

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-économique du projet de restructuration et d'extension du bâtiment principal du site de St Pierre du CHU de la Réunion



<http://www.ipreunion.com> (septembre 2016)

12 septembre 2017

Préambule

Le Commissariat général à l'investissement (CGI) a mené depuis septembre 2012 et à la demande du Premier ministre une réflexion sur les projets d'investissement public et leur évaluation. La démarche conduite dans le cas des infrastructures de transport sous le régime de l'instruction cadre de 2005 a d'ailleurs servi de référence dans cette réflexion qui avait une vocation plus large que le secteur des transports.

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

C'est en respectant toutes les règles prévues dans ce décret d'application (compétences, déclaration d'intérêt, délais) que le CGI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante d'un projet hospitalier.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par les porteurs de projet et des réponses apportées aux questions des experts. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

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

« Les projets d'investissements civils financés par l'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

Préambule	2
Sommaire	3
1. Contexte général	4
1.1. Le CHU de la Réunion : un nouveau CHU récemment fusionné, avec une culture d'établissement encore embryonnaire.....	4
1.2. Une situation budgétaire et financière très dégradée	4
2. Analyse du projet	6
2.1. Les objectifs initiaux du projet, issu du schéma directeur 2011, sont pertinents et convenablement traités.	6
2.2. Le projet remanié fin 2016-début 2017, à la suite des recommandations de l'ARS apporte une valeur ajoutée indéniable.....	6
2.3. Les conclusions de l'expertise technique conduite par l'ingénieur général du CHU de Bordeaux permettent d'affirmer que les coûts du projet rapportés à la surface sont maîtrisés et performants.....	7
2.4. Cependant, au regard de l'activité existante, le site de Saint-Pierre souffre d'une surcapacité initiale importante dans la plupart des secteurs d'activité, estimée à près de 20 % des lits et places.....	7
2.5. Le projet remanié fin 2016 début 2017 réduit partiellement cette surcapacité.....	9
2.6. Des projections démographiques surestimées.....	11
2.7. Les récents travaux de la DREES sur les projections d'hospitalisation MCO à l'horizon 2030 fournissent un cadre de référence relativisant les impacts de vieillissement précités.....	12
2.8. Besoins de santé et spécificités	13
2.9. Territoire : fuites et attractivité.....	13
2.10. L'environnement concurrentiel, faible en médecine, est particulièrement important en oncologie et en chirurgie, notamment sur le volet ambulatoire.....	15
2.11. L'évolution de l'environnement hospitalier, en aval des structures MCO (SSR, SSIAD, structures médico-sociales) ou alternatives (HAD) sera déterminante pour l'optimisation durable du capacitaire MCO de Saint-Pierre.....	17
2.12. L'impact du nouveau projet médical et de la réorganisation des activités entre Saint-Denis et Saint-Pierre n'est pas lisible dans le rapport.	18
2.13. Les hypothèses d'évolution d'activité sont insuffisamment étayées sur le plan médical.	18
2.14. Conclusions sur le dimensionnement capacitaire	21
3. Analyse économique : le projet est-il compatible avec la nouvelle stratégie budgétaire et financière du CHU ?	23
3.1. Une stratégie de rupture.....	23
3.2. Un plan de financement du projet encore incertain selon le rapport de l'ARS.....	24
3.3. Un levier d'action sur le besoin en fonds de roulement ?.....	25
3.4. Un retour sur investissement problématique en l'état actuel du dossier	25
4. Conclusions	28
Annexe : Activité passée, parts de marché et évolutions	29

1. Contexte général

1.1. Le CHU de la Réunion : un nouveau CHU récemment fusionné, avec une culture d'établissement encore embryonnaire

La dimension universitaire du CHU date de 2012, la même année que la fusion préalable entre le centre hospitalier de Saint-Denis et le groupement des hôpitaux du Sud de la Réunion, composé du site principal de Saint-Pierre et des sites secondaires de Saint-Louis, Saint-Joseph, Cilaos et Le Tampon.

Cette fusion a été préparée sur la base d'un protocole d'accord signé en 2011 par les présidents de conseils de surveillance, les présidents de CME et les organisations syndicales des deux établissements.

Ce protocole d'accord a d'abord pour objectif de rassurer chacun des établissements parties, en garantissant, pendant une période transitoire de 4 ans, la poursuite du développement en autonomie de chacun des deux sites.

La sanctuarisation des capacités d'autofinancement de chaque site pendant cette période transitoire, jusqu'en 2016, est ainsi érigée en principe (article 2, dernier alinéa du protocole).

Le premier projet médical du CHU (2012-2016) vise d'abord à assoir et conforter sa dimension universitaire du CHU.

La réflexion sur la dimension territoriale du CHU, la répartition des activités de référence et de recours entre les deux sites n'y est pas abordée, sauf exception.

L'intention d'amplifier une réflexion de stratégie médicale « systématiquement transversale », d'impulser une nouvelle dynamique d'établissement, dépassant les notions de site et unifiant les directions fonctionnelles est cependant récemment affirmée avec force par le directeur général et la présidente de la CME, tous les deux désignés depuis 2016 (lettre à l'ARS en date du 6 juillet 2017).

Dans ce même courrier, la nouvelle gouvernance fait part de la création effective depuis janvier 2017 de 4 pôles médicotechniques uniques intersites (pharmacie, biologie, imagerie, information médicale) et d'un déploiement progressif sur 3 ans (2018-2021) de pôles cliniques uniques, portant sur l'onco-hématologie, les activités médico-judiciaires, les urgences et certaines spécialités médicales (néphrologie, urologie, gériatrie, pneumologie).

Commentaire de la contre-expertise : cette réflexion transversale apparaît peu dans le rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS et ne trouve pas de traduction opérationnelle sur le projet actuel.

1.2. Une situation budgétaire et financière très dégradée

La situation budgétaire et financière de l'établissement, saine et équilibrée en 2012, s'est profondément dégradée au cours des 4 années suivantes.

En 2016, le CHU de la Réunion se retrouve confronté à :

- un déficit de 35,1 M€ sur le budget principal (5,1 % des produits) ;
- une marge brute disponible négative de 10,5 M€ (-1,62 % des produits) ;
- une capacité d'autofinancement nette, après déduction du remboursement de la dette, négative de près de 15 M€.

L'augmentation très importante des charges (+5 % par an depuis la fusion) et particulièrement de la masse salariale, caractérisée par une forte croissance des effectifs médicaux et non médicaux, explique en grande partie cette situation.

