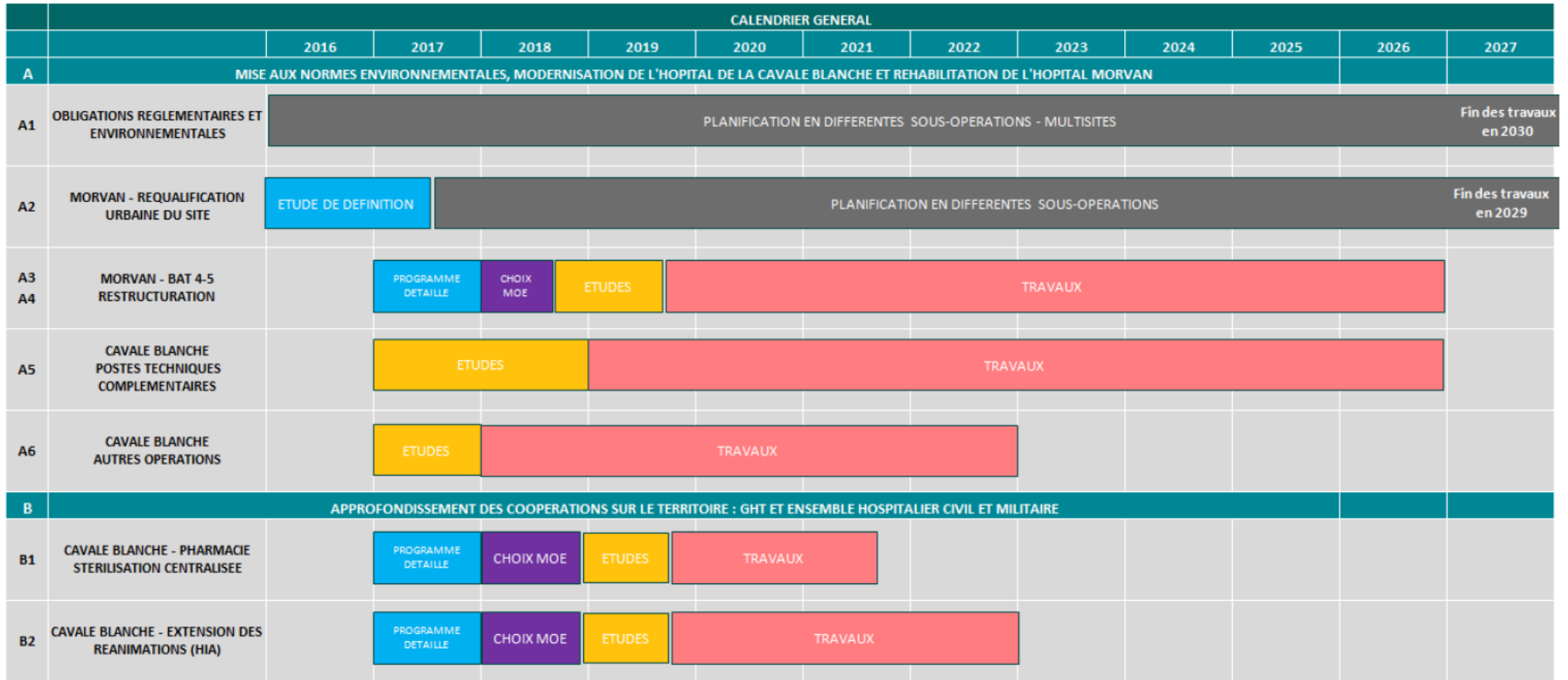
- la présence de lits de réanimation (2) et de surveillance continue (5) sur le site de Morvan en écart avec les recommandations ; cette situation confirme le regroupement partiel de certaines fonctions hospitalières ;
- les ensembles de lits chauds sur le site de Cavale Blanche sont légèrement en écart avec les recommandations en termes de nombres.

Au vu des chiffres d'activité qui ont été donnés (réponses aux questions 15 et 16) le dimensionnement est cependant tout à fait adapté avec un taux d'occupation de 95 %.

La contre-expertise valide le caractère dissociable des opérations du projet et des modalités de continuité de fonctionnement de l'établissement, notamment en cas de restructuration.

Le planning repris ci-dessous communiqué par l'établissement est en ce sens conforme.

Figure 5 : Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet



Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS p.40

La contre-expertise confirme que ces opérations constituent 4 sous-ensembles cohérents autour des sites :

- cohérences médicale (A3 A4) et urbanistique et techniques (A1 A2) pour l'Hôpital Morvan ;
- cohérences médicale (B1 B2) et urbanistique et techniques (A1 A5 A6) pour l'Hôpital Morvan.

La contre-expertise confirme que le phasage proposé permet la continuité de fonctionnement sans réduction d'activité.

La contre-expertise confirme globalement le choix du maître d'ouvrage des procédures retenues :

- opération A1- Obligations réglementaires en procédure MOP classique ;
- opérations A2 – Morvan – Requalification urbaine du site en procédure MOP classique ;
- opérations A3 & A4 – Morvan – Restructuration des bâtiments 4 et 5 en procédure MOP classique ;
- opération B1 – Cavale Blanche – Stérilisation-Pharmacie centralisée en procédure de type conception-réalisation dans le cadre d'un marché global sectoriel (intégrant un volet maintenance) ou d'un marché global de performance (intégrant un volet exploitation et maintenance) est envisagée.

La contre-expertise propose une certaine vigilance sur l'association du volet maintenance au volet conception construction.

- opération B2 – Cavale Blanche – Restructuration et extension des réanimations (HIA) en procédure MOP classique.

3.4. Synthèse des opérations

La contre-expertise valide les calibrages proposés pour le dimensionnement des unités. Elle regrette néanmoins le dimensionnement des « plateaux » d'hospitalisation en général réduits à une seule unité ; à ce titre les plateaux d'hospitalisation de Cavale Blanche et de Morvan ne sont pas des modèles très performants.

- Chaque plateau d'un pôle d'hospitalisation de La Cavale Blanche présente un potentiel de 45 lits avec des proportions de chambres individuelles très satisfaisantes (80 à 100 % selon les niveaux concernés).
- Chaque niveau du bâtiment 5 Morvan présente une capacité de 40 à 45 lits avec une proportion de chambres individuelles très satisfaisante (80 à 100 %).

Cette configuration augmente particulièrement les coûts d'exploitation notamment logistiques.

Cette situation explique le fait que l'établissement se soit interrogé sur une reconstruction générale sur un site unique laquelle aurait certainement permis de créer des plateaux de 90 à 120 lits.

La contre-expertise note que chaque projet de restructuration et/ou de construction neuve a été dimensionné (surfaces) avec l'outil AElipce.

Selon le tableau joint dans le rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS pp. 93/162 un écart significatif par valeur supérieure est expliqué par la réutilisation des locaux existants (cas du bâtiment 5 Morvan) en l'occurrence et dans ce cas une majorité de secteurs non techniques.

Cet écart est conforme à celui que l'on rencontre régulièrement dans les cas de restructuration.

Pour ce qui est de l'opération réanimations sur Cavale Blanche le ratio obtenu est à l'inverse légèrement meilleur que celui proposé par AElipce.

Il est dans ce cas probable que s'agissant d'un secteur technique pris isolément de l'ensemble de l'hôpital (cas d'utilisation d'AElipce) la modélisation conduite naturellement à un chiffre légèrement supérieur.

La contre-expertise valide le dimensionnement du secteur de lits chauds sur Cavale Blanche.

La contre-expertise valide le tableau final des surfaces ci-dessous :

Tableau 6 : Tableau des surfaces de l'ensemble de l'opération

SYNTHESE	Opérations COPERMO / hors COPERMO	Surfaces actuelles (m ² DO)	Surfaces à construire	Surfaces à restructurer	Surfaces à démolir	Surfaces non impactées	Surfaces cédées	Surfaces finales (m ² DO)	Ecart Avant/ Après projet
Morvan									
Bâtiments 1-2-3	Hors COPERMO	32 084	-	20 458	-	-	11 626	20 458	- 11 626
Bâtiments 2bis-6-7-9-12	Opération A2	19 131	-	-	19 131	-	-	-	- 19 131
Bâtiments 4-5	Opérations A4 et A5	20 737	-	20 737	-	-	-	20 737	-
Cavale Blanche									
Pôles 1 à 4 + plateau technique	Hors COPERMO	57 105	-	-	-	57 105	-	57 105	-
Stérilisation-pharmacie centralisée	Opération B1	-	5 935	-	-	-	-	5 935	5 935
Réanimations	Opération B2	3 051	2 249	3 051	-	-	-	5 300	2 249
Total									
	Hors COPERMO	89 189	-	20 458	-	57 105	11 626	77 563	- 11 626
	COPERMO	42 919	8 184	23 788	19 131	-	-	31 972	- 10 947
	Toutes opérations	132 108	8 184	44 246	19 131	57 105	11 626	109 535	- 22 573

dont périmètre COPERMO :

	m ² SU	m ² DO
Surfaces à construire	6 299	8 184
Surfaces à restructurer	15 859	23 788
Surface à démolir	19 131	-

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS, p.95

Avec une réduction de plus de 22 000 m² DO au terme du projet.

