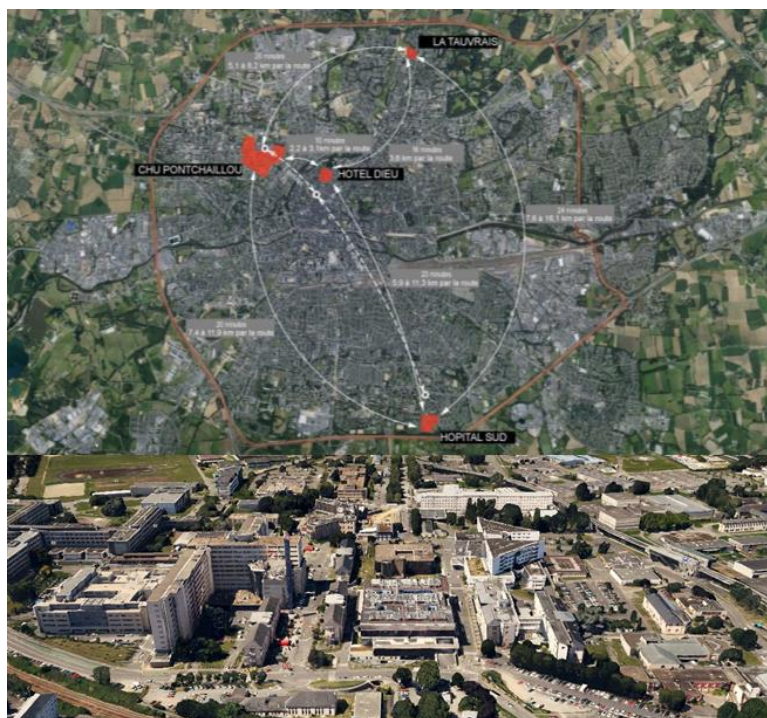


**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet de reconstruction in situ
des activités MCO du CHU de RENNES**



[D'après dossier d'évaluation socio-économique]

08 mars 2018

Préambule

L'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012¹ instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements et une contre-expertise indépendante de cette évaluation lorsque le niveau de financement public dépasse un certain seuil. 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 de 100 M€ au-delà duquel cette contre-expertise est obligatoire, ainsi que 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 de Bretagne. 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 |
| SOMMAIRE | 3 |
| 1. CONTEXTE GENERAL | 4 |
| 1.1. PRESENTATION DU PROJET ET PREMIERS COMMENTAIRES | 4 |
| 1.2. ANALYSE DU PROJET | 4 |
| <i>La cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins</i> | 4 |
| <i>Analyse du projet d'établissement en lien avec le dimensionnement d'activités</i> | 5 |
| 1.3. PRISE EN COMPTE DES ENJEUX ET DES MESURES ENVISAGEES | 7 |
| 2. ANALYSE DU VOLET IMMOBILIER ET TECHNIQUE | 8 |
| 2.1. LES ENJEUX DU PROJET IMMOBILIER | 8 |
| 2.2. UN SITE UNIQUE A PONTCHAILLOU | 9 |
| 2.3. LA GESTION OPERATIONNELLE | 10 |
| <i>Le phasage et le planning des opérations</i> | 10 |
| <i>L'intégration de thématiques périphériques</i> | 11 |
| <i>Les estimations prévisionnelles</i> | 14 |
| 2.4. LE PMTC ET LES HEBERGEMENTS CONVENTIONNELS | 15 |
| 3. ANALYSE DU VOLET FINANCIER | 17 |
| 3.1. EXPOSE SYNTHETIQUE DES PROBLEMATIQUES DU PLAN DE FINANCEMENT | 17 |
| 3.2. ANALYSE DU DOSSIER | 19 |
| <i>La situation financière du CHU de Rennes à date</i> | 19 |
| <i>Les hypothèses du PGFP</i> | 20 |
| <i>Le retour sur investissement</i> | 23 |
| <i>L'analyse des risques</i> | 25 |
| 3.3. LE PLAN DE FINANCEMENT | 26 |
| 3.4. SYNTHESE | 27 |
| 4. CONCLUSION | 28 |
| <i>La pertinence de la reconstruction sur un site unique</i> | 28 |
| <i>Les points de vigilance</i> | 28 |
| <i>Les recommandations</i> | 29 |

1. Contexte général

1.1. Présentation du projet et premiers commentaires

Le CHU de Rennes est un établissement public de santé, support du GHT de Haute Bretagne, bien ancré dans le département d'Ille et Vilaine avec un recrutement régional et inter-régional pour ces activités de recours.

Actuellement organisé sur 4 sites (Pontchaillou, hôpital sud, Hôtel Dieu, La Tauvrais), le CHU de Rennes souhaite réaliser un projet immobilier permettant de regrouper l'ensemble de l'activité MCO et les plateaux techniques sur un site unique de Pontchaillou, entraînant de facto la fermeture de l'hôpital sud.

Le taux de vétusté et les opérations d'investissement étaient jusqu'alors non intégrées dans une vision globale de l'évolution de l'établissement. Aussi, ce choix de reconstruction *in situ* sur un seul site, apparaît cohérent afin de proposer un meilleur parcours de soins, une meilleure lisibilité pour la population et une diminution des coûts liés à la maintenance et au fonctionnement de deux sites distincts.

La participation de la communauté hospitalière et universitaire au programme technique détaillé est un élément favorable pour impulser une dynamique positive du changement.

1.2. Analyse du projet

La cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins

- La croissance démographique du bassin de population de l'Ille et Vilaine (source INSEE) est de + 20,2 % entre 2015 et 2040 et de + 12,5 % entre 2015 et 2030 (fin de projet 2026).
- Les quatre structures privées sur le territoire de Haute Bretagne représentent 42 % des séjours MCO, donc supérieur à celle du CHU de Rennes (40 %). La proximité géographique de cette offre laisse la place à une concurrence forte pour la réponse aux besoins de santé de la population.
- En ce qui concerne l'obstétrique, les deux cliniques de la Sagesse et Saint Grégoire totalisent le même nombre de séjours que le CHU. Aussi, l'impact de l'évolution démographique sur le secteur obstétrique restera partagé entre ces trois structures. Le parti d'une nouvelle attractivité de la maternité reconstruite semble très optimiste.
- Aussi, le taux d'évolution de 0,85 % d'activités retenu par le CHU de Rennes peut s'avérer optimiste si l'établissement n'augmente pas son activité de proximité. Actuellement, 35 % des patients sont domiciliés hors département, voire autre région.
- LARS Bretagne indique que ce projet est conforme au SROS/PRS 2018/2022.

On peut noter un point de vigilance quant à la mise en œuvre du projet médical partagé du GHT pour maintenir l'attractivité du CHU de Rennes sur l'activité de proximité en médecine et chirurgie. Le TMCT très élevé doit être interrogé (p.143).

L'état d'avancement de la création de l'IRC ne permet pas de se projeter vers une organisation spatiale et pratique de l'activité de cancérologie entre le CHU et le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) que ce soit du point de vue de l'utilisation des plateaux techniques que du recours à l'hospitalisation complète.

La concurrence des structures privées (parts de marché) est insuffisamment prise en compte. L'organisation des filières au sein du Groupement hospitalier de territoire (GHT) et la coopération avec le CLCC sont incontournables. L'augmentation d'activités est de ce fait optimiste même si l'évolution démographique est actée.

Analyse du projet d'établissement en lien avec le dimensionnement d'activités

Les orientations stratégiques du projet médical sont prises en compte dans la formalisation du projet de restructuration. Il reste cependant à consolider le projet de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le CLCC pour la création de l'IRC. Le projet médical partagé est à approfondir afin d'envisager le taux de recours à l'hospitalisation complète, le partage des plateaux techniques et la collaboration des équipes sur le plan de l'organisation des activités et de la prise en charge lisible des personnes prises en charge en cancérologie quel que soit les spécialités. Il est difficile de visualiser l'impact de l'activité CLCC sur les lits de chirurgie et le fonctionnement du bloc opératoire et des plateaux techniques en phase 1 et sur les lits de médecine pour la phase 2.

- Les indicateurs de performance sont satisfaisants :
 - l'indice de performance –durée moyenne de séjour (IPDMS) : - 0.98 ;
 - taux d'occupation supérieur à 90 %
 - Chirurgie ambulatoire : 40,1 % (cible ARS 2018 45,3)

En tenant compte du taux d'activité ambulatoire de 41 % et de la diminution de 149 lits opérés ces dernières années, la projection en lits et places semblent adaptés en tenant compte des unités de 30 lits.

La projection de l'activité à 2027 (tableau page 150) n'engendre pas d'augmentation des parts de marché sauf sur les disciplines du pôle mère et enfant (obstétrique et néonatalogie). Ce point est sans doute à modérer du fait de l'effet concurrentiel des structures privées et de la base PMSI² de 2014.

La projection de l'augmentation de l'activité en lien direct avec l'augmentation de la population générale n'est pas suffisamment pondérée par l'augmentation des parts de marché du secteur privé sanitaire offensif en métropole rennaise, notamment sur l'activité de la maternité :

Les coopérations et collaborations entre le CHU et le CLCC sont à décliner dans un projet médical permettant de mieux anticiper le circuit des patients, les organisations de soins et l'anticipation du travail en proximité de personnels sous statuts et rémunération différenciés.

- *Evolution du titre 1 par rapport à l'évolution des organisations*

Les problématiques de recrutement des personnels médicaux sur les spécialités d'orthopédie-traumatologie, obstétrique et endocrinologie peuvent avoir des impacts sur l'augmentation d'activité envisagée.

² Programme de médicalisation des systèmes d'information

Le regroupement des structures d'urgences sur un seul site ainsi que le regroupement des blocs opératoires et des structures aigües devrait permettre une diminution du nombre de médecins dans les spécialités urgences et anesthésie-réanimation.

La projection des organisations de soins avec des maquettes pour 30 lits (base de Reims) permet d'anticiper les effectifs par métiers. On peut noter qu'il sera nécessaire de rééquilibrer les effectifs des aides-soignants au profit des agents de services hospitaliers. Par rapport aux effectifs actuels, le différentiel suivant est relevé, sans compter la baisse du nombre de lits (-54 lits) ni les effets du regroupement des blocs opératoires, plateaux techniques, services logistiques et administratifs.

Tableau 1 : Différentiel des effectifs - situation actuel et effectif théorique

| | Effectifs actuels | Effectifs théoriques base de Reims | Différentiel effectifs |
|-------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------|
| IDE/puéricultrice | 438,9 | 402,2 | - 36,7 |
| AS/AP | 432,3 | 296,6 | - 135,7 |
| ASH | 72,3 | 111,5 | + 39,2 |

Source : d'après dossier d'évaluation socio-économique

L'anticipation des organisations futures doit pouvoir être anticipée dès aujourd'hui malgré la taille des unités de soins, notamment par le rééquilibrage des fonctions entre les aides-soignants et les agents de service.