Dans un tel contexte, le projet de reconstruction du bâtiment principal de Saint-Pierre se doit de reposer sur des bases de financement saines et solides et garantir un retour sur investissement contribuant à restaurer l'équilibre budgétaire et financier du CHU.

2. Analyse du projet

Le projet porte sur la restructuration et l'extension du bâtiment principal, pour un coût estimé à 108,9 M€ en phase DCE, confirmé lors de la passation des marchés de travaux en janvier 2016.

L'extension porte sur une surface dans œuvre de 19 137 m² et la rénovation sur 13 787 m² (Evaluation de l'expertise conduite par l'ingénieur, le rapport ARS mentionnant pour sa part une extension de 21 000 m² et une rénovation de 18 500 m²).

Le projet permet de démolir ou désaffecter sur l'ensemble des sites du Sud entre 9 860 m² (estimation ingénieur) et 14 791 m² (rapport ARS).

Les travaux sont engagés en mars 2016, sans certitude sur le financement de l'opération.

Le périmètre du projet est artificiellement circonscrit au bâtiment central alors qu'il s'agit d'une restructuration majeure du site de Saint-Pierre et de tous les autres sites sud du CHU. Pour ce rapport de contre-expertise, nous avons gardé le terme de « hors projet » tel qu'il apparaît dans le dossier.

2.1. Les objectifs initiaux du projet, issu du schéma directeur 2011, sont pertinents et convenablement traités.

L'opération s'inscrit dans la politique de modernisation du site, engagée en 2004-2005 avec l'opération TURBOH (rénovation des urgences et des réanimations) et en 2012, avec le nouveau pavillon Femme Mère Enfant (PFME).

Comme dans le schéma initial de 2011, le projet n'intègre pas les activités d'oncohématologie-radiothérapie. Le raccordement de ces activités au plateau technique du bâtiment principal doit faire l'objet d'une construction ultérieure, en lieu et place des pavillons démolis de médecine, concernés par l'opération.

Pour le CHU, il s'agit, à l'origine du projet, de répondre aux enjeux suivants :

- regrouper les lits d'hospitalisation de médecine, disséminés dans 4 pavillons différents, à proximité du plateau technique, à l'intérieur du bâtiment principal ;
- améliorer le confort hôtelier en mettant fin aux chambres de 3 à 4 lits des pavillons actuels de médecine. Le ratio de lits en chambres individuelles passe de 37 % à 90 % ;
- saisir l'opportunité de la rénovation du bâtiment principal pour mettre en conformité les locaux avec la réglementation relative à la sécurité ;
- améliorer le schéma général de circulation.

La nouvelle liaison PFME/bâtiment principal, le positionnement des plateaux de consultation et d'explorations fonctionnelles, la liaison UCA/bloc opératoire sont des atouts incontestables du projet.

2.2. Le projet remanié fin 2016-début 2017, à la suite des recommandations de l'ARS apporte une valeur ajoutée indéniable.

- Le virage ambulatoire est pris en compte, d'une part, par une augmentation significative des capacités dédiées à des modes de prise en charge qui offrent un potentiel important

de développement à court, moyen et long terme et d'autre part par l'adjonction d'un plateau d'explorations fonctionnelles.

- La fermeture de 2 sites annexes (Cilaos et Saint-Louis) associée à l'intégration concomitante d'une partie des lits transférés vers le pavillon central participe à l'effort de retour à l'équilibre budgétaire.

2.3. Les conclusions de l'expertise technique conduite par l'ingénieur général du CHU de Bordeaux permettent d'affirmer que les coûts du projet rapportés à la surface sont maîtrisés et performants.

De même, l'ingénieur général de Bordeaux certifie que les ajustements récents du programme peuvent se faire sans surcoût notable et sans décalage du phasage.

2.4. Cependant, au regard de l'activité existante, le site de Saint-Pierre souffre d'une surcapacité initiale importante dans la plupart des secteurs d'activité, estimée à près de 20 % des lits et places.

Globalement les indices de performances des services sont corrects voire très bons à quelques exceptions près, mais les taux d'occupation sont bas. L'estimation des conversions d'activités ambulatoire et la réduction de besoin en lits ne figurent pas au dossier.

Le diagnostic initial des surcapacités n'a pas réellement été réalisé dans le dossier d'évaluation, aussi la contre-expertise a procédé à cette évaluation en utilisant la méthodologie suivante. Les contre-experts ont recalculé le besoin en lits actuel avec des taux d'occupation cible moins ambitieux que le plan triennal. Pour les hôpitaux de jour et la chirurgie ambulatoire, ils ont été positionnés symboliquement au-dessus de 100 % mais à des taux de rotation restant encore très modérés. Ces dernières valeurs sont à affiner suivant le profil d'activité. Les hôpitaux de semaine ont des taux fixés à 75 % pour un taux maximal possible de 80 % ; l'obstétrique à un taux cible de 85 %, les autres des taux à 90 %. Si l'indice de performance est supérieur à 1, il est ramené à 1, ce qui est un objectif minimaliste de raccourcissement des durées de séjours. L'application de transformation en ambulatoire n'est pas appliquée.

Cette méthode est appliquée pour objectiver la surcapacité actuelle, et n'a pas vocation à dimensionner des unités ou les répartir, et ne pourrait être appliquée aussi mécaniquement. Toutefois, les éléments qu'elle met en exergue auraient dû être traités en amont du projet.

Les éléments les plus marquants :

- l'hôpital de jour (HdJ) de médecine est ouvert mais très peu mobilisé ;
- un hôpital de jour de cardiologie en proximité immédiate du service est usuel pour assurer les surveillances post interventionnel ou par télémétrie ;
- il n'y a pas d'élément qui justifie un hôpital de jour de neurologie séparé de l'hôpital de jour de médecine ;
- les services de médecine des sites dits annexes cumulent des taux d'occupation faibles et un indice de performance médiocre ;
- l'ensemble des services de chirurgie urologique, des spécialités de la face, et de chirurgie vasculaire ont des taux d'occupation préoccupants ;
- l'orthopédie placée « hors projet » est nécessairement concernée par le virage ambulatoire et le bloc opératoire et souligne un découpage artificiel. Le taux d'occupation est particulièrement bas mais l'indice de performance est correct ;
- les unités de la partie hors projet ont la particularité de concentrer les unités à indice de performance bas. Une rationalisation des unités de soins critiques pédiatriques serait opportune, la fragmentation apparente ne permet pas de proposer un schéma mais les indices de performances sont très bas.