La contre-expertise a pris note des principes retenus en matière de développement durable notamment autour de la :

- préservation de l'environnement ;
- qualité sociale.

La contre-expertise valide le principe d'usage du référentiel HQE au titre d'outil méthodologique. Le profil environnemental différera selon chaque opération, pour prendre en compte les spécificités suivantes :

- site assiette de l'opération ;
- nature des travaux ;
- population accueillie par le projet.

La contre-expertise a trouvé intéressante l'approche en matière d'énergie selon deux étapes :

- définition d'un niveau de base, par référence au cadre réglementaire ;
- optimisation par étude comparative en coût global de variantes par rapport au niveau de base.

La contre-expertise a pris note des principes retenus en matière de maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment. Ils n'appellent pas de remarques.

La contre-expertise a pris note des sujétions proposées en matière de modularité du projet. Ces sujétions sont conformes à l'état de l'art.

Le regroupement par grands secteurs fonctionnels est tout à fait pertinent.

La contre-expertise a pris note des coûts des travaux et de leur décomposition selon le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Décomposition des coûts des travaux

	Hono %	Aléas %	Fin chantier	Tx Révision %/an	Révision %
A1 Obligations réglementaires	14	5	2030	3	14
A2 Requalification urbaine	10,6	4,5	2029	3	19
A3 A4 Morvan Restructuration 4 et 5	18	8	2026	3	5,5
A5 Cavale Blanche postes techniques	11	5	2026	3	6,8
A6 Cavale Blanche autres opérations	14	5	2022	3	3,8
B1 Cavale Blanche Pharm / Sté	24,6	5	2021	2	5,3
B2 Cavale Blanche réanimations	24,6	8,2	2022	3	9

Source : pièces complémentaires transmises par l'ARS

La contre-expertise note cependant un certain nombre d'éléments qui lui paraissent être des incohérences et notamment :

- honoraires B1 et B2 ;
- aléas B1 ;
- aléas A3 A4 B2 ;
- taux de révision B1 ;
- le % de révision B2.

La contre-expertise a pris note que le dimensionnement des unités et donc du capacitaire a été calibré sur une base de taux d'occupation de 95 % (doc réponses 15 et 16) ce qui est conforme aux préconisations. En revanche, le calcul surfaces occupées sur nombre total de lits et places donne un ratio de 127 m² lequel reste quelque peu élevé. La configuration des existants tant sur Cavale Blanche que sur Morvan en est très certainement en partie la cause.

Remarque : les chiffres communiqués dans le doc de réponse 15/16 relatif à l'ambulatoire sur Morvan notamment en médecine sont assez inexplicables (17 places pour 38 000 journées réalisées).

La réduction du capacitaire global se fait sur la réduction de capacitaire par plateaux de sorte à offrir des conditions d'hébergement meilleures.

Cette réduction ne se faisant pas sur la base d'une fermeture d'unités, il est probablement difficile de concilier à la fois amélioration du confort hôtelier et regroupement définitif du capacitaire HIA dans les surfaces existantes.

La contre-expertise après réévaluation, propose un capacitaire blocs opératoires de 14 salles sur Cavale Blanche (au lieu de 16) et de 8 salles sur Morvan (au lieu de 10).

Cette évaluation s'appuie sur une ouverture des salles de 50 h/semaine avec un taux d'occupation des blocs opératoires (TROS/TVO)⁴ de 85 %.

3.5. Synthèse de l'analyse du projet

La politique d'investissement du CHRU de Brest a été marquée par l'absence d'opérations majeures depuis 20 ans. Le projet faisant l'objet de l'évaluation socio-économique, même s'il est structurant est un sous-ensemble du projet d'établissement et du projet de groupement hospitalier de territoire (GHT) de Bretagne Occidentale.

Le périmètre correspondant aux opérations du champ MCO représente un investissement de 172,50 M€ qui se décompose globalement comme suit :

- 72 M€ opérations techniques
- 58 M€ opérations de restructuration
- 42 M€ opérations neuves

Le contrôle par les outils ANAP est rendu très difficile tant en matière de surfaces qu'en matière de coûts, au regard de la nature des opérations ; seules les opérations neuves peuvent être évaluées. Elles respectent les principaux indicateurs. Les choix du maître d'ouvrage en matière de procédures retenues pour la mise en œuvre des opérations sont logiques, ils reposent essentiellement sur l'usage de la loi MOP. Une certaine vigilance sur l'association du volet maintenance au volet conception construction pour les opérations neuves reste de mise. Une seule opération parmi celles présentées sera réalisée en conception réalisation. Elle représente 23 % du montant financier total.

L'analyse valide le tableau final des surfaces avec une réduction de plus de 22 000 m² DO au terme du projet. Dans le schéma envisagé, cette réduction se doit d'être remarquée. L'établissement a parfaitement intégré les dimensions développement durable et d'usage du référentiel HQE. Le travail sur la maîtrise de l'énergie proposé au travers les différents dossiers est particulièrement intéressant dans sa réflexion autour du coût global.

Le caractère dissociable des opérations du projet et les modalités de continuité de fonctionnement de l'établissement sans réduction d'activité, notamment en cas de restructuration sont décrits et avérés.

⁴ Taux d'occupation des blocs opératoires est donné par le ratio TROS (Le temps réel d'occupation des salles (TROS)) / TVO (temps de vacation offert au(x) praticien(s))

L'analyse ne peut valider dans sa globalité l'efficacité du dispositif hospitalier présenté, en particulier, pour ce qui est des activités de plateau technique et ne peut valider de fait, l'affirmation de suppression des doublons. L'appellation « plateaux d'hospitalisations » utilisée dans le dossier doit être nuancée. Cette appellation est en général utilisée pour des ensembles *a minima* de 90 lits.

Les deux opérations A3 et A4 (restructuration et adaptation des bâtiments) ont un calendrier prévisionnel qui aboutit en 2026 ou 2028 voire 2029. Il est fort probable que le schéma proposé soit percuté par un schéma définitif soit avec la fermeture de l'HIA soit dans une logique GHT.

Il a été pris note des scénarios alternatifs étudiés et écartés. A ce stade, il reste possible de regretter qu'un scénario, proche de celui demandé par la DGOS n'ait pas été réfléchi autour d'une suppression plus importante de doublons cliniques et médico-techniques. La manière dont l'établissement a traduit la demande de la DGOS ne pouvait conduire qu'à un refus de la communauté médicale.

Il est suggéré de n'engager l'opération de requalification urbaine de l'hôpital Morvan que lorsque le taux de marge brute de l'établissement sera conforme aux attentes *a minima* pour les éléments non impératifs en première intention. Par ailleurs il semble possible d'envisager que cette opération de requalification urbaine trouve tout ou partie de son financement au travers une ou plusieurs opérations de promotion immobilière et/ou par bail emphytéotique (cf travaux de l'ANAP).

4. Soutenabilité financière

L'analyse produite dans cette partie s'appuie sur 3 types de documents :

- les comptes financiers 2014 à 2016 transmis à la contre-expertise ;
- le RIA 2 de 2017 transmis à la contre-expertise en mars 2018 ; il s'agit donc de résultats provisoires ;
- l'outil financier « COPERMO » actualisé en mars 2018 et transmis par l'ARS à la contre-expertise.