La révision des maquettes organisationnelles sur la base d'unités de 30 lits avec les ratios base de Reims est adaptée. L'exemple relatif aux services d'orthopédie et traumatologie (64 lits actuels) et un calcul sur les ratios base de Reims avec deux unités de 30 lits (60 lits projetés) permet d'évaluer les gains en ETP, en métiers et en masse salariale (-14,9 ETP/ -698 319 €). Cependant, nous sommes surpris de constater que la projection proposée pour toutes les spécialités tient compte de la base de Reims mais sur la capacité actuelle des lits. Ainsi, si l'on conserve l'exemple de l'orthopédie-traumatologie, le gain ETP proposé n'est que de 1,4 ETP pour un gain de 135 975 €.

Afin de se projeter sur la réalité des unités à 30 lits que ce soit en médecine ou en chirurgie, il aurait été intéressant que l'établissement propose un calcul des ETP et en masse salariale sur l'évolution des effectifs projetés en unité de 30 lits. Le gain d'efficacité calculé pour la révision des maquettes organisationnelles à 6,2 M€ n'est pas relié au futur de l'organisation des services à 30 lits.

De même, la poursuite du virage ambulatoire et de l'impact sur les effectifs hospitaliers ne sont pas abordés.

La projection en ETP avec une révision des maquettes organisationnelles pour des unités à 30 lits n'est pas aboutie.

L'établissement fait état de risques sociaux importants au vu des résultats projetés. Il apparaît donc essentiel de structurer l'évolution des organisations par pallier. Sinon, les projections de gains en ETP et de diminution de masse salariale sont d'ores et déjà inatteignables. D'ailleurs, l'établissement reste prudent sur l'évolution du titre 1 en ne ciblant que des économies ciblées sur les éléments de rémunération (effet prix) sans s'appuyer sur l'économie des postes

supprimés (effet volume). L'effet volume devrait primer sur l'effet prix (mesures nationales catégorielles non connues par exemple) dans la note d'efficacité proposée.

L'impact social de la fermeture de l'hôpital sud et de l'évolution des organisations de travail ne semble pas suffisamment anticipé. Le risque de blocage (impact sur l'activité) ou de négociations ardues avec les partenaires sociaux (maintien du niveau d'emploi) peut engendrer une perte de recettes et une augmentation du titre 1.

1.3. Prise en compte des enjeux et des mesures envisagées

L'établissement a établi une cartographie des risques (p. 131). Si les risques sont identifiés en matière d'impact organisationnel (maquette à 30 lits) et de modification des pratiques professionnelles (organisation en parcours, évolution des métiers), ceci dans un établissement où le climat social est décrit comme tendu, il apparaît que les mesures proposées pour maîtriser ces risques sont faibles (concertation, groupe de travail, cellule d'accompagnement du changement).

L'établissement devrait être en capacité d'ajuster et d'anticiper l'évolution des organisations médicales, de soins, administratives et logistiques pour éviter de se trouver confronté à une inadéquation des ressources humaines au regard des organisations cibles tant en termes de volume (effectifs ETP) que de différenciation des métiers (AS/ASHQ, IADE/IBODE/AS au bloc opératoire, évolution du brancardage, diminution des transports ambulanciers, recentrage des fonctions administratives et logistiques).

Aussi, le dispositif d'accompagnement social des réorganisations pourrait déjà être mis en place pour faciliter la révision des effectifs actuels. La gestion prévisionnelle des métiers et compétences doit être davantage structurée et négociée.

2. Analyse du volet immobilier et technique

2.1. Les enjeux du projet immobilier

Le projet d'investissement soumis à contre-expertise comporte deux phases principales et une troisième et dernière parachevant ce projet d'envergure³.

Une première phase constituée par :

- le plateau médico technique central et 240 lits d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie ;
- le pôle femme-mère-enfant ;
- l'Institut régional de cancérologie (IRC) ;
- la réhabilitation du Centre des urgences et de réanimation CUR.

Une seconde phase constituée par :

- médecine nucléaire et réhabilitation du centre Cardio pneumologique CCP (ambulatoire) ;
- 360 lits d'hospitalisation conventionnelle de médecine complétés par les locaux destinés au MPR et à la dialyse ;
- la réhabilitation partielle des bâtiments Pointeau et Laennec (ambulatoire).

La dernière phase constituée par :

- la réhabilitation du Bâtiment Médico-Technique (BMT)(Institut de biologie) ;
- la démolition du Bloc Hôpital, IGH (immeuble de grande hauteur) historique du site.

L'ensemble des opérations semble avoir été estimé pour permettre une projection financière la plus sincère possible. Ce point sera discuté dans le chapitre trois. Le plan guide élaboré par le CHU de Rennes permet de visualiser l'ensemble de ces opérations.

Figure 1 : Plan Guide



Source : dossier Evaluation socio-économique,

³ Cette description reprend ici les principales informations contenues dans une pièce complémentaire au dossier transmise à la demande de la contre-expertise (février 2019) et qui précise le calendrier général prévisionnel.

Un planning détaillé de la réalisation de ces opérations est également fourni. La première phase devrait être réalisée en 5 ans, la seconde en un peu plus de 6 ans, la troisième en 6 ans ; ces phases se superposant pour aboutir à un délai global de 8 ans.

Les constructions neuves représenteront à l'achèvement du projet, 57 % des surfaces foncières du CHU ce qui peut paraître faible si l'on considère son ampleur et sa complexité de mise en œuvre. Ce pourcentage passe néanmoins à 62 % si l'on ne prend en compte que les bâtiments destinés aux soins. Néanmoins les 40% restants se trouveront dans des bâtiments assez récents partiellement restructurés.

Tableau 2 : Bilan des surface - Neuf / Réhabilité

| | | |
|--|------------------------------|-------------|
| 1. Bâtiments conservés / réhabilités | 100 621 m² | 43% |
| DIFSI | 1 903 m ² | |
| Santé publique | 2 567 m ² | |
| Divers pavillons (crèches, médecine travail, etc.) | 2 732 m ² | |
| Administration générale | 2 896 m ² | |
| Instituts de Formation + Desnos | 13 074 m ² | |
| Pointeau-Laennec | 11 038 m ² | |
| Jean Dausset | 20 126 m ² | |
| Centre des Urgences et Réanimation (CUR) | 22 654 m ² | |
| Centre Cardio Pneumo (CCP) | 23 631 m ² | |
| 2. Constructions neuves | 135 963 m² | 57% |
| Extension self | 2 440 m ² | |
| Bâtiment tertiaire | 3 500 m ² | |
| Institut Régional de Cancérologie | 24 764 m ² | |
| Hébergements + MPR + Dialyse | 23 911 m ² | |
| Pôle Femme-Mère-Enfant | 31 884 m ² | |
| PMTIC + hébergements | 49 464 m ² | |
| Total | 236 584 m² | 100% |

Source : Dossier Evaluation socio-économique

En définitive la surface totale exploitée sera réduite à terme de 11 %.

2.2. Un site unique à Pontchaillou

Ce projet subdivisé en sept opérations principales résulte du choix du CHU de Rennes de retenir l'option du regroupement de l'ensemble de ses activités MCO sur son site historique suite aux conclusions d'un schéma directeur immobilier préalable.

Ce schéma directeur a comparé les différentes hypothèses possibles de modernisation, à savoir :

- la modernisation des deux sites actuels Pontchaillou et Hôpital Sud ;
- la reconstruction complète sur un nouveau site ;
- le regroupement de l'ensemble de ses activités sur son site historique.

Le CHU de Rennes a choisi la dernière hypothèse consistant donc à **regrouper l'ensemble de ses activités sur son site historique Pontchaillou**, pour les motifs principaux suivants :

- la réhabilitation de l'hôpital Sud coûteuse et non pertinente tout comme celle du bloc Hôpital, l'IGH du site historique de Pontchaillou ;
- la localisation des nouveaux sites proposés par la collectivité trop excentrée et mal desservie ;
- le surcout de la reconstruction complète et la perte des bénéfices des investissements récents ;

- un délai plus long avant de pouvoir bénéficier des premiers investissements ;
- la séparation physique du CHU et de la faculté.

Au regard de ces éléments, ce choix est sans doute le plus pertinent et le plus pragmatique. Il permet en outre de séquencer les investissements autorisant ainsi des évolutions de programme spécifiques.

Cette décision éminemment stratégique a conduit le CHU à concevoir un ensemble d'opérations dont la réalisation devrait s'étaler sur huit ans.

Cette option a également l'avantage de « lisser » les investissements pour les rendre plus acceptables financièrement. Par contre :

- elle génère de nombreuses difficultés de gestions opérationnelles ;
- et confère une importance toute particulière au PMTC, première opération qui devient la « pierre angulaire » de l'ensemble du projet.

2.3. La gestion opérationnelle

Les difficultés de gestion opérationnelle concernent :

- le phasage et le planning des opérations ;
- l'intégration de thématiques « périphériques » hors des processus de soins ;
- la fragilisation des estimations prévisionnelles des valeurs finales des opérations.

Le phasage et le planning des opérations

Il repose sur une étude conduite pendant la réalisation du schéma directeur immobilier ayant abouti au plan guide présenté précédemment. Si ce plan guide démontre la faisabilité architecturale du projet, il met néanmoins en exergue quelques difficultés opérationnelles potentielles que le maître d'ouvrage devra surmonter. Il s'agit principalement :

- de la proximité des chantiers avec les hôpitaux maintenus en exploitation ;
- de la réalisation simultanée de plusieurs opérations de grande ampleur ;
- du maintien des différents flux et des accès à ces bâtiments pendant les travaux ;
- du maintien même des niveaux d'activité actuels indispensable au financement du projet.

Le premier planning détaillé fourni dans le dossier a été complété en cours d'instruction par un second document (joint en annexe) plus exhaustif et par un carnet de phasage plus détaillé. Ces nouveaux éléments ne font que mettre en exergue la complexité du phasage général sans répondre aux défauts majeurs initiaux.

Un point de vigilance particulier concernant le tepscan qui devra être maintenu en fonctionnement pendant le chantier du PMTC. La faisabilité opérationnelle de ce choix reste à démontrer.
Même remarque pour la réalisation ultérieure de la stérilisation centrale en sous-sol du PMTC en 2029.

Les délais de réalisations de l'ensemble des opérations sont trop courts. Le CHU de Rennes gagnerait à élaborer des plannings détaillés consolidant ainsi la conduite des opérations. Devraient figurer :

- les délais administratifs comme ceux de l'obtention des PC ;
- ceux des appels d'offre ou des concours ou des dialogues compétitifs ;
- l'exercice de la gouvernance interne ou externe ;
- les délais des études ;
- ceux des travaux en incluant les phases de réception ;
- les installations des équipements et leur mise en route ;
- impacts des travaux conduits par l'hôpital ;
- etc.