**Tableau 1 : Taux d'occupation et nombre de lits cibles
au périmètre dit « du projet » (Bâtiment central du site de Saint-Pierre)**

Unité	Jours ouverture	IP-DMS	Taux d'occupati on	Taux d'occupatio n cible	Nombr e de lits ouverts	Nombre de lits cible	Ecart (lits ouverts - lits cibles)	
hospitalisation de jour de médecine	250	-	36 % ¹	110 %	30	9,5	+ 20,5	+ 68 %
hospitalisation de jour de cardiologie	250	-	108 %	95 %	2	2,3	- 0,3	- 15 %
hospitalisation de jour de neurologie	250	-	88 %	100 %	4	3,5	+ 0,5	+ 11 %
chirurgie ambulatoire	250	-	100 %	110 %	12	11,2	+ 0,8	+ 7 %
total Ambulatoire				95 à 110 %	48	26,5	+ 21,5	+ 45 %
total Hospitalisation de semaine	250	0,71	52 %	75 %	15	10,5	+ 4,5	+ 30 %
cardiologie	365	0,86	81 %	90 %	21	20,7	+ 0,3	+ 1 %
neurologie	365	0,93	83 %	90 %	13	12,8	+ 0,2	+ 1 %
UNV	365	0,93	89 %	90 %	11	10,9	+ 0,1	+ 1 %
médecine polyvalente sites annexes	365	0,84	89 %	90 %	43	28,7	+ 14,3	+ 33 %
pneumologie & infectieux	365	0,91	93 %	90 %	34	22,7	+ 11,3	+ 33 %
gastroentérologie	365	0,9	90 %	90 %	27	27,1	- 0,1	- 0 %
endocrinologie	365	1,07	88 %	90 %	22	21,5	+ 0,5	+ 2 %
médecine gériatrique sites annexes	365	1,3	67 %	90 %	42	15,0	+ 27,0	+ 64 %
total hospitalisation complète médecine	365	0,94	77 %	90 %	213	159,4	+ 53,6	+ 25 %
chirurgie viscérale	365	0,96	83 %	90 %	24	21,2	+ 2,8	+ 12 %
chirurgie vasculaire	365	1,04	62 %	90 %	14	9,2	+ 4,8	+ 34 %
urologie	365	1,02	68 %	90 %	19	14,0	+ 5,0	+ 26 %
ORL, OPH, Stomato	365	0,81	53 %	90 %	20	10,5	+ 9,5	+ 47 %
neurochirurgie	365	0,69	82 %	90 %	18	16,5	+ 1,5	+ 8 %
total hospitalisation complète chirurgie	365	0,9	68 %	90 %	95	71,5	+ 23,5	+ 25 %
USINV	365	0,8	79 %	90 %	8	7,0	+ 1,0	+ 12 %
USIC	365	0,91	80 %	90 %	8	7,1	+ 0,9	+ 11 %
réanimation neurochirurgicale & USC	365	0,81	84 %	90 %	12	11,3	+ 0,7	+ 6 %
réanimation polyvalente	365	0,96	79 %	90 %	15	13,2	+ 1,8	+ 12 %
USC	365	0,99	84 % ¹	90 %	8	5,0	+ 3,0	+ 37 %
total réanimations-soins critiques	365	0,88	84 %	90 %	51	43,8	+ 7,2	+ 14 %
total Urgences ZSTCD et UHCD	365	0,84	115 %	100 %	19	21,5	- 2,5	- 13 %
Sous-total dit du projet					441	333,1	+ 107,9	+ 24 %

1 Le taux d'occupation a été calculé par la contre-expertise

2 Le taux affiché dans le rapport d'évaluation ne correspond pas à ces éléments de calculs.

Source : calculs des contre-experts à partir des données du rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS

**Tableau 2 : Taux d'occupation et nombre de lits cibles
au périmètre dit « hors projet » de bâtiment central**

Unité	Jours ouverture	IP-DMS	Taux d'occupati on	Tx d'occupatio n cible	Nombr e de lits ouverts	Nombre de lits cible	Ecart (lits ouverts - lits cibles)	
Ambulatoire (onco-hemato, hyperbarie,PFME)	250	-	124%	110 %	20	24,2	- 4,2	- 21 %
Hopital de semaine Hyperbarie	0	0,75	-					
P Ped BB HC	365	1,04	80 %	85 %	14	12,6	+ 1,4	+ 10 %
P Ped GE HC	365	1,07	78 %	85 %	18	15,4	+ 2,6	+ 14 %
P Néonate HC	365	1,34	80 %	85 %	10	7,0	+ 3,0	+ 30 %
P Néonate Réa	365	1,32	86 %	85 %	8	6,2	+ 1,8	+ 23 %
P Néonate Kangourou	365	0,94	83 %	90 %	8	7,4	+ 0,6	+ 7 %
P Endocrino H Pied	365	1,29	82 %	90 %	8	5,6	+ 2,4	+ 30 %
P Hématologie UPPA	365	1,21	65 %	90 %	4	2,2	+ 1,8	+ 45 %
P Hématologie HC	365	1,09	82 %	90 %	2	1,1	+ 0,9	+ 47 %
P Onco HC	365	0,9	97 %	90 %	6	6,8	- 0,8	- 14 %
P Néphrologie HC	365	1	90 %	90 %	13	13,0	+ 0,0	0 %
P Pneumo Sommeil HN	250	1,03	46 %	75 %	3	1,6	+ 1,4	+ 45 %
total hospitalisation complète médecine	365	1,09	80 %	85 à 90 %	94	79,0	+ 15,0	+ 16 %
P Chir Infantile HC	365	1,04	80 %	90 %	10	8,5	+ 1,5	+ 15 %
chirurgie orthopédique	365	0,96	68 %	90 %	36	27,1	+ 8,9	+ 25 %
total hospitalisation complète chirurgie	365	1	75 %	90 %	46	35,7	+ 10,3	+ 22 %
P GO Gynéco HC	365	1,19	64 %	90 %	30	17,4	+ 12,6	+ 42 %
P GO Obst HC	365	0,92	84 %	85 %	55	54,3	+ 0,7	+ 1 %
P GO Gross Risque HC	365	1,14	82 %	85 %	20	17,0	+ 3,0	+ 15 %
total hospitalisation complète gyn.- obstétrique	365	0,98	77 %	85 à 90 %	105	88,6	+ 16,4	+ 16 %
P Néonate SI	365	1,29	81 %	90 %	11	8,2	+ 2,8	+ 26 %
P USC Péd	365	1,57	42 %	90 %	2	0,6	+ 1,4	+ 70 %
P Réa Pédiatrique	365	1,24	81 %	90 %	4	2,9	+ 1,1	+ 27 %
P Hématologie SI	365	1,04	81 %	90 %	6	4,9	+ 1,1	+ 19 %
total réanimations-soins critiques	365	1,22	79 %	90 %	23	16,6	+ 6,4	+ 28 %
total Urgences Ped.	365	0,97	81 %	85 %	4	4,0	+ 0,0	+ 1 %
Sites annexes	365	1	73 %	90 %	26	21,1	+ 4,9	+ 19 %
HdJ St Joseph	NC	NC	NC		4	4	0	+ 0 %
Total général					763	606,3	+ 156,7	