4.1. Analyse rétrospective de la situation financière du CHU de Brest

Evolution des résultats d'exploitation

Les principaux résultats sont reproduits ci-après :

Tableau 8 : résultats d'exploitation 2014-2017

Compte de résultat principal	2014	2015	2016	2017 - dossier COPERMO initial	2017 anticipé RIA 2	Evol. 2014-2015	Evol. 2015-2016	Evol. 2016-2017	Evol. 2014-2017
Charges de personnel	310 666 782	310 537 952	319 729 500	329 548 029	331 005 494	-0,04%	2,96%	3,53%	6,55%
Charges à caractère médical	103 390 452	115 813 468	133 280 338	141 640 040	140 127 925	12,02%	15,08%	5,14%	35,53%
Charges hôtelières et générales	35 964 772	36 785 731	38 236 995	39 060 018	40 194 627	2,28%	3,95%	5,12%	11,76%
<i>S/T charges courantes de fonctionnement</i>	<i>450 022 006</i>	<i>463 137 151</i>	<i>491 246 833</i>	<i>510 248 087</i>	<i>511 328 046</i>	2,91%	6,07%	4,09%	13,62%
Charges financières, amortissements, provisions et dépréciations	37 914 023	41 318 966	36 977 695	40 130 063	37 099 410	8,98%	-10,51%	0,33%	-2,15%
Total des charges	487 936 029	504 456 117	528 224 528	550 378 150	548 427 456	3,39%	4,71%	3,82%	12,40%
Produits versés par l'Assurance maladie	363 255 145	394 204 480	415 791 669	431 577 553	431 972 606	8,52%	5,48%	3,89%	18,92%
<i>Dont produits T2A</i>	<i>229 723 960</i>	<i>239 048 157</i>	<i>251 634 526</i>	<i>258 855 387</i>	<i>257 919 772</i>	4,06%	5,27%	2,50%	12,27%
Autres produits de l'activité hospitalière	38 231 377	39 470 266	39 498 505	38 893 320	39 306 129	3,24%	0,07%	-0,49%	2,81%
Autres produits	82 919 392	70 898 690	75 070 251	79 705 608	79 046 157	-14,50%	5,88%	5,30%	-4,67%
Total des produits	484 405 914	504 573 436	530 360 425	550 176 481	550 324 892	4,16%	5,11%	3,76%	13,61%
Résultat comptable	-3 530 115	117 319	2 135 897	-201 669	1 897 436				
Résultat comptable / produits	-0,73%	0,02%	0,40%	-0,04%	0,34%				
Résultat structurel hors aides, hors op. exceptionnelles	-4 460 026	-2 040 349	2 833 780	764 754	1 948 634				
Résultat structurel en % des produits	-0,93%	-0,41%	0,54%	0,14%	0,36%				
Marge brute d'exploitation hors aides	24 639 482	29 879 752	31 150 993	30 478 705	27 989 984				
Taux de marge brute hors aides	5,28%	6,17%	6,08%	5,75%	5,36%				

Source : Annexes financières du dossier d'évaluation socio-économique de l'ARS

L'analyse des données d'exploitation du CHU de Brest, portant sur le compte de résultat principal, permettent de tirer les constats suivants :

- un **redressement progressif de la situation financière entre 2014 et 2016** : la marge brute d'exploitation, hors aides financières, a en effet progressé de 6,5 M€ sur cette période, s'affichant à plus de 6 % sur le seul compte principal (un peu moins de 6 % sur l'entité juridique), traduisant ainsi les efforts de gestion de l'établissement, particulièrement visibles sur la masse salariale et les ETP rémunérés. Ces données confirment les éléments communiqués par l'ARS dans son rapport d'évaluation socio-économique préalable (RESP) qui évoque page 123 la réduction de 200 ETP entre 2013 et 2016. Ces résultats ont été accompagnés par ailleurs d'une évolution rapide des produits de la tarification à l'activité (plus de 4,5 % de progression annuelle moyenne sur ces 3 années, hors MO/DMI) ; le résultat structurel est devenu excédentaire fin 2016.

- des **données provisoires 2017 qui semblent démontrer un léger fléchissement de la situation budgétaire** : les charges de personnel ont connu une évolution plus soutenue que par le passé (+ 3,5 %), alors que les produits de l'activité (T2A) ont vu leur progression ralentie par rapport aux deux années précédentes (+ 2,5 %), dans un contexte national de pression sur les tarifs et sur l'ONDAM hospitalier. Ces résultats provisoires s'entendent hors mesures de dégel récemment annoncées par les pouvoirs publics. Cet effet ciseau (progression de la masse salariale plus rapide que celle des produits T2A) devrait entraîner une diminution de la marge brute d'exploitation mesurée sur le compte de résultat principal, qui devrait repasser en-deçà du niveau atteint en 2015, tout en restant pour autant supérieure à 5 % des produits d'exploitation.

A noter également que les résultats anticipés 2017 sont moins performants que ceux qui figuraient dans le dossier initial communiqué à la DGOS pour le dossier COPERMO et soumis initialement aux contre-experts. Le niveau final de marge brute devrait se situer entre 2 M€ et 2,5 M€ en-deçà du niveau prévu initialement (environ 1,5 M€ de dérapage sur la masse salariale et 1 M€ de recettes T2A en moins). Ces éléments sont néanmoins compréhensibles au vu des écarts de calendrier entre la production du dossier COPERMO (décembre 2017) et les résultats provisoires de 2017 (mars 2018), les écarts restant limités (0,4 point sur la masse salariale et sur les produits T2A).

Surtout, ces éléments ne remettent pas en cause substantiellement la situation financière globale du CHU de Brest à la fin de l'année 2017.

Situation financière du CHU de Brest à fin 2017

Les données rétrospectives figurant dans l'outil financier joint au RESP de l'ARS Bretagne font ressortir les ratios suivants :

Tableau 9 : Situation financière du CHRU (2014-2017)

Données bilan / dette	2014	2015	2016	2017 anticipé (outil financier mars 2018)
Fonds de roulement net global	39 873 554	51 303 218	55 038 362	36 381 861
<i>FRNG en jours</i>	<i>31</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>25</i>
Besoin en fonds de roulement	13 591 079	21 023 569	29 817 644	21 023 569
<i>BFR en jours</i>	<i>10</i>	<i>16</i>	<i>21</i>	<i>14</i>
Trésorerie	26 282 475	30 279 649	25 220 717	15 358 292
<i>Trésorerie en jours</i>	<i>20</i>	<i>23</i>	<i>18</i>	<i>10</i>
Charge annuelle de la dette	9 763 073	19 968 550	16 457 596	11 618 921
<i>Charge annuelle de la dette en % des produits</i>	<i>1,93%</i>	<i>3,83%</i>	<i>3,00%</i>	<i>2,05%</i>
Encours de la dette	76 300 637	83 974 229	81 172 966	71 490 633
Encours de la dette / produits (taux d'endettement)	14,87%	15,79%	14,59%	12,37%
Investissements tableau de financement	30 146 902	30 622 789	26 068 702	40 282 242
Investissements en % des produits	5,96%	5,87%	4,75%	7,11%
CAF nette	18 527 381	13 575 607	15 073 054	18 648 665
Indépendance financière	28,35%	30,36%	29,85%	26,02%

Source : Annexes financières du dossier d'évaluation socio-économique de l'ARS

Les données issues de ces éléments permettent de forger le constat suivant :

- **les grandeurs de bilan font apparaître une situation plutôt saine** : le FRNG reste sur l'ensemble de la période sur des niveaux élevés, au-delà des seuils de sécurité généralement admis (30 jours) ; il couvre largement le BFR. La contre-expertise n'a pas procédé à une analyse exhaustive de l'ensemble des postes du bas de bilan (stocks / créances / dettes d'exploitation). Le cycle d'exploitation paraît néanmoins maîtrisé, le BFR constaté fin 2016 étant bien plus bas que la médiane des CHU (données établissement). Les données *Hospidiag* montrent néanmoins une dette fournisseur anormalement élevée au regard des établissements de la même catégorie ;

- **l'endettement de l'établissement est relativement faible** (taux d'endettement de l'ordre de 12 % fin 2017), tous les ratios de comparaison inter-CHU (indépendance financière, durée apparente de la dette...) montrant un **positionnement du CHU de Brest au niveau du 2^{ème} décile de sa catégorie**. Surtout, **le CHU est sur une trajectoire de désendettement importante** (nouvelle diminution de l'encours en 2017 avec l'absence de nouveaux emprunts), avec une charge annuelle de la dette qui, fin 2017, représente de l'ordre de 2 % des produits seulement. Sous réserve de bien maîtriser ses résultats d'exploitation et sa marge brute d'exploitation, **cette situation donne au CHU de Brest de réelles capacités nouvelles d'endettement** ce qui, à l'aune de lancer des projets d'investissement majeurs, représente un atout important ;

- sur la fin de l'année 2017, la bonne tenue des résultats d'exploitation associée à la faiblesse de la charge de la dette en capital, permet de constater une **CAF nette en progression, supérieure à 3 % des produits**, qui permet d'envisager une bonne contribution de l'autofinancement au

profit des investissements courants. **A noter néanmoins que le cycle d'investissement semble s'accélérer de nouveau en fin de période** (plus de 40 M€ d'investissements en 2017 contre 30 M€ ou moins sur les 3 années précédentes), marquant une légère rupture qui ne remet néanmoins pas en cause les équilibres financiers structurels du CHU.

4.2. Analyse du plan d'efficience du CHU de Brest sur la période 2018-2030

La trajectoire financière est prévue dans les documents transmis par l'ARS jusqu'en 2030, date de fin des derniers travaux des opérations présentées au COPERMO ; les principaux investissements générant un retour sur investissement devraient néanmoins s'achever vers 2026, permettant déjà, à cette date, d'identifier si les mesures prévues se sont réalisées.