Des plannings détaillés par opération assortis d'une synthèse devront être fournis au COPERMO pour consolider son avis car le calendrier est exagérément optimiste et pourrait générer des risques opérationnels et des dérives financières.

Trois chantiers majeurs se dérouleront notamment simultanément en phase 1 :

- le PMTC et 240 lits d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie ;
- le pôle Femme-Mère-Enfant ;
- l'institut Régional de Cancérologie (IRC).

Ils occasionneront une forte occupation des espaces extérieurs (installations de chantiers notamment), générant des conflits d'usages et de nombreuses nuisances à gérer pour maintenir la qualité des soins et le niveau d'activité.

Cette concomitance posera sans doute des problèmes de gestions de tous ordres pour le CHU qui devra constituer une équipe dédiée à la conduite d'opération suffisamment dimensionnée.

Cette fragilité est renforcée par la nécessité de conduire les opérations « annexes » avec l'ingénierie des titulaires des futures opérations.

L'intégration de thématiques périphériques

- La logistique

La restructuration de l'ensemble de la logistique fait partie intégrante du projet. Elle concerne toutes des opérations. Si ses principes généraux ont été arrêtés par le CHU, la conception finale et la réalisation des infrastructures seront partagées entre lui et le titulaire du marché de travaux du PMTC.

C'est ce secteur qui a fait l'objet des plus grandes évolutions entre la phase d'éligibilité et le dossier actuel sans pour autant lever toutes les interrogations.

Des surfaces ont été « provisionnées » pour permettre leur intégration sans pour autant détailler les locaux, renvoyant ainsi aux futurs concepteurs le soin de les définir et d'en déterminer les coûts.

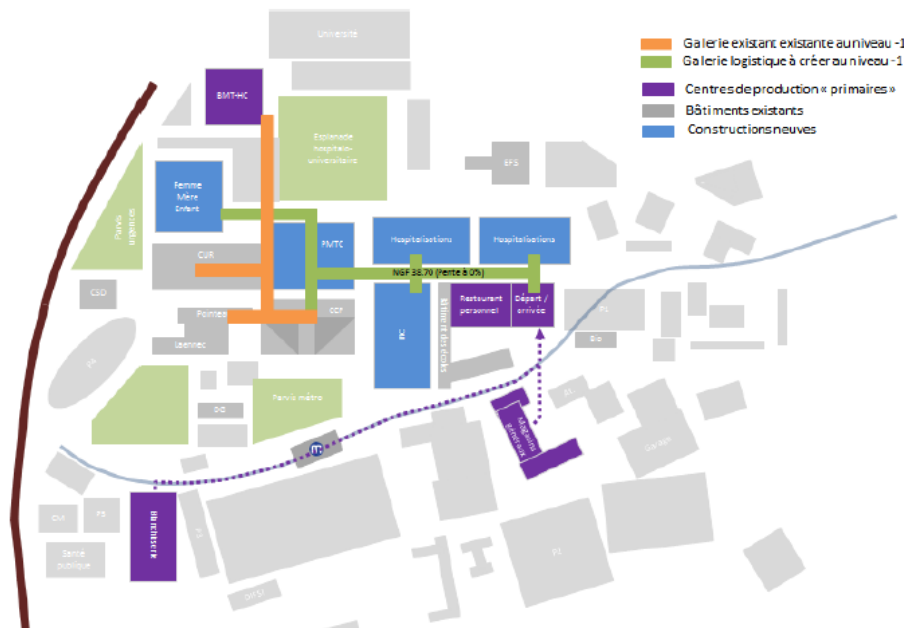
Une note de synthèse a été fournie confirmant le partage de responsabilité entre maîtrise d'ouvrage et entreprises et par conséquent la difficulté à prendre position sur :

- la pertinence du dossier en la matière ;
- la possibilité d'intégrer les contraintes logistiques au phasage proposé et à son calendrier déjà extrêmement tendu.

La remarque est valable également pour la « sincérité » des estimations prévisionnelles fournies en la matière.

A la lecture du dossier, il est notamment difficile de déterminer les limites d'intervention des différents acteurs (titulaire du marché de conception/réalisation et CHU) concernant la galerie logistique longeant les bâtiments d'hébergement de la seconde phase qui relie le PMTC à la plateforme d'éclatement, opération réalisée par ailleurs par le CHU.

Figure 2 : Plan des galeries logistiques



Source : dossier évaluation socio-économique

- Les infrastructures techniques primaires

Totalement absente du dossier initial, une note relativement succincte a été produite abordant les orientations générales. Cette note met à nouveau en évidence des éléments complexes de phasages entre différents interventions et intervenants, à savoir:

- l'intrication entre les galeries logistiques et les réseaux primaires électriques et de distribution de chaleur ;
- les chantiers conduits par des concessionnaires ;
- les opérations conduites par les services techniques du CHU ;
- celles réalisées par les titulaires des marchés de conception/construction.

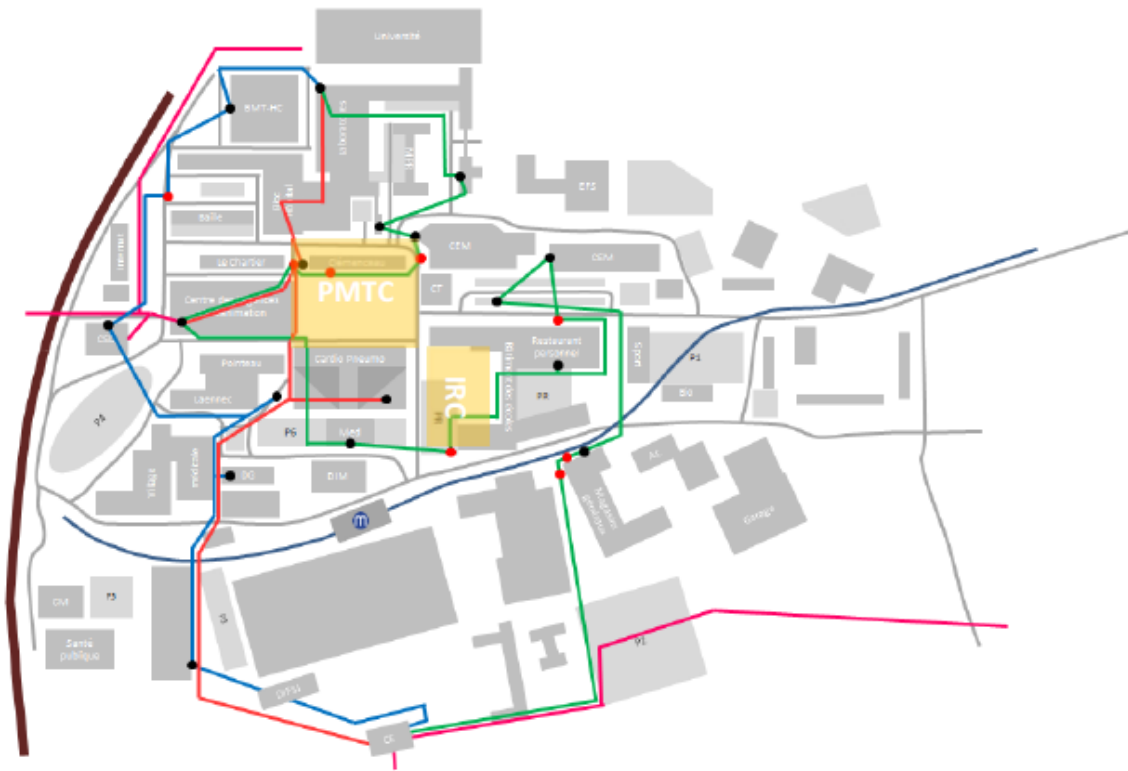
Cette complexité pèse même sur la conception des installations techniques notamment pour la HTA empêchant une reconfiguration optimisée de la boucle de distribution. Comme le montre le plan ci-dessous, chaque opération aura son propre poste HTA et sera reliée soit à une boucle de distribution partielle ou à une antenne.

Les dispositifs dédiés au secours électrique ne sont pas évoqués. La configuration finale n'est donc pas précisée et donc encore moins comment il est assuré en phase travaux.

C'est une fragilité du dossier à lever impérativement car ces dispositions conditionnent ;

- la continuité et la sécurité des soins pendant 8 ans ;
- la « sincérité » des coûts des travaux car il est vraisemblable que la puissance des groupes actuels sera insuffisante au vue du regroupement sur le site de l'ensemble des activités MCO.

Figure 3 : dispositif des secours électriques



Source : dossier d'évaluation socio-économique

Il aurait été peut être opportun de faire une opération distincte et préalable, confiée à une maîtrise d'œuvre spécialisée regroupant des fonctions logistiques et techniques, cette opération intégrant :

- la réalisation de la galerie longeant les hébergements conventionnels prévus phase 2 et reliant la plateforme d'éclatement au PMTC ;
- les réseaux techniques qu'elle devra accueillir.

Les estimations prévisionnelles

L'analyse détaillée s'est concentrée sur le PMTC, la pierre angulaire du projet. Les observations formulées suite à son analyse sont valables pour les autres opérations.

L'estimation prévisionnelle à financer toutes dépenses confondues en valeur fin de chantier comprend :

- le cout des travaux ;
- les honoraires ;
- les aléas ;
- les actualisations et révisions.

- Le cout des travaux

Il résulte des surfaces utiles qui conditionnent les surfaces réellement construites auxquelles sont appliqués des couts spécifiques. Les valeurs cibles de tous ces éléments varient d'un secteur fonctionnel à un autre en fonction de leurs problématiques fonctionnelles et de leurs complexités techniques.

Le dossier présente deux sources d'analyse, celle du rapport socio-économique et celle du PTD. Elles sont comparées dans le tableau ci-dessous. La seconde confirme les éléments de la première et donc consolide la cohérence des données prévisionnelles surfaciques des locaux de soins.

Tableau 3 : Analyse des surfaces utiles proposées dans deux documents

| | SU copermo | SDO copermo | SDO ptd | SDO/SU copermo | cout m2 sdo HT |
|-------------------------------------|------------|-------------|---------|----------------|----------------|
| accès et hall | 1008 | 1193 | 0 | 1,18 | 1600 |
| centre ambulatoire | 1314 | 1641 | 1680 | 1,25 | 1800 |
| bloc chirurgical et interventionnel | 8145 | 10708 | 10475 | 1,31 | 2600 |
| soins critiques | 4902 | 6735 | 7200 | 1,37 | 2400 |
| hospitalisation conventionnelle | 6588 | 8791 | 8400 | 1,33 | 1800 |
| logistique | 4228 | 5231 | 4627 | 1,24 | 1600 |
| locaux du personnel | 3402 | 4346 | 5322 | 1,28 | 1400 |
| circulation générale | | 3091 | 3017 | | 1600 |
| locaux techniques | | 7729 | 7543 | | 1800 |
| | 29587 | 49465 | 48264 | 1,67 | |

Source : d'après le dossier d'analyse socio-économique

Les coefficients SDO/SU retenus sont optimisés ainsi que les couts au m². Ils sont conformes aux normes de l'ANAP.