Source : calculs des contre-experts à partir des données du rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS

2.5. Le projet remanié fin 2016 début 2017 réduit partiellement cette surcapacité.

La contre-expertise a reconstruit le tableau des capacités des sites sud du CHU en réintégrant l'ensemble des sites et la totalité des capacités MCO. La dissociation entre les sites, dans et hors projet ne permettait pas une approche globale.

Tableau 3 : évolution du capacitaire des sites Sud

	Actuel	Après	Solde
Ambulatoire			
HdJ médecine	36	63	
HdJ médecine dite hors projet	20	23	
HdJ St Joseph	4	4	
Chirurgie et Anesthésie. Ambulatoire	12	24	
<i>Total Ambulatoire</i>	<i>72</i>	<i>114</i>	<i>42</i>
Hospitalisation			
Hosp. Sem Médecine St Pierre	15	16	
Médecine St Pierre	128	171	
Médecine Hors St Pierre	111	26	
Médecine dite hors projet	94	96	
<i>Total médecine</i>	<i>348</i>	<i>309</i>	<i>- 39</i>
Chirurgie	95	84	
Chirurgie dite hors projet	46	28	
<i>Total chirurgie</i>	<i>141</i>	<i>112</i>	<i>- 29</i>
Gyneco-Obstétrique dite hors projet	105	101	- 4
Soins critiques	51	63	
Soins critiques hors projets	23	24	
<i>Total Soins critiques</i>	<i>74</i>	<i>87</i>	<i>13</i>
UHCD dont pédiatrie	14	14	
ZSTCD ¹	9	19	10
Sites sud	763	756	- 7

¹ ZSTCD La prise en compte de cette capacité en création de 10 places dépend de la définition qui est donnée. Le même terme peut correspondre à d'authentique chambre mais peut aussi correspondre à des espaces d'attentes plus ou moins structurés. La contre-expertise est en attente d'une réponse.

Source : calculs des contre-experts à partir des données du rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS

Cette réduction est essentiellement obtenue à hauteur de 100 lits par la fermeture totale ou partielle des sites annexes (Saint-Louis, Cilaos, Saint-Joseph) mais dont une partie est transférée sur le site de Saint-Pierre.

Tableau 4 : évolution des capacités MCO des sites annexes (nombre de lits et places)

	2016	projet
Cilaos	15	0
Saint-Louis	47	0
Saint-Joseph	53	15
Total	115	15

Source : d'après dossier contre-expertise

La contre-expertise observe une capacité totale en faible diminution, sans rapport avec le sur capacitaire observé actuellement et une transformation notable en ambulatoire (dont la médecine) alors que les capacités actuelles sont très sous-utilisées.

2.6. Des projections démographiques surestimées

Pour justifier une réduction très partielle des surcapacités et étayer une croissance d'activité, le rapport d'évaluation s'appuie sur les projections démographiques de l'INSEE : la croissance démographique est indéniable, mais devrait, selon les projections les plus récentes du modèle OMPHALE, être nettement moindre que prévue par le rapport : +75 000 au lieu de +210 000 habitants².

Le vieillissement accéléré de la population (+ 3 000 / an pour la classe d'âge des plus de 65 ans) constituerait un facteur puissant à l'augmentation du volume des hospitalisations (même ordre de grandeur que l'évaluation initiale).

Tableau : données démographiques mises à jour

	La Réunion			France entière		
	2013	2050	2050 / 2013	2013	2050	2050 / 2013
Âge moyen	34,0	41,3	+7,3	40,1	44,7	+4,6
Population totale¹	835,0	910,0	+75,0 9,0 % 0,24 % /an	65 781,0	74 025,0	+8 244,0 12,5% 0,34 % /an
< 20 ans¹	268,3	228,4	-39,9 -14,9 % -0,40 % /an	16 205,2	16 476,3	+271,1 1,7 % 0,05 % /an
20 à 64 ans¹	487,5	492,3	+4,8 1,0 % 0,03 % /an	38 057,8	37 449,8	-608,0 -1,6 % -0,04 % /an
>=65 ans¹	79,2	189,3	+110,1 139,1 % 3,76 % /an	11 518,0	20 098,9	+8 580,8 74,5% 2,01 % /an
Indice de vieillissement²	0,30	0,83		0,71	1,22	

¹ en milliers d'habitant

² Indice de vieillissement : ratio 65 ans et plus / moins 20 ans

Source : site de l'Insee, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2859843>

² En 2010, les projections régionales de l'INSEE indiquaient une population en 2040 de 1,085 millions d'habitants (0,998 M en scénario population basse et 1,123 M en scénario population haute). Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2529884>

Le 22 juin 2017, ces projections ont été refaites jusqu'en 2050 et ont fortement revues à la baisse les projections pour 2040, à savoir 0,9 M hab en scénario central (0,82 M en scénario population basse et 0,98 M en scénario population haute). Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2859843>

- En sus, l'estimation démographique aurait pu prendre en compte les évolutions démographiques de Mayotte, dont le recours sanitaire serait à la Réunion. La population de Mayotte passerait de 215 à 490 milliers d'habitants dans la même période avec les limites de ce modèle pour ce département. Toutefois, l'impact actuel sur le besoin d'hospitalisation en volume de la population mahoraise au CHU est particulièrement modeste (cf. *infra*). L'évaluation ne permet pas d'apprécier une perspective de croissance significative, et il n'est d'ailleurs pas fait mention des projets sanitaires pour Mayotte.