Le plan d'efficience présenté par le CHU de Brest repose sur des gains économiques de l'ordre de 32,9 M€ sur la période 2018-2030, et est assis sur les éléments suivants :

- des gains de retour sur investissement, induits par les opérations de restructuration / modernisation, et chiffrés à hauteur de 13,9 M€ ;
- des efforts de performance et d'efficience, non liés directement au projet d'investissement, et évalués sur la période à 19 M€.

Les principales mesures sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Plan d'efficience 2018-2030

Action	Effet sur les ETP	Gain attendu dans le PGFP	Période concernée
Efficienc e des fonctions cliniques	-208	9 787 875	2018-2029
Efficienc e des fonctions supports	-19,5	896 564	2018-2029
Optimisation du temps médical - diminution de l'intérim médical		1 600 000	2018-2022
Optimisation des charges médicales et hôtelières par mutualisation des fonctions de pharmacie et de stérilisation		1 600 000	2018-2022
Sous-total RSI	-227,5	13 884 439	
Plan d'actions achats		14 000 000	2018-2030
Amélioration du recueil et de la valorisation de l'information médicale		5 000 000	2018-2030
TOTAL GENERAL	-227,5	32 884 439	
% gains liés à des économies sur les charges		84,80%	

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

Les gains attendus par l'établissement reposent pour l'essentiel sur des économies. Environ 50 % d'entre elles sont liées à des économies sur les charges de personnel et 50 % à des économies sur les achats de l'établissement. **La partie gains sur recettes du plan d'actions repose sur une meilleure valorisation de l'activité médicale (effet « codage ») à hauteur de 5 M€.** Aucun gain n'est prévu sur l'activité même si (cf. 3^{ème} partie de l'analyse financière) le PGFP intègre, en tant que tel, des évolutions « tendanciell es » de recettes liées à une évolution naturelle de l'activité.

Gains liés aux économies sur les charges

- Analyse du retour sur investissement

***Réduction prévue des ETP**

L'établissement prévoit sur la durée du PGFP une réduction de 227,5 ETP non médicaux sur ses activités cliniques et supports, soit environ 4 % des effectifs non médicaux⁵. Cette réduction d'ETP doit permettre un gain de 10,7 M€ sur les 13,9 M€ de RSI prévus dans le dossier COPERMO.

Cette réduction s'opérerait selon les modalités suivantes :

- une diminution des effectifs soignants de 224,5 ETP sur les activités MCO, gains permis par l'optimisation du capacitaire (- 165 lits sur le MCO, hors intégration des HIA) liée à la réduction des DMS et à une révision générale des maquettes organisationnelles ; des gains de 10,4 M€ sont attendus (coût moyen = 46 325 €) ; cette baisse est ciblée sur le personnel IDE / AS / ASH ;
- une réduction de 7 ETP sur l'encadrement soignant pour un gain estimé à 0,4 M€ (coût moyen = 57 143 €) ;
- une baisse de 19,5 ETP sur les fonctions supports, permises par les réductions capacitaires, pour un gain de 0,9 M€ (coût moyen = 46 154 €) ;
- une baisse complémentaire de 5,5 ETP, non documentée, pour un gain de 0,3 M€ (coût moyen = 50 000 €), qui serait liée à la diminution des capacités en SSR et psychiatrie (- 66 lits prévus) ;
- la création de 29 ETP liée à l'augmentation des places ambulatoires (+ 54 places tous secteurs d'activité confondus évoquées dans le dossier).

Il apparaît à la contre-expertise les points suivants :

- **la baisse très significative des ETP sur la période** (- 4 % des ETP non médicaux totaux de l'établissement, -17 % sur les effectifs soignants) **paraît cadencée dans le temps et reliée aux différentes sous-opérations de restructurations immobilières qui sont prévues**. A noter toutefois que le tableau par sous-opération transmis par l'ARS en page 129 de son rapport montre des impacts cumulés à hauteur de 182 ETP uniquement sur les 227,5 prévus. Les éléments transmis à la contre-expertise font état d'une réduction des ETP ciblée à - 110,4 ETP IDE, - 104,8 ETP AS et - 9,7 ETP ASH. Ces réductions sont liées à la révision des capacités associée à une refonte des maquettes organisationnelles dans chacune des unités de soins, au regard des réorganisations en plateaux qui sont prévues. L'établissement a transmis à la contre-expertise des exemples de maquettes organisationnelles avant / après qui semblent documenter correctement les réductions d'effectifs prévues. Comme évoqué par l'ARS, une surveillance plus spécifique des évolutions capacitaires sur le site de Carhaix devra être envisagée, au vu des enjeux liés à l'offre de soins sur ce site isolé ;
- les évolutions envisagées sur les réductions d'ETP d'encadrement ainsi que sur les baisses d'ETP liées aux activités psychiatrie / SSR ne sont pas explicitées, mais elles sont cohérentes au regard des autres données (baisse des ETP soignants et baisse du capacitaire) ;
- l'identification de nouveaux postes de soignants pour l'augmentation des places en ambulatoire ne fait pas l'objet de documents précis dans le dossier, mais **il est à mettre**

⁵ Sur la base des 5 591,6 ETPR non médicaux évoqués par l'ARS en page 126 de son rapport

au crédit de l'établissement d'avoir anticipé les effets d'augmentation du nombre de places sur les ETP ;

- **le chiffrage de la diminution des ETP sur les fonctions supports est en revanche très théorique** : il repose sur des méthodes de calcul proratisées au regard du choix d'unités d'œuvre (ex. : la diminution du nombre de lits entraîne une baisse des ETP informatiques, au prorata des capacités en lits et des effectifs du service informatique constatés actuellement). De ce fait, la diminution envisagée sur certains secteurs (par tranche de 1/10^{ème} d'ETP) risque d'être difficile à concrétiser.

Observation n°1 : Si les diminutions d'effectifs envisagées par le CHU de Brest paraissent envisageables au regard des données transmises, il paraît nécessaire à la contre-expertise que l'ARS et l'établissement suivent de manière particulièrement précise :

- la prévision, annuelle, d'évolution des ETP de l'établissement, par grandes catégories (personnel administratif, soignant...) sur la base du dossier COPERMO ;
- la réalisation effective chaque année des ETP rémunérés ;
- les gains budgétaires associés à ces réductions d'effectifs.

***Autres mesures**

Les autres mesures du retour sur investissement sont plus modestes (3,2 M€ de gains attendus).

La 1^{ère} partie de ces gains évaluée à 1,6 M€, repose sur une diminution attendue des dépenses d'intérim médical (4,2 M€ en 2017) à hauteur de 320 000 € / an pendant 5 ans. Des mesures sont d'ores et déjà ciblées à l'EPRD 2018 (380 000 € d'économies attendues). Le plan d'actions de l'hôpital repose sur une fidélisation accrue de ses professionnels médicaux (mobilisation notamment des dispositifs d'attractivité pour la carrière hospitalière comme la prime d'engagement dans la carrière hospitalière et des contrats de clinicien) et une politique de communication. Une attention particulière est portée sur la médecine d'urgence et l'anesthésie-réanimation. A noter également que les dispositions réglementaires de fin 2017 permettant de plafonner les dépenses journalières d'intérim pourraient contribuer à la réalisation de ces objectifs. **Il reste néanmoins difficile d'expertiser la capacité de l'établissement à réaliser effectivement ce plan d'actions et à en constater les économies prévues au plan de financement.**

La contre-expertise considère que ces économies restent fragiles au regard des problématiques de démographie médicale constatées sur le territoire.

La 2^{nde} partie, également de 1,6 M€, provient essentiellement d'économies attendues sur les consommations de médicaments et dispositifs médicaux, *via* l'amélioration des prescriptions intra-hospitalières (pharmacie clinique, performance achats, harmonisation des pratiques...). Certaines économies ne sont pas chiffrées (notamment l'impact sur les dépenses d'énergie, d'entretien et de maintenance des rénovations hospitalières et des réductions de surface).

Ces économies sont faiblement documentées dans le dossier, mais des économies sur les charges médicales, hôtelières et générales paraissent néanmoins envisageables sur la période 2018-2030 au regard des restructurations prévues.

- Plan d'actions achats

Le CHU de Brest anticipe sur la période 2018-2030 des gains budgétaires sur les achats de l'ordre de 14 M€, là où sur la période le montant des dépenses de titre 2 et de titre 3 se fixera à environ 2,378 Md€. **Le gain attendu se fixe donc à 0,6 % des masses budgétaires en jeu.** Le CHU a indiqué dans ses réponses à la contre-expertise que ces gains proviendraient d'une part de la mise en œuvre du Plan d'actions achats de territoire élaboré en 2017 (document évoquant des pistes d'actions concrètes se traduisant par des gains de 3,5 M€ au profit du territoire, dont au moins 1,1 M€ au CHU de Brest) et d'autre part d'actions internes à conduire.