C'est par contre différent pour les surfaces de la logistique qui sont des % appliqués aux surfaces dédiées aux soins et pour le cout au m² qui semble important. De fait il s'agit d'une provision très aléatoire au regard des observations formulées précédemment dans le rapport.

Cette remarque est valable pour les locaux techniques. Les surfaces retenues sont très importantes, les couts aussi.

Des provisions sont à nouveau constituées à hauteur de 10 millions d'euros, pour les galeries techniques et les VRD.

- Les honoraires, les aléas, la TVA et les actualisations/révisions

Il est usuel de retenir un coefficient de 1,6 pour les honoraires, les aléas et la TVA. Le CHU compte donc deux fois des aléas puisqu'il prévoit 6 % à cet effet, conférer le tableau ci-dessous.

Le montant des actualisations/révisions sont par contre relativement faibles et sans doute sous estimées le calendrier trop optimiste ayant servi de base à leur calcul.

En conclusion, bien que le chiffrage des coûts des locaux de soins ait été optimisé, il est difficile de valider en l'état l'estimation de l'opération, les incertitudes concernant la logistique et les installations techniques, le phasage et les plannings étant trop importantes.

Tableau 4 : Coût des constructions neuves

| | Coûts € HT | Coûts € TDC | |
|--|----------------------|----------------------|------------|
| Construction neuve "PMTC / Hébergements 240 lits" | | | |
| PMTC / Hébergements 240 lits | 99 776 170 € | | |
| Hélistation | 1 000 000 € | | |
| VRD, galeries techniques, etc. | 10 218 000 € | | |
| Sous-total | 110 994 170 € | | |
| Aléa - 6% | 6 659 650 € | | |
| Total (valeur 2018) | 117 653 821 € | 188 246 113 € | 1,6 |
| | | | |
| | Coûts € HT | Coûts € TDC | |
| Coût total opération (valeur 2018) | 122 667 939 € | 196 268 702 € | |
| | | | |
| Impact de la révision des prix | | 14 015 421 € | |
| | | | |
| Coût total opération en valeur fin de chantier | | 210 284 123 € | |

Source :

2.4. Le PMTC et les hébergements conventionnels

Le *PMCT*, première opération, est la pierre angulaire du projet. Il regroupe l'ensemble des activités chirurgicales du CHU et de l'IRC (Institut régional du cancer) notamment les blocs opératoires, l'imagerie et les soins intensifs ce qui correspond aux locaux les plus techniques à mettre en œuvre.

C'est donc l'opération du projet qui conditionnera la capacité du CHU à atteindre ses objectifs d'efficacité médico-économique.

C'est aussi l'ensemble immobilier abritant les activités lourdes de l'IRC qui concrétisera cette collaboration emblématique.

Et comme il a été évoqué précédemment, les dispositions logistiques et techniques déterminées pendant sa conception s'imposeront aux autres opérations.

Sa pertinence architecturale et technique conditionnera l'ensemble de la modernisation immobilière du site historique de Pontchaillou. Le recours à la procédure de conception/réalisation dans ce cas de figure même si elle est potentiellement la plus rapide n'est pas la plus adaptée car le programme pourrait ne pas être suffisamment stabilisé. L'usage de la loi MOP aurait permis de sécuriser ces options majeurs du programme en donnant plus de temps de réflexion à la gouvernance du projet en bénéficiant des de phases successives et progressives de validation : Les études d'avant-projet sommaire (APS) et les études d'avant-projet définitif (APD).

Dans ce cadre et sur les bases des documents du dossier, l'examen du PTD du PMTC soulève les observations suivantes :

- le programme des locaux est de grande qualité traduisant une réflexion approfondie concernant la délivrance des soins et intégrant les contraintes des parcours patient ;
- le dimensionnement est conforme aux « normes » en vigueur, confer tableaux précédents ;
- les problématiques d'évolutivité à court et moyen terme ont été prises en compte au niveau de la conception générale du projet en envisageant des bâtiments ayant des usages bien différenciés jusqu'aux locaux souvent standardisés ;
- les contraintes environnementales y sont prises en compte.

Il subsiste néanmoins un doute concernant la pertinence d'imposer une obligation de résultat dans le domaine de logistique alors que des décisions à prendre relèvent d'un périmètre plus large que celui de l'opération.

Toutes les observations formulées dans l'ensemble de ce chapitre, démontre l'intérêt de rechercher une alternative de phasage de la phase 1 plus étalée dans le temps et recourant à des modalités de gestions différentes.

A titre d'exemple, le projet pourrait commencer par le projet Femme, Mère,Enfant, projet qui génère sans trop de difficultés une grande partie des gains d'efficacité attendus. Le recours à la loi MOP pour le PMTC bien que potentiellement plus long pourrait justement donner le temps d'intégrer les diverses mises au points programmatiques complexes décrites précédemment et notamment la finalisation des coopérations avec le CLCC. Enfin une opération préalable spécifique dédiée à la logistique et aux infrastructures primaires techniques pourrait être réalisée.

3. Analyse du volet financier

3.1. Exposé synthétique des problématiques du plan de financement

Les projets d'investissement présentés par le CHU de Rennes à la contre-expertise s'élèvent pour la période 2019-2027 s'élèveront à 512 M€ et sont composés de deux phases :

- Une phase 1 de 380 M€ regroupant 4 opérations sur la période 2019-2023 : le plateau Médico Technique Central, un bâtiment d'hébergement de 240 lits de chirurgie, le regroupement des activités du pôle Femme-Mère-Enfant sur un même site, la réhabilitation partielle du centre des urgences et réanimation, et la restructuration de l'institut régional de Cancérologie conjointement avec le Centre Eugène Marquis.
- Une phase 2 de 132 M€ regroupant 3 opérations sur la période 2021-2025 : la réhabilitation du Centre Cardio-pneumologique et l'implantation d'une plateforme de médecine nucléaire, un bâtiment regroupant l'ensemble des activités médicales y compris celles du CLCC et la dialyse, la réhabilitation partielle du site Pointeau Laennec.

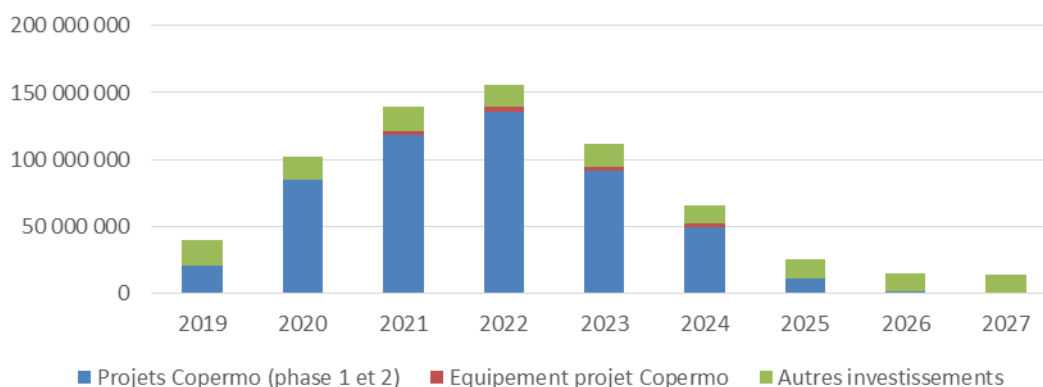
Le projet de rénovation complet du CHU de Rennes comprend également une 3^{ème} phase non soumise à la contre-expertise pour un montant de 43,9 M€ reprenant la réalisation de l'institut de biologie ainsi que la démolition de l'IGH.

Les 3 phases cumulées s'élèvent à 555,9 M€.

Les 2 phases soumises à contre-expertise pour 512 M€ s'inscrivent dans un plan d'investissement de 666 M€ :

- les 2 phases travaux pour 512 M€ (77 %) ;
- les équipements associés : 12 M€ (2 %), ce qui est très en deçà des estimations habituelles (entre 10 et 15 % des coûts travaux) ;
- les investissements courants (biomédical & SI) : 142,6 M€ (21 %).

Figure 4 : Plan pluriannuel d'investissement 2019-2027 CHU de Rennes



Source : Contre expertise

Le PPI présenté représente 94 % des recettes annuelles du CHU en base 2019.

Le financement de ce plan d'investissement repose sur un endettement massif du CHU de Rennes puisque l'encours de la dette va passer de 210 M€ en 2018 à 550 M€ en 2023 puis se stabiliser à 411 M€ en 2027. Le recours à l'emprunt représente 45 % des ressources du plan de financement La capacité d'autofinancement quant à elle représente 47 %, cette ressource s'appuie sur une croissance de la CAF de 26 M€ en 2018 à 60 M€ attendus en 2027, soit une multiplication par 2,3.