2.7. Les récents travaux de la DREES sur les projections d'hospitalisation MCO à l'horizon 2030³ fournissent un cadre de référence relativisant les impacts de vieillissement précités.

Le document de la DREES présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir.

Les experts anticipent une rupture de tendance pour les hospitalisations des plus de 65 ans :

« Les tendances passées montrent que la dynamique de l'activité hospitalière s'explique par le poids croissant des personnes âgées, et des études ont mis en évidence que cela s'expliquait non seulement par le vieillissement, mais aussi par la progression du taux d'hospitalisation des personnes âgées.

« Or, selon le scénario des experts, on assisterait d'ici 2030 à un retournement de cette tendance. Le recours à l'hôpital des personnes âgées diminuerait, grâce aux progrès dans le suivi des pathologies chroniques, à une meilleure organisation des parcours de soins permettant de limiter les hospitalisations évitables, et à une attention apportée à la pertinence des soins. Entre 2012 et 2030, le taux d'hospitalisation des plus de 65 ans baisserait de près de 5 %. Cela permettrait d'amortir leur poids démographique croissant (même si la part des séjours réalisés par les personnes de 75 ans ou plus va continuer d'augmenter, passant de 24 % à 29 % en 2030). Au total le scénario des experts conduirait à limiter l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers à 2,3 millions alors que le prolongement des tendances observées entre 2009 et 2012 aurait conduit à une augmentation de près de 6 millions de séjour. »

Par ailleurs, les experts prédisent une augmentation de la part d'activité réalisée en ambulatoire : tous âges et toutes pathologies confondus, la part de séjours réalisés en ambulatoire passerait de 39,6 % en 2012 à 49,5 % en 2030.

Le nombre de séjours d'hospitalisation partielle augmenterait ainsi de 44 % par rapport à 2012 (pp. 22 et 23 - dossier précité).

Toujours, selon les experts, la durée moyenne de séjour qui avait tendance à augmenter avec le vieillissement de la population, pourrait se stabiliser, selon l'hypothèse retenue de modifications des prises en charge entre hôpital, médico-social et médecine de ville (p. 25 – dossier précité).

« Selon les experts, il est probable que, même si on peut en contenir l'ampleur, le nombre de séjours hospitaliers va continuer à augmenter d'ici 2030. En revanche, grâce au développement de la prise en charge hospitalière ambulatoire et au raccourcissement des durées de séjours en hospitalisation complète, le nombre d'équivalents-journées, c'est-à-dire le nombre de jours passés à l'hôpital (en comptant un jour par convention pour une prise en charge ambulatoire), pourrait légèrement diminuer ».

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – mai 2017 – dossier n°18.

2.8. Besoins de santé et spécificités

L'évaluation socio-économique de l'ARS précise : « *Le taux d'hospitalisation standardisé du territoire de santé sud est inférieur au taux national pour la chirurgie alors qu'il est proche du niveau national pour la médecine et supérieur pour l'obstétrique.* »

Tableau 5 : indices comparatifs d'hospitalisation

Activité	Territoire de santé	2011	2012	2013	2014	2015
C	Réunion Nord-Est	0,78	0,82	0,84	0,85	0,87
	Réunion Ouest	0,87	0,87	0,88	0,87	0,9
	Réunion Sud	0,76	0,79	0,8	0,81	0,84
M	Réunion Nord-Est	1,08	1,08	1,1	1,12	1,12
	Réunion Ouest	0,94	0,95	0,96	0,96	0,96
	Réunion Sud	1	1,04	1,06	1,03	1,04
O	Réunion Nord-Est	1,3	1,28	1,29	1,35	1,38
	Réunion Ouest	1,33	1,31	1,31	1,33	1,43
	Réunion Sud	1,3	1,32	1,28	1,31	1,32

Source : rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS

Il faut toutefois observer une grande prudence, car l'offre de soins, en particulier au CHU, n'est pas à saturation.

Les différences importantes de prévalence de maladie chronique entre La Réunion et la métropole nécessiteraient des corrections complexes pour modifier les ratios moyens nationaux en particulier l'indice comparatif d'hospitalisation (ICH), corrections totalement hors de portée d'une contre-expertise sur une durée limitée. Sont citées comme maladies chroniques à prévalence atypique : HTA, diabète, syndrome métabolique, obésité, insuffisance rénale, asthme.

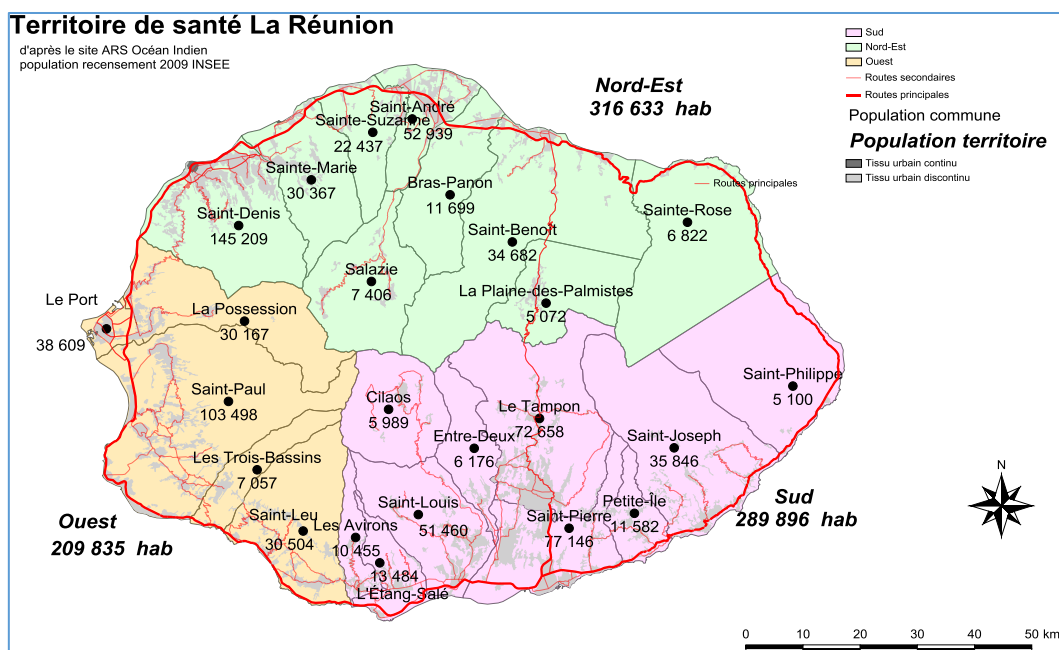
Pour ne donner qu'un exemple, la contre-expertise retrouve des publications sur la prévalence du diabète qui est 4 fois supérieure à la valeur nationale (Etude REDIA-INSERM 2001 et travaux ORS La Réunion 2007). Le diabète en soi génère un besoin d'hospitalisation modeste et a vocation à une prise en charge à prédominance ambulatoire. L'impact est évoqué mais les relations avec tous les sujets connexes et les complications (obésité, AVC, pathologies cardiaques et vasculaires, insuffisance rénale...) ne sont pas évaluées pour justifier le capacitaire.