Les autres actions ne sont pas détaillées, ni cadencées dans le temps, et le seront probablement dans le cadre des futurs feuilles de route et dialogues de gestion à mettre en œuvre avec le nouveau plan quinquennal de maîtrise de l'ONDAM hospitalier.

<p>Observation n°2 : Au vu des gains attendus, la contre-expertise recommande à l'ARS et à l'établissement de partager un tableau de bord annuel permettant de rapprocher les prévisions et les réalisations de gains achats / gains budgétaires tout au long du suivi du projet de reconstruction.</p>
--

Gains liés aux nouvelles recettes

Les gains attendus par l'établissement se concentrent uniquement sur une meilleure valorisation de l'activité médicale par amélioration du recueil et du codage de cette dernière. Le gain est chiffré à 5 M€ sur la période 2018-2030 : durant ces 12 années, la valorisation de l'activité T2A (hors MO / DMI) devrait s'établir à 3,56 Md€. Le gain attendu par l'établissement est donc relativement modeste par rapport à l'assiette. D'après les réponses fournies à la contre-expertise, les gains prévus reposent sur une analyse par l'établissement du poids moyen du cas traité (PMCT) sur les séjours de médecine, qui serait inférieur d'environ 200 € à la moyenne des CHU (moins de 4 000 € à Brest contre 4 200 € dans la moyenne des CHU). Un gain de 5 M€ serait envisageable si le PMCT revenait à la moyenne. Le calcul est arithmétique, mais n'évoque pas les modalités pratiques (appui extérieur, formations, réorganisation du DIM...), hormis l'augmentation des lits de soins critiques envisagée (qui se traduirait vraisemblablement par une augmentation des suppléments journaliers liés à ces lits et peut-être par une évolution relative du case-mix vers des cas plus lourds).

Il reviendra à l'ARS et au CHU de suivre chaque année l'évolution de la valeur du PMCT par grandes disciplines (MCO) afin de déterminer les réalisations effectives de l'établissement dans ce domaine.

4.3. Analyse de la trajectoire financière pluriannuelle

Compte de résultat prévisionnel : principaux indicateurs

La contre-expertise s'est appuyée pour forger son analyse sur les données mises à jour en mars 2018 par l'ARS et l'établissement au regard des éléments constatés fin 2017 et des premières prévisions 2018. **Les projections financières sur lesquelles le RESP s'est appuyées sont en effet remises en question par les dernières données constatées.**

Tableau 11 : Résultats prévisionnels (2017-2030)

Indicateurs d'évolution compte de résultat principal	2017 anticipé	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Evol. Moyenne 2018-2030
Marge brute d'exploitation, entité juridique, hors aides financières	30 501 063	27 860 748	31 407 751	33 512 047	34 405 648	35 979 753	36 485 175	37 487 952	37 904 193	38 321 178	38 666 326	38 978 075	39 286 122	39 693 243	
Taux de marge brute	5,39%	4,85%	5,42%	5,75%	5,89%	6,09%	6,14%	6,29%	6,34%	6,39%	6,43%	6,46%	6,49%	6,55%	
Résultat structurel CRPP	2 533 558	83 896	-732 423	-1 038 873	-1 865 025	-2 036 843	-1 978 610	-1 531 014	143 898	-235 496	-1 069 511	-2 980 406	-336 005	410 047	
Titre 1 de charges CRPP	331 005 494	335 926 875	338 368 560	340 640 388	341 648 793	344 728 318	347 351 792	348 034 414	349 276 581	349 280 293	350 315 503	351 412 501	352 558 903	352 558 903	
Evolution N / N-1		1,49%	0,73%	0,67%	0,30%	0,90%	0,76%	0,20%	0,36%	0,00%	0,30%	0,31%	0,33%	0,00%	0,49%
Produits T2A, hors MO/DMI	258 869 772	260 593 055	261 912 702	264 813 850	266 071 880	271 325 001	274 764 812	276 517 629	278 273 089	278 675 084	280 023 414	281 437 171	282 853 377	283 219 348	
Evolution N/N-1		0,67%	0,51%	1,11%	0,48%	1,97%	1,27%	0,64%	0,63%	0,14%	0,48%	0,50%	0,50%	0,13%	0,70%

Source : Annexe financière transmise en mars 2018, scénario avec aide de 44 M€

A titre d'exemple, la marge brute d'exploitation calculée hors aides financières s'établit pour 2018 à 33,2 M€ dans l'annexe financière servant d'appui au RESP, mais à 27,9 M€ dans les documents transmis postérieurement à la contre-expertise. **Il est donc proposé de s'appuyer sur ces derniers chiffres, sans doute plus proches de la réalité de la projection.**

- Analyse de la marge brute d'exploitation

Après un fléchissement sur 2018, **la marge brute progresserait de nouveau à partir de 2019 pour se fixer en 2030 à 37,9 M€ et à 6,6 % des produits d'exploitation** (42,4 M€ et 7,1 % dans la version initiale). Le niveau global de performance économique se situe nettement en-deçà des 8 % de marge brute, niveau qui, s'il ne constitue pas une norme, représente une référence atteinte par d'autres établissements de même catégorie.

Sur la période 2018-2030, la marge brute d'exploitation progresse de 10 M€ en valeur absolue. Cette progression apparaît prudente si on la compare aux 32,9 M€ de mesures prévues dans le plan d'actions de l'établissement et qui devraient contribuer à l'augmentation de la marge brute sur la période. L'établissement intègre néanmoins des effets négatifs (GVT...) qui viendront contrebalancer ses efforts de restructuration.

Observation n°3 : Il paraît nécessaire à la contre-expertise que l'ARS et l'établissement puissent travailler sur un plan d'actions qui permettent au CHU d'atteindre *a minima* une marge brute d'exploitation en 2030 telle qu'elle était initialement prévue dans le dossier soumis à l'appréciation du COPERMO (à savoir 42,4 M€ en valeur, hors aides financières, en 2030).

- Analyse de la masse salariale du compte de résultat principal

Le très net fléchissement de la progression de la masse salariale à compter de 2019 (progression annuelle moyenne à 0,5 %), résultant des mesures d'efficience proposées par l'établissement, devra faire l'objet d'un suivi précis par l'ARS, au vu de la dynamique des deux exercices précédents. Cette évolution semble néanmoins cohérente au regard des diminutions d'ETP prévues.

- Analyse de l'activité et de la valorisation de l'activité

Avec une évolution moyenne de la valorisation à hauteur de 0,7 % / an sur la période à venir, la projection paraît plutôt prudente à la contre-expertise, très nettement en-deçà de la progression constatée sur les 3 ou 4 années précédentes. Cette évolution est corrélée à l'évolution de la population et la prudence peut s'entendre du fait des évolutions incertaines sur les tarifs nationaux d'une part et sur la transformation du case-mix d'autre part (augmentation de la part des séjours ambulatoires, aux tarifs nationaux moins élevés). Le CHU a simulé une diminution des tarifs de 0,5 % en 2018 et 2019, puis des tarifs stables à compter de 2020. L'augmentation du nombre total de séjours est fixé en moyenne à +0,6 % / an, assez proche à l'évolution attendue de la demande sur la période si on se base sur les évolutions démographiques de la population du Finistère jusqu'en 2030 (données OMPHALE).