Tableau 5 : Plan de Financement 2017-2027 en K €

| Emplois | | | Ressources | | |
|--------------------------|-----------|-----|------------|-----|-------------------------|
| Remboursement du capital | 299 130 | 29% | 488 931 | 47% | CAF |
| Projet COPERMO | 512 072 | 49% | 19 312 | 2% | Cessions |
| Autres immo | 233 179 | 22% | 24 000 | 2% | Aide en Capital Copermo |
| | | | 2 932 | 0% | Autres aides copermo |
| | | | 388 | 0% | Autres ressources |
| | | | 465 000 | 45% | Emprunts |
| | | | 43 818 | 4% | Prélèvements sur FRNG |
| | 1 044 381 | | 1 044 381 | | |

Source : Contre expertise

Le dossier montre que les ratios du décret de décembre 2011 sont fortement dépassés sur la période 2021 à 2027 mais que grâce aux effets attendus de cette restructuration sur l'évolution de la marge brute et en conséquence de la capacité d'autofinancement, le CHU respectera en 2030 l'ensemble des critères

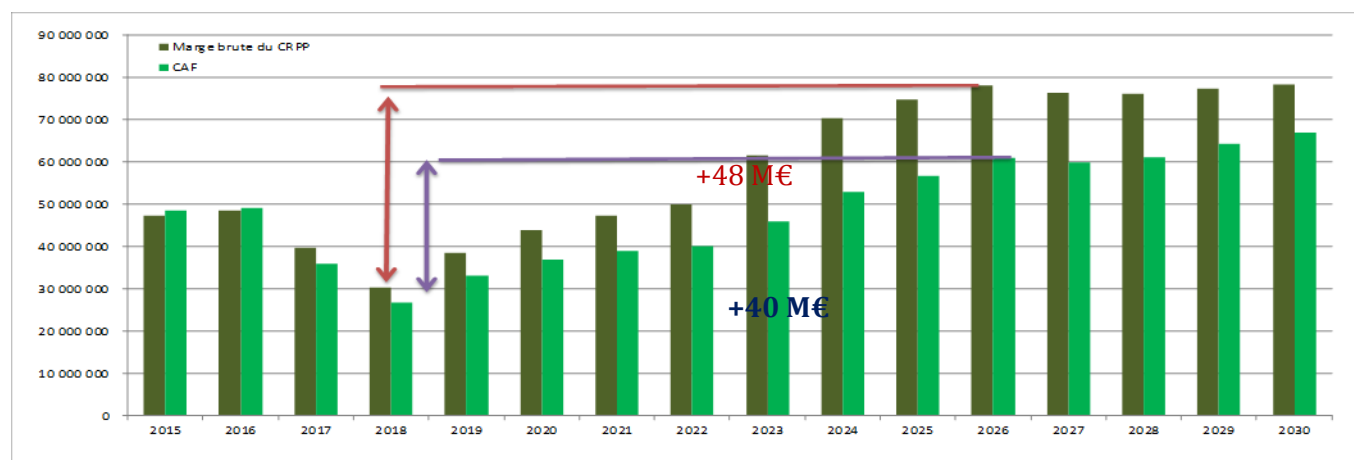
Tableau 6 : Analyse de l'évolution des ratios du décret de décembre 2011

| Ratios décret décembre 2011 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Durée apparente de la dette | 7,90 | 7,13 | 8,00 | 10,04 | 12,51 | 11,98 | 10,39 | 9,01 | 7,53 | 6,86 | 5,98 | 4,93 | 4,08 |
| Indépendance Financière | 45,38% | 48,90% | 54,52% | 61,07% | 66,89% | 69,13% | 69,07% | 66,77% | 63,02% | 59,50% | 55,16% | 50,02% | 44,67% |
| Encours de la dette sur produits | 29,92% | 32,37% | 40,28% | 52,32% | 65,55% | 69,89% | 68,74% | 61,46% | 56,33% | 49,17% | 44,25% | 37,95% | 32,32% |

Source : Fichier Synthèse bilancielle

Le plan de financement repose en fait sur un doublement de la marge brute qui est multipliée par 2,6 en base 2018. Entre 2018 et 2026, la marge brute est ainsi annoncée en croissance de 48 M€ et la CAF compte tenu de la progression entre-temps des frais financiers quant à elle de +40 M€

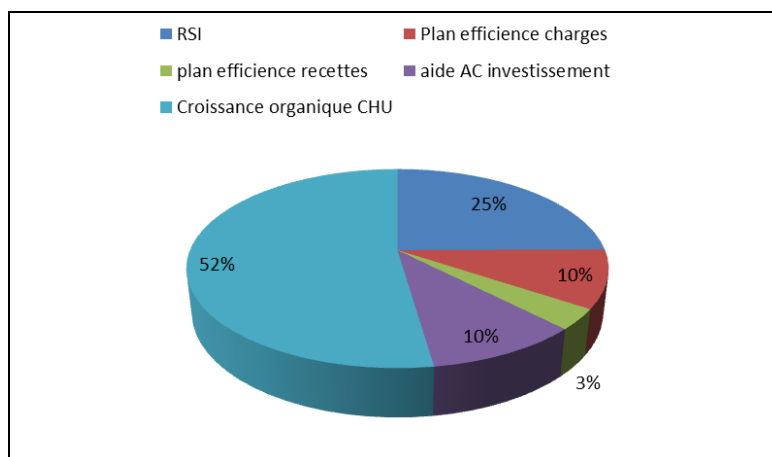
Tableau 7 : Evolution Marge brute et CAF 2015-2030



Source : Contre expertise sur la base du dossier d'évaluation socio-économique

Cette progression de la marge brute est expliquée pour la moitié par l'évolution de l'activité organique estimée par le CHU avec une maîtrise des charges, un quart par le RSI attendu du projet immobilier, l'aide en AC investissement ne représentant que 10 % de cette évolution.

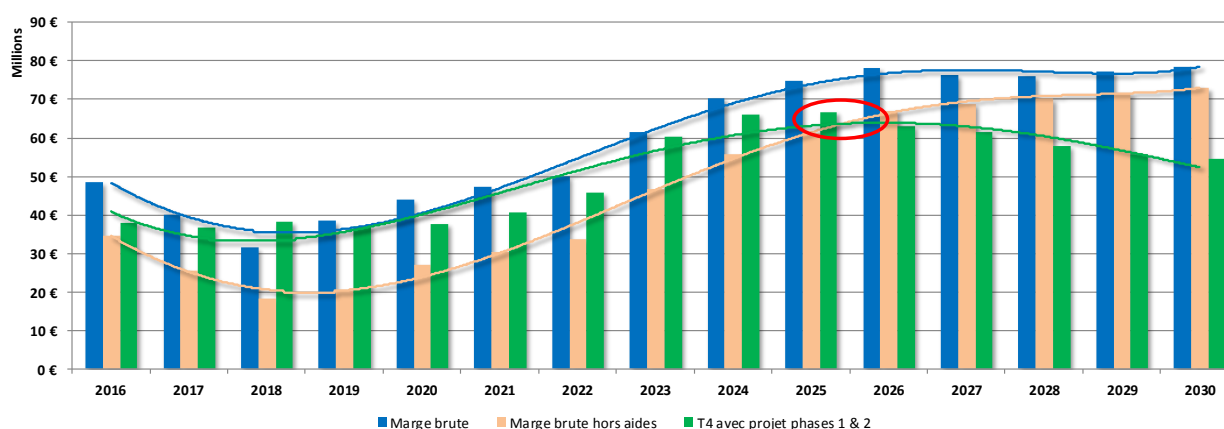
Figure 5 : Composantes du taux de marge brut



Source : Contre-expertise

Grâce à ce doublement de marge brute, le CHU démontre la soutenabilité financière du projet présenté, **le point d'équilibre étant atteint en 2025**

Figure 6 : Analyse de la soutenabilité financière du projet



Source : Outil financier dossier socio-économique.

Compte tenu des constats précédents, la contre-expertise s'est donc intéressée plus particulièrement à la validité des deux grandes hypothèses qui sous-tendent l'évolution de la marge brute afin de porter un avis sur la crédibilité du plan de financement proposé.

3.2. Analyse du dossier

La situation financière du CHU de Rennes à date

La situation financière du CHU fin 2017 peut être caractérisée comme saine respectant les critères du décret de décembre 2011 et un niveau de fond de roulement important lié aux cessions réalisées. Le résultat structurel affiché est de +1,2 M€, le CHU ne présente pas de

reports à nouveau déficitaires, les emplois stables sont intégralement couverts par des ressources stables.

Figure 7 : Indicateurs de la trajectoire financière 2015-2017

| <i>indicateurs de la trajectoire financière</i> | <i>Années</i> | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Marge brute d'exploitation hors aides financières (en €) | | 35 039 675 | 36 069 025 | 26 476 750 |
| <i>Marge brute d'exploitation hors aides financières en % des produits courants hors aides</i> | | 6% | 6% | 4% |
| Aides financières (en €) | | 13 729 929 | 13 929 929 | 14 593 549 |
| Résultat compte principal, hors aides, neutralisation op. exceptionnelles (€) | | -808 112 | 9 817 097 | 4 589 922 |
| <i>Résultat hors aides, neutralisation op. excep. (en % des produits)</i> | | 0% | 1% | 1% |
| Encours de la dette (en €) | | 254 258 893 | 245 973 181 | 228 100 290 |
| <i>Encours de la dette (en % des produits)</i> | | 37% | 34% | 31% |
| Charge annuelle de la dette (en €) | | 27 163 784 | 30 265 117 | 22 589 566 |
| <i>Charge annuelle de la dette (en % des produits)</i> | | 4% | 5% | 3% |
| Durée apparente de la dette | | 5 | 5 | 6 |
| <i>Taux d'indépendance financière</i> | | 56% | 50% | 47% |
| Marge brute disponible après paiement de la charge annuelle de la dette (en €) | | 18 241 854 | 16 347 771 | 15 169 913 |
| <i>Marge brute disponible en % des produits d'exploitation</i> | | 3% | 2% | 2% |
| Investissements hors projet COPERMO (en €) | | 29 706 526 | 23 645 045 | 32 292 050 |
| <i>Investissements hors projet COPERMO (en % des produits)</i> | | 4% | 3% | 4% |
| Investissements projet COPERMO (en €) | | - | - | 0 |
| <i>Investissements projet COPERMO (en % des produits)</i> | | | | 0% |
| FRNG (en €) | | 112 754 544 | 133 393 564 | 134 436 227 |
| FRNG (en nombre de jours de charges courantes) | | 69 | 80 | 78 |

Source : Contre expertise

Pour autant **le taux de marge brute affiché fin 2017** est de 6 %, **hors aide** il est de 4 % ; La marge disponible après paiement de la charge annuelle de la dette est de 2 % en deçà du seuil des 3 % préconisés ; **le taux de marge brute non aidé situe le CHU sur la médiane des taux observés parmi les CHU** ce qui tente à justifier le projet immobilier et les restructurations envisagées.

La situation financière du CHU est saine fin 2017 pour autant le taux de marge brute non aidé s'inscrit sur la médiane des CHU loin des meilleures performances médico-économiques ce qui tend à justifier l'opportunité du projet de restructuration.

Les hypothèses du PGFP

- L'évolution des agrégats

Comme rappelé ci-dessus, l'évolution de la marge brute dépend à 52 % des hypothèses de croissance organique du CHU à 10 ans.

Les hypothèses d'évolution des recettes

Alors que la progression des recettes d'hospitalisation n'a évolué que de 4 M€ de 2015 à 2018 (+1.3 % en 4 ans), le CHU projette une évolution des recettes d'hospitalisation chaque année de +2,4 % en 2020 puis 2,2 % de 2021 à 2026, puis 1,5 % de 2027 à 2030. Le CHU construit son hypothèse en comparant de 2009 à 2016, l'écart entre son évolution d'activité d'hospitalisation ambulatoire et son activité d'hospitalisation conventionnelle et celle de la population.