2.9. Territoire : fuites et attractivité

Une difficulté de lecture du dossier est d'une part l'absence de définition des sous-territoires de santé dans le dossier. Et des tableaux où les notions de nord et sud recourent des réalités différentes : soit les territoires de santé, soit la répartition géographique des sites du CHU.

Nous retiendrons par la suite les termes de territoire sud pour le sous-territoire de santé, et de sites sud pour les sites hospitaliers sud du CHU.

Les données retravaillées par la contre-expertise font référence aux territoires transcrits dans cette carte, d'après des éléments du Projet Régional de Santé (PRS) sur le site de l'ARS.



Source : contre-experts d'après PRS

Les distances et temps d'accès aux soins ne sont pas estimés dans l'évaluation alors que les particularités géographiques et routières de l'île conduisent à des temps d'accès Nord-Sud de l'ordre de l'heure (estimation Internet) qui devraient se traduire par un fort impact d'attractivité sur les activités de proximité (obstétrique, activités non programmées) et pour les activités récurrentes (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) qui ont par ailleurs des impacts financiers globaux notables du fait des transports sanitaires.

Le caractère insulaire et la difficulté d'accès à d'autres centres de recours ne sont pas évalués. L'obligation de répondre aux crises sanitaires, et les solutions pouvant comprendre une marge de surcapacité par rapport à la métropole ou d'unités temporaires auraient pu apparaître dans ce dossier.

**Tableau 6 : Séjours 2016 (hors séances)
par territoire de résidence des patients de la Réunion et par site du CHU**

	Territoire de résidence des patients de la Réunion			
Sites du CHU	Ouest	Nord-Est	Sud	Total général
Nord	5 164	30 461	1 920	37 545
Sud	4 970	1 669	46 973	53 612
Total CHU	10 134	32 130	48 893	91 157
<i>En parts</i>	Territoire de résidence des patients de la Réunion			
Sites du CHU	Ouest	Nord-Est	Sud	Total général
Nord	13,8 %	81,1 %	5,1 %	100 %
Sud	9,3 %	3,1 %	87,6 %	100 %
Total CHU	11,1 %	35,2 %	53,6 %	100 %

Source : contre-experts d'après Base de données nationale PMSI ATIH

La provenance de patients du territoire géographiquement opposé pour les sites nord et sud (3 à 5 %) sont modestes dans l'activité de chacun des deux sites. Par contre, pour les sites sud du CHU, l'activité provenant du territoire Ouest atteint un niveau significatif (9,3 % des hospitalisations hors séances).

Tableau 7 : Séjours et séances 2016 par lieu de résidence et par site Sud du CHU

Résidence	Séances				Hors Séances				
	La Réunion	Mayotte	Autres	total	La Réunion	Mayotte	Autres	total	
CILAOS	0		0	0	235	0,4 %		2	237
SAINT-JOSEPH	62		0	62	1 933	3,6 %		8	1 941
SAINT-LOUIS	4		0	4	1 788	3,3 %		2	1 790
SAINT-PIERRE	30 613	90	34	30 737	49 656	92,6 %	312	260	50 228
Total	30 679	90	34	30 803	53 612	100 %	312	272	54 196

Source : contre-experts d'après Base de données nationale PMSI ATIH

Les non-résidents de la Réunion représentent moins de 1 % de l'activité complète (séances comprises). Saint-Pierre est le seul des sites du sud à être concerné par des séjours au profit de non-résidents de la Réunion, constitués pour moitié de résidents de Mayotte.

Pour compléter ce descriptif, 1,6 % des séjours hors séances (3 182 séjours en 2016) de résidents de la Réunion (tous territoires) sont réalisés en métropole et pour deux tiers les lieux de prise en charge (CHU, CRLCC, ESPIC très spécialisés et/ou à grandes notoriétés) pourraient correspondre à du recours.

Plus globalement et hors séances :

- les fuites d'activités hors la Réunion sont négligeables en volumes (1,6 %) ;
- l'attractivité de patients de Mayotte est mineure (inférieure à 0,5 %) et au même niveau que pour les métropolitains (situation similaire pour le site de St Denis).

La contre-expertise conclut à des fuites et une attractivité hors du territoire de la Réunion peu significatives. Une croissance d'activité significative ne peut reposer que sur une reprise de part de marché ou une augmentation de consommation de soins des résidents de la Réunion.

[2.10. L'environnement concurrentiel, faible en médecine, est particulièrement important en cancérologie et en chirurgie, notamment sur le volet ambulatoire.](#)

Parts de marché sur le territoire Sud

Le rapport d'évaluation met en exergue le poids du CHU sur le territoire Sud (85 % en obstétrique, 81 % en médecine, 44 % en chirurgie). Toutefois, les données de l'évaluation sont très globalisées et ne différencient pas les sites nord et sud. La contre-expertise a réalisé une analyse plus détaillée (en annexe n° 1 : tableau détaillant l'activité, les parts de marché et leur évolution sur 3 ans du territoire sud ne détaillant que les sites sud du CHU et la clinique Durieux et par type d'activité).