Plan de financement de l'établissement

Le tableau de financement prévisionnel est résumé ci-après :

Tableau 12 : Tableau de financement prévisionnel

Tableau de financement prévisionnel	2017 anticipé	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL 2018-2030
CAF, hors aides	27 300 495	23 837 184	26 211 362	27 422 352	27 530 186	28 623 069	28 745 046	29 404 135	29 449 398	29 728 732	30 309 710	30 969 374	31 540 465	32 273 611	376 044 623
Aides financières ARS	3 240 770	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	2 780 160	36 142 080
Aides financières COPERMO		8 800 000	8 800 000	8 800 000	8 800 000	8 800 000									44 000 000
Emprunts	630	23 989 569	44 820 415	40 779 417	38 309 026	25 246 273	32 578 333	22 241 492	24 589 891	17 901 592	6 324 134	2 907 712	3 948 075	2 398 190	286 034 119
Cessions d'actifs	100 000	0	0	0	0	0	0	3 900 000	0	0	0	2 000 000	0	0	5 900 000
Autres ressources	431 744														0
TOTAL RESSOURCES	31 073 639	59 406 913	82 611 937	79 781 929	77 419 372	65 449 502	64 103 538	58 325 787	56 819 449	50 410 484	39 414 004	38 657 246	38 268 700	37 451 961	748 120 822
Remboursement du capital	9 431 989	9 714 096	9 686 491	10 531 884	11 779 189	11 313 962	11 423 042	12 732 364	13 626 977	14 616 464	15 338 933	15 560 127	14 919 032	14 105 243	165 347 803
Immobilisations	40 282 242	54 642 154	73 265 599	69 582 914	65 973 086	54 485 598	52 748 500	45 570 000	43 272 500	35 877 500	24 162 000	23 087 500	23 443 500	23 444 000	589 554 851
Immobilisations en % des produits courants d'exploitation	7,11%	9,49%	12,62%	11,92%	11,27%	9,22%	8,87%	7,64%	7,22%	5,98%	4,01%	3,82%	3,87%	3,86%	7,63%
Investissement COPERMO	3 784 652	9 564 682	17 522 208	28 214 940	27 618 920	15 459 598	14 500 000	14 154 000	15 989 000	7 112 000	4 500 000	4 500 000	4 680 000	4 900 000	168 715 348
Investissements majeurs hors COPERMO	16 311 546	28 077 472	38 743 391	24 367 974	21 354 166	22 026 000	21 248 500	14 416 000	10 283 500	11 765 500	2 662 000	1 587 500	1 763 500	1 544 000	199 839 503
Investissements courants	20 186 044	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	221 000 000
Investissements courants en % des produits courants d'exploitation	3,56%	2,95%	2,93%	2,91%	2,90%	2,88%	2,86%	2,85%	2,84%	2,83%	2,82%	2,81%	2,81%	2,80%	2,86%
Autres emplois	15 908														0
TOTAL EMPLOIS	49 730 139	64 356 250	82 952 089	80 114 798	77 752 275	65 799 560	64 171 542	58 302 364	56 899 477	50 493 964	39 500 933	38 647 627	38 362 532	37 549 243	754 902 654
Variation du FRNG	-18 656 501	-4 949 337	-340 153	-332 869	-332 902	-350 058	-68 004	23 423	-80 028	-83 479	-86 930	9 619	-93 832	-97 282	-6 781 832
Valeur du FRNG	36 381 861	31 432 524	31 092 372	30 759 502	30 426 600	30 076 542	30 008 538	30 031 961	29 951 933	29 868 454	29 781 524	29 791 143	29 697 312	29 600 029	
FRNG en jours	24,80	20,98	20,70	20,43	20,19	19,80	19,66	19,63	19,51	19,44	19,32	19,27	19,15	19,07	
Valeur du BFR	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	21 023 569	
BFR en jours	14,33	14,03	14,00	13,96	13,95	13,84	13,77	13,74	13,69	13,68	13,64	13,60	13,56	13,54	
Valeur de la trésorerie	15 358 292	10 408 956	10 068 803	9 735 934	9 403 031	9 052 973	8 984 970	9 008 392	8 928 364	8 844 885	8 757 955	8 767 575	8 673 743	8 576 461	
Trésorerie en jours	10,47	6,95	6,70	6,47	6,24	5,96	5,89	5,89	5,82	5,76	5,68	5,67	5,59	5,53	

Source : Annexes financières du dossier d'évaluation socio-économique de l'ARS

Le plan de financement proposé par l'ARS et l'établissement appelle les remarques suivantes :

- **investissements** : sur la période 2018-2030, l'établissement projette d'investir près de 590 M€ (7,6 % de ses produits d'exploitation). Près de 34 % de ce PPI est composé d'investissements « majeurs » qui ne sont pas l'objet du RESP mais qui consistent en des opérations de nature diverses dont les coûts prévisionnels sont élevés, avec par exemple :
 - o regroupement des SSR : 20 M€ ;
 - o reconstruction de l'hôpital psychiatrique : 55 M€ ;
 - o institut de cancérologie : 48 M€

Le regroupement des SSR et la reconstruction de l'hôpital psychiatrique sont à un stade de pré-programmation. Le projet de psychiatrie doit faire l'objet, à une date non précisée, d'une analyse par le groupe technique du COPERMO. D'autres opérations (EHPAD notamment) n'apparaissent pas dans le PPI.

Observation n°4 : La contre-expertise constate qu'une part importante du PPI, et donc du plan de financement, est constitué par des opérations d'investissement non détaillées et dont les coûts restent à ce stade provisoires. Une grande vigilance doit être apportée par l'ARS, et l'établissement sur la maîtrise globale du PPI et du coût des opérations envisagées. Le programme devra le cas échéant être ajusté au regard de la réalité de la trajectoire financière au fur et à mesure des années.

- **ressources** : la situation initiale de faible endettement associée à une évolution de la CAF (hors aides) sur la période 2018-2030 devrait permettre de consacrer, après remboursement du

capital des emprunts, **environ 210 M€ de CAF au financement du programme d'investissement (36 % environ)**, le solde relevant essentiellement des aides (ARS / DGOS) pour 80,1 M€ (13,5 %) et des emprunts pour 286 M€ (48,5 %). La partie cession d'actifs ou mobilisation du fonds de roulement n'est pas significative, du fait de peu de marges de manœuvre de l'établissement. Les cessions de patrimoine envisagées restent à ce stade lointaines même si le CHU semble confiant sur leur réalisation en 2024 (centre-ville).

- **équilibres bilanciaux** : l'établissement cible une valeur de FRNG représentant environ 20 jours d'exploitation, inférieure à sa valeur actuelle, afin de limiter le niveau des emprunts sur la période. Ce niveau devrait permettre une gestion relativement sécurisée de la situation de trésorerie, même s'il est inférieur à 30 jours. La souscription d'une ligne de crédit de trésorerie pourrait apporter une sécurité supplémentaire au CHU en cas d'augmentation des besoins de gestion de son bas de bilan. Le niveau du BFR resterait stable sur la période (en dépit d'action destinées à améliorer la gestion des stocks). Le niveau actuel du BFR étant néanmoins plutôt performant au regard de la moyenne des CHU, l'absence d'optimisation complémentaire apparaît plutôt prudente à la contre-expertise.

Analyse de la soutenabilité et des scénarii d'aides financières

Le tableau suivant fait apparaître les principaux indicateurs financiers résultant de 3 scénarios d'aides financières différentes :

- **une aide à 44 M€** (25 % du coût du projet d'investissement de 172,5 M€ ou 22,3 % du coût si on inclut les 20 M€ d'équipements) : ce scénario est le scénario central présenté par l'ARS et l'établissement. Les aides sont prévues sur 5 années (2018-2022), à 100 % en capital (8,8 M€ / an) ;
- **une aide de 25 M€** (14,5 % du coût du projet hors équipement ou 13 % du coût du projet équipements inclus) : ce deuxième scénario correspond à une demande de la contre-expertise. Les aides sont également prévues à 100 % en capital (5 M€ / an pendant 5 ans) ;
- **aucune aide financière prévue.**

En dehors des aides COPERMO, l'établissement bénéficiera sur la période 2018-2030 de 36,1 M€ d'aides allouées par l'ARS au titre du soutien à d'autres opérations d'investissement prévues au PPI (notamment restructuration de la cancérologie et de la psychiatrie). Ces montants sont néanmoins légèrement surévalués car certains doivent s'éteindre en 2022 ou 2028, mais sont reconduits jusqu'à 2030 dans l'annexe financière, sans que cela ne remette substantiellement en cause la trajectoire financière.

Tableau 13 : Principaux indicateurs financiers selon les trois scénarios d'aide envisagés