Les équipes du CHU indiquent que l'évolution de l'hospitalisation ambulatoire a été en moyenne de 2009 à 2016 de 3,3 %/an vs 0,93 % pour la population, d'où un écart de 2,4 %, l'évolution de l'hospitalisation conventionnelle a été de en moyenne de 2009 à 2015 de 0,7 %/an en deçà de

l'évolution de la population, c'est cette progression de 0,7 % qui est retenue. Le CHU met en avant pour asseoir cette dernière hypothèse son rôle de recours avec une évolution continue depuis 5 ans des GHM à forte sévérité (+7,5 % en moyenne). Le différentiel entre les effets volumes et la valorisation constatée est conservé

Le CHU indique que ses projections reposent sur les recommandations du COPERMO à savoir un IPDMS de 0,94, des taux d'occupation de 94 %, les données détaillées n'ont pas pu être vérifiées.

Par ailleurs, le CHU prend l'hypothèse de retrouver en une année, les 400 accouchements perdus, soit 10 % de parts d'activité misant sur l'attractivité de l'hôtellerie.

La contre-expertise s'interroge sur la crédibilité de l'hypothèse compte tenu d'une part de la baisse de la natalité au plan national et d'autre part sans analyse de la stratégie des autres acteurs du territoire, le CHU de Rennes ne représentant que 26,6 % des parts de marché de l'obstétrique en 2015. Pour autant cette hypothèse ne représente que 2,9 % de la progression totale des recettes d'hospitalisation de 2018 à 2030.

La contre-expertise juge l'argumentation de la croissance d'activité (+2,5 % pour les séjours ambulatoires, 0,67 % pour l'activité conventionnelle) fragile à ce stade du dossier puisque basée sur les évolutions historiques et une déduction à partir des perspectives démographiques. Aucune hypothèse ne figure quant aux impacts des opérations de travaux, emménagement qui affecteront inévitablement l'activité de certains services.

Il convient de noter l'absence de corrélation entre les hypothèses de recette figurant au PGFP et les données du tableaux page 150 du rapport d'évaluation socio-économique concernant l'évolution des parts de marché récupération de fuite et taux d'attractivité qui restent identiques entre 2015 et 2027.

La contre-expertise note l'hypothèse prise d'une croissance soutenue de l'activité ambulatoire sans effet de substitution sur l'activité conventionnelle, ceci est à suivre précisément chaque année au regard de cet effet substitution qui est constaté dans une très grande majorité d'établissement.

Enfin, en ce qui concerne la valorisation des recettes des séjours, la contre-expertise s'est étonnée de l'hypothèse prise d'appliquer une diminution de tarifs en 2019 puis une stabilisation de ceux-ci de 2020 à 2030. Cette hypothèse majeure ne peut s'appuyer sur les tendances observées rappelées dans le dossier d'une diminution des tarifs de 3,46 % de 2009 à 2016. La contre-expertise note cette position en s'interrogeant au regard de la régulation prix-volume passée, même si la campagne tarifaire 2019 marque une rupture sur ce point. Il convient néanmoins d'indiquer qu'une simple baisse des tarifs de 0,5 % de 2020 à 2030 équivaut à une perte de recette *ceteris paribus* de 19 M€ remettant en cause le plan de financement présenté.

Les autres recettes de titre 2 et 3 évoluent des effets du plan d'efficience recette.

- Concernant les recettes de titre 2, le CHU met en avant une amélioration de la qualité de ces facturations et une diminution du différentiel annulation-réémission qui conduira à un gain estimé à +0,7 M€. L'évolution moyenne est projetée à +2 %/an, ces projections seront à suivre précisément en fonction de la vérification ou pas du virage ambulatoire qui peut avoir un fort impact sur l'évolution des recettes de ticket modérateur.
- En ce qui concerne les recettes de titre 3, le CHU indique une amélioration de 0,8 M€ liée au plan d'efficience, l'évolution moyenne des recettes courantes est aussi volontaristes à +4 %/an.

Les projections de recettes du PGFP sont volontaristes avec une progression des recettes courantes de 3 %. Les hypothèses de croissance des recettes d'hospitalisation s'appuient sur les tendances et constats historiques au regard des perspectives démographiques et apparaissent volontaristes et fragiles d'autant plus qu'aucune baisse de tarifs n'est prise sur la période.

Ces hypothèses seront à surveiller et à actualiser avec un impact probable sur le plan de financement dès 2022 à l'issue de la construction du plateau médico-technique et pôle Femme Mère-Enfant

Les hypothèses d'évolution des charges

L'évolution des charges affichées par le CHU de Rennes est respectivement :

- Pour la masse salariale, des effets prix de 1,7 % de 2019 à 2022 puis de 1,4 % à compter de 2023 en raison de l'évolution favorable de la pyramide des âges et des optimisations d'effectifs décrits dans le retour sur investissement. Les hypothèses figurant habituellement dans les projections font état d'une évolution des effets prix variant de 1 % à 1,5 %. L'hypothèse du CHU de Rennes est donc tout à fait réaliste.
- Pour les charges de titre 2 à caractère médical, l'évolution projetée est de +1,5 %/an et a fait l'objet d'une analyse approfondie par le CHU qui rend crédible cette hypothèse.
- En ce qui concerne l'évolution des charges de titre 3 projetée à 1 %, la contre-expertise a demandé au CHU les hypothèses de prise en compte des charges de maintenance et fluides au regard de l'évolution des surfaces. Le CHU a répondu : « *En considérant les charges nouvelles en termes de maintenance et fluides directement liées aux surfaces construites, on est en droit d'estimer une réduction de celles-ci au moins à due concurrence de la réduction des surfaces de l'ensemble des sites Hôpital Sud et Pontchaillou, à savoir une réduction de l'ordre de 11 %, nonobstant les économies d'énergies générées par une meilleure maîtrise de ces postes de dépenses dans les nouveaux bâtiments (isolation, éclairage led, bâtiment BBC, etc).* Après analyse des postes de dépenses, cette réduction « mécanique » se porte à 2,7 M€ dont 2,3 M€ spécifiquement sur : le nettoyage des locaux : -327 K€, l'électricité : -800 K€, le chauffage : -486 K€, Le gaz : -122 K€, les contrats de maintenance des installations techniques : -640 K€.
- Toutefois, l'évolution des technologies comme l'automatisation des processus logistiques, la climatisation et le rafraîchissement des sites et les nouvelles normes techniques, risque d'alourdir nettement le coût des postes de dépenses de maintenance et d'entretien.
- Des gains d'efficience certains seront réalisés sur quelques postes de dépenses (nettoyage des locaux, chauffage). En revanche, le poste « maintenance et entretien des équipements » risque de ne pas diminuer « mécaniquement » : Ainsi, si les désaffectations de l'Hôtel Dieu en 2017, de l'Hôpital Sud en 2023, puis du bâtiment Bloc Hôpital de Pontchaillou (IGH) engendreront des économies sur l'ensemble des charges de logistique, des fluides (hors médicaux) et de maintenance actuelles, les nouveaux bâtiments généreront de nouvelles charges qui seront couvertes à terme par la réduction des dépenses précitées soit 2,7 M€. Ce « *point d'équilibre* » devra être conforté lors des études réalisées par les économistes des groupements de conception réalisation lors de l'élaboration du projet et discutées lors de chaque appel d'offre. En conséquence, les charges nouvelles générées par les bâtiments neufs et rénovés sont compensées par les moindres dépenses réalisées grâce à la réduction des surfaces [...] ». La contre-expertise ne peut attirer l'attention sur le caractère aléatoire de cette hypothèse qui nécessite d'être déclinée et affinée avec la déclinaison précise du projet architectural.

Les projections de dépenses du PGFP sont réalistes pour la masse salariale, les charges à caractère médical. Pour ce qui concerne les charges à caractère général et hôtelier, l'impact du projet immobilier sur les charges de fluide et de maintenance n'est pas précisément décliné, il s'agit plus d'objectifs à atteindre qui nécessitent d'être précisés dès le début de la phase 1.

Le retour sur investissement

Le regroupement de l'ensemble des activités du CHU sur un site unique (Pontchaillou) et la construction de nouvelles trames d'hébergement de 30 lits permettra à terme :

- de réduire les coûts d'exploitation liés à l'existence de deux sites indépendants (Pontchaillou et Hôpital Sud) ;
- d'envisager la révision du dimensionnement de la permanence des soins ;
- de revoir les maquettes organisationnelles du personnel, non optimisées actuellement en raison de trames de 15 à 20 lits ;
- de mutualiser les équipes de soins et administratives des plateaux techniques regroupés (HdJ, consultations externes, imagerie).

Le Retour sur Investissement chiffré est de 11,9 M€ décomposés en trois actions :

- **La fermeture de l'Hôpital Sud et le transfert de ses activités sur le site de Pontchaillou** permettra **un gain net** de toutes les fonctions logistiques et transversales entre l'Hôpital Sud et le site de Pontchaillou de près **de 3 M€** valeur 2016. Ce gain résulte de la suppression de postes existants en doublons entre les sites de Pontchaillou et l'Hôpital Sud (coursiers, courrier, self, ateliers) mais aussi de la suppression des services liés spécifiquement au fonctionnement de l'Hôpital Sud (sécurité, guérite, ambulances, transports, etc.). la réduction d'effectif est estimée à 75 ETP ; le gain est immédiat en 2023 sans lissage.
- Le rapatriement du bâtiment Mère Enfant sur le site de Pontchaillou et du bâtiment d'hébergement de 240 lits permettra d'optimiser les effectifs des services de chirurgie adultes, de chirurgie pédiatrique, de gynécologie sur la base d'unités standardisées de 30 lits. L'ouverture, en phase 2 des bâtiments d'hébergement de 2*180 lits permettra d'optimiser l'ensemble des effectifs. La réduction affichée vise à diminuer les effectifs de 15 % avec une réduction de 133 emplois (48 ETP en 2023 concernant les hébergements de chirurgie et l'ouverture du bâtiment FME, 85 ETP en 2024 pour les hébergements de médecine. Le gain attendu est de 6,26 M€. La montée en charge est quasi-immédiate un tiers en 2023, la totalité en 2024.
- Pour mémoire **la récupération des 400 accouchements à l'ouverture de la maternité constitue un gain de 2,4 M€**. A noter que la fiche du RSI ne détaille aucun élément, seul les recettes sont affichées sans aucune charge variable adossée aux 400 séjours.

L'exposé du RSI est sommaire pour l'action 1 et l'action 3. Seule l'action 2 est détaillée sur le plan méthodologique, un travail approfondi a été réalisé à l'appui du référentiel de la base de Reims, les principales maquettes de fonctionnement ont été produites pour le dossier. Les commentaires sur la pertinence des hypothèses figurent en page 6 du présent rapport.

Dans le cadre de la contre-expertise, à la question des risques sociaux potentiels, le CHU a indiqué que compte tenu du nombre départs « soignants » en retraite (108 en 2022, 89 en 2023, 82 en 2024, 87 en 2025), les « non-remplacements » seront privilégiés avec des redéploiements a minima. La contre-expertise s'interroge sur le caractère volontariste de la mise en œuvre des actions du RSI sans montée en charge progressive.