La contre-expertise note :

- En chirurgie :
 - une position très forte ou quasi exclusive pour les disciplines de recours (neurochirurgie, rachis, thoracique) mais à faible volume de patients ;
 - une position dominante (supérieure à 50 %) en chirurgie digestive, urologique, gynécologique, orthopédie (sauf arthroscopie) pour des activités à fort volume de patients. Ces activités sont en croissance soutenue avec une reprise de parts de marché à l'exception de la chirurgie prothétique. L'urologie subit des fuites du territoire sud ;
 - une position faible en chirurgie ORL-stomatologie (24 %), chirurgie du sein (25 %), chirurgie vasculaire (36 %) pour des activités à fort volume, et à prédominance ambulatoire. Une reprise de parts de marché est constatée pour ces activités ;
 - A part : la chirurgie ophtalmologique présente une très faible part de marché au CHU, ce qui est fréquent dans le secteur public (s'expliquant essentiellement par le différentiel de rémunérations des praticiens entre les deux secteurs).
- Activité technique non chirurgicale :
 - Une part de marché conséquente au global mais à forte disparité avec un déficit d'activité en endoscopie 13 % sur 4 266, et ORL Stomato 14 % sur 1 233. Ces deux activités ont un fort potentiel ambulatoire.
- Obstétrique et Nouveau-Nés :
 - Position très dominante du CHU sud (en 2016 79 %). La clinique (905 accouchements, 19 %) est en dessous des 1 000 accouchements souvent cités comme seuil de rentabilité pour un établissement privé.
- Séances :
 - le CHU réalise plus de 90 % des séances de chimiothérapie, de la transfusion et est le seul offreur de traitement hyperbare,
 - la radiothérapie n'est pas analysable au travers du PMSI.
- Médecine :
 - le CHU Sud représente plus de 90 % des activités sauf en ce qui concerne les soins palliatifs qui font l'objet d'un projet spécifique.

La situation du principal concurrent

Le principal concurrent de l'hôpital de Saint-Pierre est la clinique Durieux, située sur le Tampon, et qui développe une activité chirurgicale et obstétricale.

L'ARS, dans son rapport, indique que la clinique souffre de difficultés financières (p. 33).

Interrogée sur ce point, l'ARS précise à la contre-expertise, que « *sur le fondement de l'analyse des éléments financiers fournis par cet établissement, après retraitement sur Anades, et sur une analyse médico-économique, il a notamment été constaté de réels problèmes de trésorerie, une diminution du nombre d'accouchements contemporaine à l'ouverture du PFME du CHU Sud, et une fragilisation de l'équipe médicale faisant fonctionner cette maternité* ».

Par ailleurs, l'ARS déclare qu'elle entend conforter la maternité de la clinique Durieux :

« L'ARS a soutenu en 2016 un plan d'action visant à restaurer son attractivité. Parmi les avantages liés à ce scénario figurent, le maintien d'une offre mixte pour les parturientes du territoire, le maintien de l'équilibre public-privé prévalent sur le territoire Sud, et l'absence d'investissements complémentaires pour le CHU.

« En anticipation d'une non-réalisation de ce scénario privilégié, l'ARS a demandé au CHU de valider la capacité du PFME d'intégrer les 1 000 accouchements actuellement réalisés par la maternité de la clinique Durieux. »

La contre-expertise s'étonne d'une position de principe de l'ARS visant à conforter deux offres dans un territoire aussi limité alors que la rationalité économique plaiderait pour une absorption, renforcé par le gain qualitatif et sécuritaire d'une maternité de niveau 3. Par ailleurs, l'ARS reconnaît au site de St-Pierre un caractère incontournable de la stratégie de santé sur ce sous-territoire et a une parfaite connaissance des difficultés d'activité du CHU.

2.11. L'évolution de l'environnement hospitalier, en aval des structures MCO (SSR, SSIAD, structures médico-sociales) ou alternatives (HAD) sera déterminante pour l'optimisation durable du capacitaire MCO de Saint-Pierre.

Selon les données de l'ARS fournies à la contre-expertise le 5 septembre dernier, le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) serait plus important à la Réunion qu'en France entière :

Tableau 8 : taux de recours brut à l'HAD

	2012	2016
Réunion	91,44	92,6
France entière	64,38	73,56

Source : ARS en réponse aux contre-experts le 5 septembre 2017

Ce recours est significativement différent selon les trois territoires de la Réunion :

Tableau 9 : Taux de recours standardisé à l'HAD en 2016

Réunion Nord Est	214,18
Réunion Ouest	115,72
Réunion Sud	122,75

Source : ARS en réponse aux contre-experts le 5 septembre 2017

L'ARS indique par ailleurs que le taux de recours standardisé du territoire Sud est supérieur de 67 % au taux de la France entière.

Le Sud de la Réunion bénéficie donc d'une HAD dynamique, ce qui constitue un atout important du territoire pour optimiser le capacitaire MCO et limiter les durées de séjours. Néanmoins, l'expérience du Nord Est, où le taux de recours HAD est particulièrement élevé, mérite sans doute d'être analysée pour s'inspirer de ses facteurs de succès.

En SSR, les données fournies par l'ARS ne permettent pas de comparer les taux d'équipements et de recours du Sud de la Réunion par rapport à la France entière.

Néanmoins, l'ARS fait part de l'ouverture d'un nouvel établissement SSR de 80 lits sur Saint-Pierre depuis 2016, sans en préciser l'orientation.

Selon l'ARS, le taux d'équipement en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) serait trois fois inférieur au taux d'équipement national.

Aucune donnée n'a pu être présentée pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

En termes d'analyse, la contre-expertise ne prévoit pas d'obligation de transfert d'activité significatif auprès de l'HAD et actuellement les capacités du CHU ne paraissent pas souffrir d'un aval engorgé.

En tout état de cause, l'évolution de l'environnement hospitalier sera déterminante dans les années à venir pour limiter, sinon neutraliser l'impact du vieillissement sur les structures MCO de Saint-Pierre.

Le CHU doit pouvoir compter sur le rôle majeur de l'ARS, pour anticiper l'impact du vieillissement, prévoir et accompagner l'évolution de l'offre HAD, SSR et médico-sociale, condition indispensable pour garantir une offre MCO efficiente sur le territoire Sud à moyen et long terme, en évitant son embolisation par des problématiques ne relevant pas d'une prise en charge MCO.

2.12. L'impact du nouveau projet médical et de la réorganisation des activités entre Saint-Denis et Saint-Pierre n'est pas lisible dans le rapport.

Les distances et temps d'accès sont suffisants pour justifier de maintenir des activités en proximité et en doublon entre les deux sites du CHU, et dissocier les activités au sein de certaines spécialités conduit à une sous-attractivité trop forte pour les praticiens. *A contrario*, certaines activités permettent plus facilement d'identifier une activité de proximité obligatoire et une activité de recours ou de référence mutualisable. Le projet fait état de cette réflexion pour certaines (chirurgies baryatrique, de la main, pôle neuro-vasculaire...).

La contre-expertise s'interroge sur la chirurgie pédiatrique (hors proximité), la chirurgie carcinologique ORL, la chirurgie thoracique pour lesquels il n'y a pas d'argumentation justifiant la répartition actuelle.