Principaux indicateurs - aide de 44 M€	2017 anticipé	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL 2018-2030
Résultat structurel CRPP	2 533 558	83 896	-732 423	-1 038 873	-1 865 025	-2 036 843	-1 978 610	-1 531 014	143 898	-235 496	-1 069 511	-2 980 406	-336 005	410 047	-13 166 365
CAF nette	18 648 665	14 903 248	17 305 032	17 670 628	16 531 157	18 089 267	18 102 164	17 451 930	16 602 581	15 892 429	15 750 936	16 189 408	17 401 593	18 948 527	220 838 900
Montant des emprunts	630	23 989 569	44 820 415	40 779 417	38 309 026	25 246 273	32 578 333	22 241 492	24 589 891	17 901 592	6 324 134	2 907 712	3 948 075	2 398 190	286 034 119
Marge brute d'exploitation, entité juridique, aides incluses	31 281 223	28 640 908	32 187 911	34 292 207	35 185 808	36 759 913	37 265 335	38 268 112	38 684 353	39 101 338	39 446 486	39 758 235	40 066 282	40 473 403	480 130 292
Charge annuelle de la dette (capital + intérêts)	11 618 921	12 062 499	13 219 749	14 958 449	16 991 520	17 007 516	17 668 778	19 316 665	20 582 255	21 709 392	22 196 033	22 069 310	21 165 172	20 025 359	238 972 696
Marge brute d'exploitation disponible après paiement de la charge annuelle de la dette	19 662 303	16 578 410	18 968 162	19 333 758	18 194 288	19 752 397	19 596 558	18 951 447	18 102 098	17 391 946	17 250 453	17 688 925	18 901 110	20 448 044	241 157 597
Charge annuelle de la dette en % des produits	2,05%	2,10%	2,28%	2,56%	2,90%	2,88%	2,97%	3,24%	3,44%	3,62%	3,69%	3,65%	3,49%	3,30%	3,01%
Encours de la dette en valeur	71 490 633	85 766 107	120 900 030	151 147 563	177 677 401	191 609 712	212 765 003	222 274 131	233 237 045	236 522 174	227 507 374	214 854 959	203 884 003	192 176 950	
Taux d'endettement	12,37%	14,61%	20,53%	25,52%	29,92%	31,96%	35,28%	36,49%	38,39%	38,86%	37,26%	34,97%	33,17%	31,22%	
Taux d'indépendance financière	26,02%	28,54%	35,08%	39,58%	42,78%	43,99%	46,84%	48,20%	49,22%	49,61%	48,75%	47,51%	46,39%	45,03%	
Durée apparente de la dette (en années)	2,55	3,48	4,48	5,36	6,28	6,52	7,21	7,36	7,72	7,75	7,32	6,77	6,31	5,81	
Principaux indicateurs - aide de 25 M€	2017 anticipé	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL 2018-2030
Résultat structurel CRPP	2 533 558	-33 293	-970 752	-1 402 088	-2 356 988	-2 661 536	-2 622 948	-2 195 278	-540 909	-941 480	-1 797 329	-3 730 731	-1 109 534	-387 404	-20 750 271
CAF nette	18 648 665	14 786 059	16 910 015	16 982 924	15 535 198	16 768 739	16 557 170	15 825 210	14 890 250	14 090 427	13 855 021	14 195 148	15 304 359	16 743 483	202 444 002
Montant des emprunts	630	27 906 759	49 015 431	45 267 120	43 104 986	30 366 801	34 123 327	23 868 212	26 302 222	19 703 594	8 220 049	4 901 971	6 045 309	4 603 235	323 429 017
Marge brute d'exploitation, entité juridique, aides incluses	31 281 223	28 640 908	32 187 911	34 292 207	35 185 808	36 759 913	37 265 335	38 268 112	38 684 353	39 101 338	39 446 486	39 758 235	40 066 282	40 473 403	480 130 292
Charge annuelle de la dette (capital + intérêts)	11 618 921	12 179 688	13 614 765	15 646 152	17 987 480	18 328 044	19 213 772	20 943 385	22 294 586	23 511 395	24 091 948	24 063 570	23 262 406	22 230 403	257 367 594
Marge brute d'exploitation disponible après paiement de la charge annuelle de la dette	19 662 303	16 461 221	18 573 146	18 646 055	17 198 328	18 431 870	18 051 564	17 324 727	16 389 767	15 589 944	15 354 538	15 694 665	16 803 876	18 243 000	222 762 699
Charge annuelle de la dette en % des produits	2,05%	2,12%	2,35%	2,68%	3,07%	3,10%	3,23%	3,51%	3,72%	3,92%	4,00%	3,98%	3,84%	3,66%	3,23%
Encours de la dette en valeur	71 490 633	89 683 296	128 855 549	163 266 297	194 088 097	212 445 102	234 244 731	244 418 123	256 065 844	260 056 957	251 769 975	239 867 886	229 670 458	218 760 856	
Taux d'endettement	12,37%	15,27%	21,88%	27,56%	32,68%	35,43%	38,84%	40,12%	42,14%	42,73%	41,23%	39,04%	37,37%	35,53%	
Taux d'indépendance financière	26,02%	29,85%	37,39%	42,75%	46,73%	48,78%	51,57%	53,00%	54,04%	54,54%	53,94%	53,04%	52,26%	51,26%	
Durée apparente de la dette	2,55	3,66	4,82	5,86	6,98	7,38	8,11	8,28	8,67	8,73	8,29	7,74	7,28	6,78	
Principaux indicateurs - absence d'aide financière	2017 anticipé	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL 2018-2030
Résultat structurel CRPP	2 533 558	-187 489	-1 284 343	-1 880 002	-3 004 308	-3 483 501	-3 470 761	-3 069 310	-1 441 971	-1 870 407	-2 754 983	-4 718 001	-2 127 336	-1 436 681	-30 729 095
CAF nette	18 648 665	14 631 863	16 390 256	16 078 052	14 224 724	15 031 202	14 524 283	13 684 789	12 637 182	11 719 371	11 360 396	11 571 122	12 544 841	13 842 108	178 240 189
Montant des emprunts	630	33 060 955	54 535 190	51 171 993	49 415 459	37 104 337	36 156 214	26 008 633	28 555 290	22 074 650	10 714 674	7 525 997	8 804 828	7 504 610	372 632 830
Marge brute d'exploitation, entité juridique, aides incluses	31 281 223	28 640 908	32 187 911	34 292 207	35 185 808	36 759 913	37 265 335	38 268 112	38 684 353	39 101 338	39 446 486	39 758 235	40 066 282	40 473 403	480 130 292
Charge annuelle de la dette (capital + intérêts)	11 618 921	12 333 884	14 134 524	16 551 025	19 297 953	20 065 580	21 246 659	23 083 806	24 547 653	25 882 450	26 586 573	26 687 596	26 021 924	25 131 778	281 571 406
Marge brute d'exploitation disponible après paiement de la charge annuelle de la dette	19 662 303	16 307 024	18 053 387	17 741 182	15 887 855	16 694 333	16 018 677	15 184 306	14 136 699	13 218 888	12 859 913	13 070 639	14 044 358	15 341 625	198 558 886
Charge annuelle de la dette en % des produits	2,05%	2,14%	2,44%	2,83%	3,30%	3,39%	3,57%	3,87%	4,10%	4,31%	4,42%	4,42%	4,29%	4,14%	3,52%
Encours de la dette en valeur	71 490 633	94 837 492	139 323 336	179 211 998	215 681 119	239 860 088	262 507 530	273 554 955	286 103 737	291 023 778	283 694 450	272 779 631	263 600 005	253 739 680	
Taux d'endettement	12,37%	16,15%	23,66%	30,25%	36,32%	40,00%	43,52%	44,91%	47,09%	47,82%	46,46%	44,39%	42,89%	41,22%	
Taux d'indépendance financière	26,02%	31,53%	40,36%	46,83%	51,79%	54,89%	57,60%	59,12%	60,18%	60,83%	60,57%	60,09%	59,74%	59,20%	
Durée apparente de la dette	2,55	3,90	5,27	6,55	7,94	8,58	9,36	9,55	9,99	10,08	9,65	9,09	8,63	8,13	

L'analyse suivante peut être menée sur les différents scénarii d'aides qui sont présentés :

- **du point de vue de la soutenabilité financière** (résultat comptable, CAF nette et marge brute disponible, charge annuelle de la dette), les scénarios à 44 M€ ou 25 M€ conduisent à un **doublé de la charge annuelle de la dette par rapport à 2017**, ce qui devra donc conduire à la réalisation par l'établissement de son plan d'actions d'efficience pour garantir, *a minima*, l'atteinte du niveau de marge brute d'exploitation prévu dans le PGFP. Si le scénario à 44 M€ d'aides est, par construction, plus favorable, **un appui à hauteur de 25 M€ ne produit pas de déséquilibre majeur. En effet, dans cette hypothèse, la charge de la dette ne dépasse pas 4 % des produits au moment des pics d'endettement (2026-2028)**, l'autofinancement disponible (mesuré par la CAF nette ou la marge brute disponible après remboursement paiement de la charge annuelle de la dette) se situant entre 14 et 15 M€ au plus bas. Ce niveau peut paraître insuffisant (moins de 2,5 % des produits durant les années d'endettement les plus fortes), mais le retour à un taux de marge à 7 % à partir de 2026, comme cela était prévu dans le dossier initial, permettrait de gagner 3 M€ d'autofinancement / an. Du point de vue du résultat du compte de résultat principal, le scénario à 25 M€ d'aides démontre néanmoins des difficultés à obtenir l'équilibre, sur la base des hypothèses de marge brute d'exploitation retenues.

Le scénario sans aide financière montre en revanche que la charge de la dette se fixerait certaines années à 4,4 % des produits, nécessitant alors un fort niveau de performance économique pour être soutenable. Ce scénario présente donc un risque élevé.