Le Retour Sur Investissement affiché est supérieur à 65 ans, il ne contient pas toutes les actions envisagées. Le CHU a ainsi précisé en complément du dossier :

- 1) *« Que le regroupement des plateaux techniques permettait également de redéployer une trentaine de poste :*
 - *vers des postes de brancardiers et logistiques. En effet, ce sont les soignants qui assurent actuellement les fonctions de brancardage jusqu'aux blocs opératoires aujourd'hui éclatés et certaines taches logistiques au sein des services. Hors, pour que la révision des maquettes organisationnelles soit pleinement opérationnelle (6 M€ de gains nets), il est impératif que les soignants cessent les activités qui ne relèvent pas de leur compétence. Ces activités devront donc être assurées par des personnels supplémentaires sur les fonctions brancardage et logistique.*
 - *vers l'externalisation du bio-nettoyage. L'externalisation de cette activité a été appréciée pour les surfaces actuelles du CHU à 2 M€. Il y a donc nécessité de réduire les dépenses du titre 1 à due concurrence au crédit du titre 3, le différentiel de surfaces entre le CHU actuel et le CHU reconstruit devant être gagé par les économies dégagées par l'externalisation du bio-nettoyage sur les postes ASH.*
 - *vers des postes du bureau des entrées. En effet, la productivité des agents du bureau des entrées a crû de +100 % en 10 ans [...] avec une progression des annulations-réémissions, une augmentation des rejets AM et surtout une perte de recettes liée à des délais de forclusion dépassés par manque de temps dans le traitement des rejets, des contentieux et des dossiers erronés.*
- *Ainsi, si la mutualisation des équipes de soins et administratives des plateaux techniques regroupés permet d'identifier des gains en effectifs, ceux-ci seront redéployés par créations de postes et transferts de crédits du titre 1 vers le titre 3, indispensables à la réussite des révisions des maquettes organisationnelles, principal levier d'efficience du projet (6 M€), aux postes et couts logistiques générés par les nouveaux bâtiments et au recouvrement des recettes. »*
- *Bien que non affiché au titre du RSI, l'argumentation du CHU montre les réflexions en cours et la stratégie interne de l'établissement.*

- 2) *Que le regroupement de l'ensemble des activités du CHU sur le site unique de Pontchaillou permettra « d'envisager la révision du dimensionnement de la permanence des soins, mais cette réflexion ne peut être dissociée de la réflexion territoriale en cours sur la PDS en lien avec l'ARS. En effet certaines activités, pour lesquelles il existe actuellement une permanence des soins sur l'Hôpital Sud, pourront faire l'objet d'une révision notamment pour ce qui concerne l'imagerie et le laboratoire mais cette question ne peut s'engager qu'au plan territorial en lien avec les autres établissements et le GHT sous l'égide de l'ARS. En effet le CHU assure aujourd'hui seul la PDS régionale de certaines activités de recours (thrombectomie, biologie de recours) et est engagé dans une révision des lignes de PDS territoriale dans le cadre du GHT qui va conduire à des discussions difficiles pour le territoire en lien avec l'ARS et il est donc prudent de ne pas s'engager sur cette question qui devra être traitée au niveau territorial. [...] Il n'est donc pas possible à ce stade des discussions territoriales d'envisager à court terme des gains en matière de PDS au CHU [...]. »*

La contre-expertise invite le CHU à avancer sur le chiffrage de cette économie significative pour asseoir la trajectoire financière.

Le RSI du projet est de 11,9 M€.

L'action sur les cadres de fonctionnement représente la moitié de l'économie avec une réduction de 133 emplois envisagés par des non remplacements de départ en retraite, ce qui nécessite un pilotage et une anticipation sur le plan de la GPMC. Les réflexions du CHU ne sont pas totalement abouties sur la totalité des économies possibles comme les conséquences sur la permanence des soins.

Les réflexions doivent se poursuivre pour renforcer ce RSI afin de sécuriser la trajectoire financière.

L'analyse des risques

La contre-expertise s'est interrogée sur les risques financiers « externes » au-delà des hypothèses propres au CHU.

Quatre remarques peuvent être formulées :

- Au regard des règles du groupage des séjours sur la base **du Finess géographiques**, quel était l'impact sur les recettes T2A d'hospitalisation du **regroupement sur un même site des activités** ? A cette question, le CHU n'a pas donné pas d'évaluation mais indique l'avoir évalué. Le CHU informe que « *la perte de recettes par regroupement du site de l'Hôpital Sud sur le site de Pontchaillou sera compensée par l'ouverture d'une unité d'accueil posturgence de 22 lits sur un site distinct et en collaboration étroite avec le privé non lucratif (polyclinique Saint Laurent – ESPIC – groupe HSTV). En effet, l'augmentation des passages aux urgences du CHU, + 6,8 % en 2017, + 8,6 % en 2018 avec des pics à + 15 % en périodes estivale et hivernale, et l'absence de lits d'aval en médecine sur le territoire de santé, contraignent le CHU à se déclarer « Hôpital en Tension » près de 6 mois par an (hiver + été).* »

La contre-expertise fait remarquer que cet élément ne figure pas dans le dossier d'origine ;

- **L'incidence éventuelle de la réforme du ticket modérateur à compter de 2020 pour le CHU ?** LARS a répondu que « *les tarifs journaliers de prestations représentent un volume de 10,5 M€ au CHU de Rennes ; A ce jour, en l'absence d'instructions de la DGOS sur les mécanismes de compensations qui devront intervenir au 1er janvier 2020, nous ne sommes pas en mesure de déterminer l'impact financier de la réforme ni ses modalités. Les TJP du CHU de Rennes sont conformes aux règles de calculs qui les définissent.* ».

La contre-expertise invite une vigilance sur cette réforme, les CHU pouvant être significativement impactés à l'avenir :

- pour mémoire, l'absence de prises en compte de baisse tarifaire entre 2020 et 2030 ;
- pour mémoire, l'impact de la réforme à venir « ma santé 2022 » sur les CHU en particulier la réforme du financement au parcours.

En termes de risque, plusieurs sujets pourront avoir un impact sur la trajectoire financière et nécessitent d'être surveillés : le regroupement sur un même site des activités, la réforme potentielle du calcul du ticket modérateur, les campagnes tarifaires, la réforme de financement à venir.

3.3. Le plan de financement

L'Ars Bretagne propose d'accompagner le projet à hauteur de 120 M€, soit 23,5 % du projet en répartissant l'aide à hauteur de 24 M€ en capital répartis sur 8 ans, 96 M€ en exploitation répartis sur 20 ans.

Les ressources du PGFP reposent à 47 % sur la capacité d'autofinancement et 45 % sur le recours à l'emprunt.

Compte tenu du délai du projet de 9 ans identifié en deux phases qui peut être sujet à de nombreux décalages dans le temps, de ré-évaluations potentielles, du caractère volontariste des hypothèses à vérifier du PGFP, **la contre-expertise s'interroge sur la capacité à figer le plan de financement tel que décrit à 10 ans.**

Le montant de l'aide apparaît comme une valeur minimale, malgré le doublement de la marge, le montant de la marge brute disponible après paiement de la charge annuelle de la dette est de 1 % (éloigné des 3 %) en fin de période avant engagement de la phase 3.

Le montage financier conduit à un recours important à l'endettement avec un encours de dette qui évolue de 210 M€ en 2018 à 550 M€ à l'issue de la phase 1 en 2023 sous réserve de la montée en charge de la CAF sur cette période de 19 M€. Ce recours important à l'endettement montre une charge annuelle de la dette de 9 % et un poids de la dette sur les produits courants « volontaristes » de 49 %, une indépendance financière très éloignée du seuil des 50 %.

Concrètement, le PGFP présenté montre une évolution des frais financiers de + 10 M€ à horizon 2023, près de 30 M€ en remboursement de capital.

Tableau 8 : Indicateurs de la trajectoire financière 2018-2027

| Indicateurs de la trajectoire financière | Années | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
| Marge brute d'exploitation hors aides financières (en €) | 19 340 482 | 21 030 833 | 27 146 848 | 30 389 947 | 33 794 600 | 47 283 649 | 56 361 438 | 61 835 899 | 67 606 329 | 69 372 378 |
| Marge brute d'exploitation hors aides financières en % des produits courants hors aides | 3% | 3% | 4% | 4% | 5% | 6% | 8% | 8% | 9% | 9% |
| Aides financières (en €) | 13 093 549 | 17 893 549 | 16 885 159 | 16 885 159 | 16 164 880 | 14 876 001 | 14 643 457 | 13 414 179 | 11 061 967 | 7 390 385 |
| Résultat compte principal, hors aides, neutralisation op. exceptionnelles (€) | -3 242 950 | 1 717 955 | 2 078 999 | 3 886 694 | 6 933 480 | 11 315 188 | 13 127 700 | 32 113 399 | 16 655 648 | 35 586 985 |
| Résultat hors aides, neutralisation op. excep. (en % des produits) | 0% | 0% | 0% | 1% | 1% | 1% | 2% | 4% | 2% | 4% |
| Encours de la dette (en €) | 210 683 430 | 236 046 300 | 296 131 170 | 391 912 470 | 503 373 730 | 551 027 850 | 550 581 970 | 511 919 420 | 458 590 200 | 411 842 970 |
| Encours de la dette (en % des produits) | 30% | 32% | 40% | 52% | 66% | 70% | 69% | 61% | 56% | 49% |
| Charge annuelle de la dette (en €) | 22 080 055 | 23 973 967 | 20 396 308 | 20 953 789 | 21 737 087 | 27 014 190 | 51 974 467 | 70 693 775 | 69 649 108 | 62 033 918 |
| Charge annuelle de la dette (en % des produits) | 3% | 3% | 3% | 3% | 3% | 4% | 7% | 9% | 9% | 8% |
| Durée apparente de la dette | 8 | 7 | 8 | 10 | 13 | 12 | 10 | 9 | 8 | 7 |
| Taux d'indépendance financière | 45% | 49% | 55% | 61% | 67% | 69% | 69% | 67% | 63% | 59% |
| Marge brute disponible après paiement de la charge annuelle de la dette (en €) | 6 989 976 | 11 586 415 | 20 271 699 | 22 957 317 | 24 858 393 | 31 781 460 | 15 666 429 | 1 192 303 | 5 655 188 | 11 364 845 |
| Marge brute disponible en % des produits d'exploitation | 1% | 2% | 3% | 3% | 3% | 4% | 2% | 0% | 1% | 1% |
| Investissements hors projet COPERMO (en €) | 46 130 844 | 18 691 477 | 16 784 542 | 20 960 045 | 20 000 000 | 20 000 000 | 16 650 000 | 14 150 000 | 13 650 000 | 13 780 000 |
| Investissements hors projet COPERMO (en % des produits) | 7% | 3% | 2% | 3% | 3% | 3% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| Investissements projet COPERMO (en €) | 0 | 20 490 315 | 85 020 232 | 118 290 151 | 135 969 900 | 91 369 819 | 49 288 079 | 10 638 612 | 1 005 334 | 0 |
| Investissements projet COPERMO (en % des produits) | 0% | 3% | 12% | 16% | 18% | 12% | 6% | 1% | 0% | 0% |
| FRNG (en €) | 99 190 329 | 121 624 810 | 120 065 069 | 119 644 901 | 118 458 355 | 103 833 948 | 93 545 453 | 93 994 690 | 89 992 196 | 89 574 891 |
| FRNG (en nombre de jours de charges courantes) | 56 | 68 | 66 | 65 | 63 | 55 | 49 | 49 | 46 | 45 |

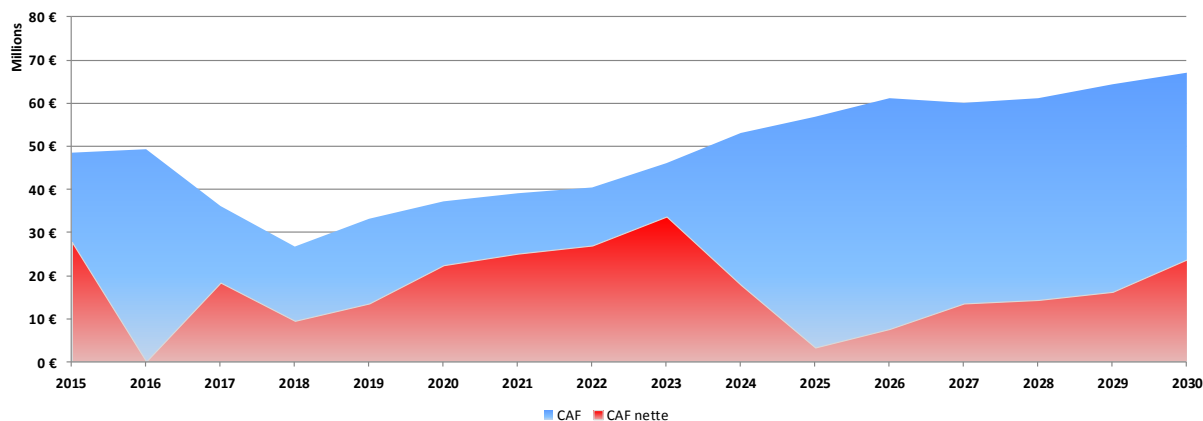
Source : Contre expertise

La contre-expertise estime que :

- La répartition de l'aide en faveur d'une aide en capital plus importante (à parité investissement/exploitation ?), conformément aux annonces du plan « Ma santé 2022 » devrait être afin de réduire ce recours à l'endettement ; **la stratégie financière devrait être consolidée à 18 mois au regard du « décollage » réel de la capacité d'autofinancement avant la phase d'endettement des exercices 2022/2023.**
- La mobilisation du fonds de roulement de l'établissement pourrait être optimisée dans le cadre d'une gestion de trésorerie active (trésorerie zéro).

Le calibrage de l'aide apporté au projet est volontariste, il suppose la montée en charge annoncée de la marge brute. La répartition en faveur d'une aide accrue en capital sécuriserait le montage présenté.

Figure 8 : Evolution de la CAF 2015-2030



Source : Outil financier dossier socio-économique.

3.4. Synthèse

Le projet immobilier présenté par le CHU de Rennes représente 94 % de ces recettes d'exploitation et s'inscrit dans un plan pluri-annuel d'investissement dont l'intensité moyenne d'investissement est élevée de 11 %.

Pour pouvoir financer ce projet, le CHU projette d'améliorer considérablement sa marge brute d'exploitation en la multipliant par 2,6, ce qui permet une progression de la capacité d'autofinancement de 40 M€ sur la période.

Cette amélioration de l'autofinancement repose pour moitié sur les hypothèses de croissance d'activité volontaristes projetées par le CHU, un quart sur le retour sur investissement du projet. Les hypothèses de croissance d'activité (2,4 %) nécessitent d'être déclinées au sein des pôles et services afin de sécuriser ces projections. Le chiffrage du retour sur investissement doit encore être affiné et peut être intensifié.

De nombreux risques existent tant sur les hypothèses du déroulement de l'opération immobilière, de la capacité à soutenir ce niveau de croissance d'activité sans oublier les facteurs exogènes comme l'impact des campagnes tarifaires ou réformes à venir.

En ce sens, le calibrage de l'aide apporté au projet est aussi volontariste et conduit à recourir à un endettement important sans marge de manœuvre. Une aide en capital plus significative sécuriserait le plan de financement qui doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans les 18 prochains mois avant la mobilisation massive d'emprunts sur l'exercice 2022 et 2023.

4. Conclusion

La pertinence de la reconstruction sur un site unique

Actuellement organisé sur 4 sites, le CHU de Rennes souhaite réaliser un projet immobilier permettant de regrouper l'activité MCO et les plateaux techniques sur un site unique.

Un schéma directeur immobilier a étudié la possibilité de regroupement soit sur un nouveau site soit sur le site de Pontchaillou. Les sites proposés par la collectivité n'étaient pas satisfaisants et les études conduites dans le cadre du schéma directeur ont démontré une faisabilité sur le site de Pontchaillou plus économique en investissement et plus efficient en termes d'exploitation en préservant la proximité avec la faculté de médecine et l'accès à la population par transports en commun.

Cette option génère cependant un phasage des opérations extrêmement complexes à réaliser.

Ce projet d'investissement évalué à 512 millions d'euros représente 94 % des recettes d'exploitations du CHU de Rennes et s'inscrit dans un Plan pluriannuel d'investissement dont l'intensité moyenne est élevée. (11 %).

Les points de vigilance

Le projet est cohérent avec les besoins de santé. Le dimensionnement est équilibré.

Le projet d'IRC ambitionne une relation partenariale forte même si les éléments d'organisation factuelle ne sont pas décrits.

La situation financière de l'établissement est saine avec un Taux de Marge Brute hors aide de 4 % qui nécessite d'être renforcé.

Le planning de réalisation des investissements de la première phase est irréaliste. Les délais de chacune des opérations sont beaucoup trop courts et ne tiennent pas compte des contraintes de gestion (les permis de construire, la gouvernance hospitalière, les délais d'ouverture...).

La simultanéité de 3 chantiers importants sur un site est susceptible de créer des nuisances et inévitablement dégrader temporairement l'activité. Le maintien du PETSCAN au cœur des travaux est problématique de la première opération.

Des interrogations concernant l'estimation prévisionnelle des investissements (valeur finale) qui intègre des provisions pour la logistique, les installations techniques et les équipements dont la pertinence n'est pas démontrée. A titre d'exemple, les équipements représentent 2 % des travaux alors qu'habituellement ceux-ci représentent 10 à 15 % des travaux.

Les provisions pour révision sont faibles mais elles vont augmenter avec les délais de réalisation qui vont dériver.

La gestion de l'ampleur des tâches à la maîtrise d'ouvrage liée à l'accumulation d'opérations nécessite vraisemblablement des ressources complémentaires.

Le recours à la procédure de conception réalisation pour l'opération principale n'est pas adapté aux PMTC dont le programme est très complexe et susceptible d'évoluer : les locaux du CLCC ; la logistique, etc.

Pour financer ce projet, le CHU projette d'améliorer considérablement sa marge brute en la multipliant par 2,6 . Cette amélioration repose sur la moitié sur des hypothèses d'activités très volontaristes au regard de la situation passée et de l'analyse présentée (à hauteur de +2,4 %). A titre d'exemple, un niveau de croissance d'activité de moitié (1,2 %) entrainera en 2027 un déficit de l'ordre de 20 millions d'euros. Le calibrage de l'aide apportée au projet par l'ARS conduit à un recours important à l'endettement sans marge de manœuvre Une aide en capital plus significative sécuriserait le plan de financement.

Le risque social lié aux opérations de restructurations (modification des organisations de travail, évolution de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences moins 130 ETP = 15 % des effectifs soignants) ne semble pas suffisamment pris en compte. Le climat social est décrit comme tendu. L'impact d'un mouvement social dur n'est pas à exclure, ce qui entrainerait une diminution de l'activité et un impact sur les gains de postes prévus dans le calibrage des gains d'efficacité, voire un ralentissement des opérations de restructuration.

Les recommandations

Il serait intéressant de trouver une alternative de phasages plus étalée dans le temps et d'étaler la phase 1 en envisageant de changer l'ordre et les modalités de gestion. Par exemple, commencer par la maternité qui génère sans trop de difficultés les gains attendus. Le recours à une loi MOP pour l'opération du PMTC potentiellement plus longue donnerait le temps d'intégrer toutes les contraintes exposées ci-dessus complétée par la création d'une opération préalable aux infrastructures dédiées à la logistique et aux infrastructures primaires qui la simplifierait.

En ce sens, le plan de financement pourrait être revu sur la base de scénarii alternatifs en croisant le phasage des opérations versus les hypothèses de croissance d'activités graduées afin de sécuriser les trajectoires financières de chaque scénario proposé.

La détente du calendrier permet de consolider également les conditions d'un dialogue social favorables à la conduite du changement et la concrétisation du projet d'IRC.

Table des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Plan Guide | 8 |
| Figure 2 : Plan des galeries logistiques | 12 |
| Figure 3 : dispositif des secours électriques | 13 |
| Figure 4 : Plan pluriannuel d'investissement 2019-2027 CHU de Rennes..... | 17 |
| Figure 5 : Composantes du taux de marge brut..... | 19 |
| Figure 6 : Analyse de la soutenabilité financière du projet..... | 19 |
| Figure 7 : Indicateurs de la trajectoire financière 2015-2017..... | 20 |
| Figure 8 : Evolution de la CAF 2015-2030 | 27 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Différentiel des effectifs - situation actuel et effectif théorique | 6 |
| Tableau 2 : Bilan des surface - Neuf / Réhabilité | 9 |
| Tableau 3 : Analyse des surfaces utiles proposées dans deux documents | 14 |
| Tableau 4 : Coût des constructions neuves..... | 15 |
| Tableau 5 : Plan de Financement 2017-2027 en K €..... | 18 |
| Tableau 6 : Analyse de l'évolution des ratios du décret de décembre 2011 | 18 |
| Tableau 7 : Evolution Marge brute et CAF 2015-2030..... | 18 |
| Tableau 8 : Indicateurs de la trajectoire financière 2018-2027..... | 26 |