- **du point de vue des ratios d'endettement**, le scénario à 44 M€ d'aides permet de conserver deux des trois ratios (indépendance financière et durée apparente de la dette) sous les limites du décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS, décret prévoyant notamment les procédures d'autorisations d'emprunt par le DGARS. A noter néanmoins que l'encours de dette serait multiplié par 2,7 entre 2017 et 2030, nécessitant par conséquent une vigilance particulière de l'établissement du point de vue de la gestion de cette dette. Le scénario intermédiaire (25 M€ d'aides) devrait permettre de retrouver un ratio d'indépendance financière inférieur à 50 % au-delà de 2030. Dans l'hypothèse d'un scénario à 25 M€ d'aides, les emprunts seraient supérieurs d'environ 37 M€ par rapport au scénario à 44 M€ d'aides, ce qui peut représenter un certain risque auprès des établissements bancaires. Le scénario sans aucune aide financière est, de fait, encore plus défavorable.

A noter enfin que, dans l'ensemble des scénarios, les emprunts sont simulés sur la base d'une durée de 25 ans à 3 % d'intérêts (capital constant). Si ces taux paraissent en adéquation, voire au-delà, des niveaux actuels du marché, une évolution de 100 points de base se traduirait par une augmentation, en moyenne, de 1,4 M€ / an de charge annuelle de la dette sur la base de 286 M€ d'emprunts.

4.4. Synthèse

La trajectoire financière proposée par le CHU de Brest paraît soutenable, sur la base d'un accompagnement financier se situant à 44 M€. Ce niveau d'aides financières pourrait être néanmoins conditionné à l'atteinte du niveau de marge brute d'exploitation prévue initialement dans le dossier soumis au COPERMO. La hauteur de cet accompagnement financier permet de se prémunir contre certains risques pouvant survenir sur une longue période (évolution des taux d'intérêt, travaux imprévus, retards, etc.). Le niveau d'endettement, actuel et futur, ne justifie pas nécessairement une aide à 100 % en capital.

Les autres opérations majeures prévues au PGFP (SSR et psychiatrie notamment) devront faire l'objet d'une évaluation préalablement à leur lancement, afin de s'assurer que leur dimensionnement (capacitaire et financier) ne déséquilibre pas le plan de financement actuel et au regard de l'évolution de la trajectoire financière de l'établissement.

5. Éléments conclusifs

Le projet présente la reconfiguration de l'offre hospitalière publique brestoise au travers de la rénovation du centre hospitalo-universitaire. Il s'inscrit dans l'esprit du protocole signé avec le Service de santé des armées en 2016 et intègre une partie des activités de l'hôpital d'instruction des armées.

Le projet COPERMO s'inscrit dans un plan pluri annuel d'investissement de 590 M€ sur douze ans. Il propose sept opérations pour un montant total de 172 M€ visant la mise aux normes et la rénovation de la Cavale Blanche ainsi qu'une restructuration de Morvan. Une seule opération neuve de 20,8 M€ de construction d'un ensemble stérilisation et pharmacie a pu faire l'objet d'une analyse complète surfaces coûts avec les outils DGOS-ANAP.

- Sur le volet immobilier

A travers ce projet, le CHU a décidé de certaines options et notamment du maintien des deux sites Cavale Blanche et Morvan.

Il est regrettable que le dossier exclue dans son raisonnement l'intégration totale des activités de l'hôpital d'instruction des armées. Le maintien en fonctionnement de ce site génère de l'incompréhension alors que les opérations présentées projettent des fins de réalisation à 2029 et 2030. A cette date, le site militaire restera ouvert avec une capacité de 78 lits et 6 places MCO en maintenant des urgences à quelques kilomètres d'un autre site d'urgences hospitalo-universitaire.

L'efficacité générale pâtit donc, sans que les éléments financiers de ces surcoûts n'aient été analysés, du maintien de trois sites hospitaliers ouverts avec conservation des services logistiques et médico-techniques sur chacun d'entre eux.

Un scénario à deux sites, en préservant les spécificités des activités de l'hôpital d'instruction au travers d'un groupement de coopération sanitaire par exemple, mais utilisant les plateaux techniques du CHU, devrait être étudié sur le site de Cavale Blanche.

Il faudra alors reprendre le sujet de la configuration du site Morvan autour du pôle femme-mère-enfant et centre de consultations non programmées en lien avec la médecine de ville, maison de santé, structures médico-sociales...

- Sur le volet financier

Le CHU de Brest bénéficie aujourd'hui d'une situation financière caractérisée par un faible endettement, une amélioration de sa performance économique globale sur la période 2014-2016 du fait d'efforts de redressement budgétaire et d'une situation de trésorerie confortable. Ces résultats constituent des atouts indéniables pour mener des opérations d'investissement importantes sur la période à venir.

L'amélioration de la trajectoire financière prévue sur la période 2018-2030 doit permettre l'atteinte d'un taux de marge brute hors aides financières à hauteur de 6,6 % en 2030, objectif inférieur au taux de 7,2 % figurant dans le dossier initial présenté au COPERMO. L'effort qui doit être porté par le CHU repose sur des actions ciblées essentiellement sur des réorganisations, avec des effets importants sur la masse salariale. Si ces mesures paraissent atteignables au vu de la réorganisation permise par les nouveaux investissements immobiliers, elles supposeront

d'être suivies de manière particulièrement étroite par le CHU et l'ARS, afin d'être en capacité de réviser les objectifs de dépenses et d'investissement en cas d'écart à la trajectoire.

Une aide nationale à hauteur de 44 M€ permet de sécuriser le plan de financement pour se prémunir contre les risques inhérents à ce type d'opérations sur une longue période. Elle n'a pas nécessairement à être attribuée à 100 % en capital.

- *En synthèse*

Le présent dossier traduit les choix pragmatiques du centre hospitalo-universitaire dans une situation tendue en matière de vétusté, de conformité technique et de qualité hôtelière.

Les options retenues permettent de rénover l'hôpital, de le restructurer et de remettre à niveau les services logistiques pour les mettre à disposition du groupement hospitalier de territoire.

Ces rénovations, jointes aux opérations techniques réalisées concomitamment, s'étendront sur une période de dix ans.

Dès lors que l'enveloppe financière est arrêtée, la contrepartie de ce choix a conduit à ne pas faire apparaître les projets structurants médicaux déjà engagés (cancérologie et ambulatoire).

Cependant, une fois ces opérations terminées, l'offre publique de soins brestoise ne sera reconfigurée que partiellement. En effet, les choix proposés n'intègrent qu'en partie l'hôpital d'instruction des armées. Le protocole signé en 2016 prévoit une collaboration dont le terme n'est pas abouti, puisqu'il laisse en fonction un site de capacité réduite, mais qui consommera des moyens logistiques et administratifs publics au-delà de ce que les besoins de santé nécessitent.

Il n'est pas question de renchérir considérablement l'opération, mais de prévoir une tranche complémentaire terminant au mieux ce projet.

Le projet présenté doit être soutenu dans bien de ses composantes, mais il doit prévoir et permettre la fermeture de l'hôpital d'instruction. S'il faut traiter l'aspect politique de cette opération qui pourrait avoir lieu dans cinq à sept ans, ce ne peut être, selon la contre-expertise, au détriment de l'efficacité hospitalière.

Table des figures

Figure 1 : intensité des investissements du CHRU de Brest comparée aux autres CHU et taux de vétusté du bâti au CHRU de Brest.....	10
Figure 2 : Photographie aérienne du site de la Cavale Blanche.....	13
Figure 3 : Récapitulatif schématique des sites de court-séjour brestois.....	17
Figure 4 : MORVAN (bâtiments 4, 4bis, 5) - Situation projetée	20
Figure 5 : Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet.....	25

Table des tableaux

Tableau 1 : Projet de redimensionnement capacitaire du CHRU hors mutualisations avec l'HIA....	7
Tableau 2 : Redimensionnement capacitaire du CHRU, en intégrant les activités HIA	8
Tableau 3 : Synthèse des réductions capacitaires MCO sur le périmètre de l'offre publique brestoise.....	8
Tableau 4 : Activité MCO Cavale Blanche & Morvan	15
Tableau 5 : Dimensionnement Pharmacie Stérilisation au regard des référentiels ANAP	23
Tableau 6 : Tableau des surfaces de l'ensemble de l'opération.....	27
Tableau 7 : Décomposition des coûts des travaux.....	28
Tableau 8 : résultats d'exploitation 2014-2017.....	31
Tableau 9 : Situation financière du CHRU (2014-2017).....	33
Tableau 10 : Plan d'efficience 2018-2030	34
Tableau 11 : Résultats prévisionnels (2017-2030).....	38
Tableau 12 : Tableau de financement prévisionnel.....	40
Tableau 13 : Principaux indicateurs financiers selon les trois scénarios d'aide envisagés	42