2.13. Les hypothèses d'évolution d'activité sont insuffisamment étayées sur le plan médical.

En chirurgie, la progression d'activité prévue est très importante :

Tableau 10 : Evolution de l'activité en chirurgie

	2016	2021	Ecart en %
Nombre de séjours HC	9 740	8 976	- 7,8 %
Nombre de séjour CA	3 180	6 000	+ 88,7 %
Nombre d'interventions	12 920	14 976	+ 15,9 %

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

Le rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS (p. 46) mentionne également une progression du nombre d'actes du bloc opératoire : 18 750 actes en 2016, 22 724 actes en 2024 soit + 21,2 %.

Enfin, il est question d'une croissance moyenne de 3 % par an du nombre d'interventions, à l'appui de l'argumentaire sur le dimensionnement du bloc opératoire lors d'une question de la contre-expertise. Ce taux n'est seulement étayé que par la croissance passée 2,95 %/an de 2014 à 2016 (cf. annexe 1), sans autre argumentation médicale.

De même, le potentiel de transfert d'activité en provenance de l'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire reste modéré. La contre-expertise ne relève dans le PMSI que 744 séjours d'un jour en hospitalisation complète de chirurgie ou d'endoscopie, *a priori* susceptibles de relever de la chirurgie ambulatoire. Les autres hypothèses (taux de conversion en ambulatoire, 55 gestes marqueurs) n'ont pas été mises à disposition.

Tableau 11 : répartition par durée en chirurgie (2016)

Groupe de planification	0 jour	1 jour	2 jours et +	
Chirurgicaux (C01 à C25)	1 737	623	4 328	6 688
K (endoscopie, accès vasc, ORL Stomato)	789	121	30	940
Total	2 526	744	4 358	7 628

Source : contre-expertise d'après données ATIH 2016

Le rapport de l'ARS ne donne par ailleurs aucune précision sur les spécialités et les actes les plus concernés par cette augmentation, encore moins sur les conditions requises en terme d'équipes médicales, ni sur la stratégie envisagée pour reconquérir des parts de marché sur cette chirurgie de proximité. Et les conditions actuelles de fonctionnement (disponibilité en lits, places, temps opératoires) ne montrent pas une saturation telle que cette croissance n'aurait pu déjà s'établir.

En médecine, les prévisions d'augmentation d'activité en hospitalisation complète sont modérées (+ 3,96 % sur la période 2016-2021) et celles d'hospitalisation de jour (HTP) très importantes : + 4 272 séjours supplémentaires attendus en 2021 par rapport à 2016 (+ 39,6 %).

L'organisation du plateau technique d'explorations fonctionnelles prévue par le projet devrait faciliter la réalisation des hospitalisations de jour pour bilan et contribuer à cette croissance.

Néanmoins, l'hospitalisation de jour de médecine relève encore d'un modèle en devenir, à stabiliser sur le plan tarifaire au niveau national.

Enfin, il pourrait être judicieux de reconsidérer le positionnement de l'unité d'hospitalisation de jour de neurologie, en mutualisant cette petite unité dans le plateau principal d'hospitalisation de jour de médecine.

Sur le secteur médecine, les prévisions d'activité posent plus particulièrement question pour la pédiatrie générale :

Tableau 12 : Evolution du nombre de séjours en pédiatrie générale

	2016	2021	Ecart en %
Nombre de séjours	2 648	3 366	+ 27,1 %

Source : contre-expertise d'après rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS

Alors que les projections démographiques indiquent une stabilité de la classe d'âge < 20 ans, et qu'il peut être fait le constat d'une diminution nationale du recours à l'hospitalisation, le rapport ne fournit aucune explication médicale sur cette forte évolution, qui justifie pourtant la création de 2 lits supplémentaires.

Les unités de néonatalogie, de soins intensifs et de réanimation pédiatrique affichent des IPDMS particulièrement élevés, indiquant des DMS supérieurs de 25 % à 35 % à la moyenne nationale.

En soins critiques, l'analyse doit nécessairement embrasser les deux sites du CHU, afin, s'agissant d'activités de recours ou de référence, d'éviter des redondances qui seraient particulièrement coûteuses compte tenu de l'ampleur des ressources humaines à mobiliser.

Chacun des sites a prévu d'augmenter ses capacités et de développer fortement son activité de soins critiques.

Tableau 13 : Evolution des capacités et des séjours en soins critiques pour le CHU

	Lits 2016	Lits 2021	Ecart en %	Nombre de séjours 2016	Nombre de séjours 2021	Ecart en %
Site Sud	74	87	+ 17,6 %	4 865	6 275	+ 29 %
Site Nord	110	120	+ 9,1 %	6 319	8 099	+ 28,2 %
Total	184	207	+ 12,5 %	11 184	14 374	+ 28,6 %

Source : contre-expertise d'après rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS

Le site Nord vient de terminer un projet immobilier de 70 M€ visant à moderniser l'ensemble de ce secteur.

Il affiche cependant des IPDMS anormalement élevés (1,26) au contraire du site Sud qui affiche des durées de séjours performantes en soins critiques pour adultes.

C'est pourquoi, avant de se prononcer sur le capacitaire des soins critiques du Sud, il serait pertinent de disposer d'un schéma d'organisation des soins critiques du CHU et, à cette occasion de s'interroger sur :

- les voies et moyens d'optimiser les durées de séjours ;
- l'intérêt d'évoluer vers des unités plus polyvalentes ou avec des capacités de taille critiques suffisantes ;
- la répartition des activités lourdes du CHU, pour éviter les redondances ;
- les transferts inter sites.

En gynéco-obstétrique, il est prévu une progression de 847 séjours entre 2016 et 2021, soit une croissance de 10 %.

La démographie n'étant pas porteuse sur l'obstétrique (au mieux stabilité des naissances), s'agit-il d'une progression d'activité uniquement chirurgicale ?

Si oui, s'ajoute-t-elle à celle de la chirurgie ambulatoire ?

Pour l'obstétrique, le CHU a-t-il anticipé la réduction très probable des durées de séjour, autour de 2 jours, si l'on en croit les préconisations nationales de l'assurance maladie ? La contre-expertise propose que soit analysée cette réduction et la capacité induite pour pouvoir absorber l'ensemble de la capacité d'obstétrique du territoire Sud (cf. Clinique Durieux *supra*) à défaut le sur-capacitaire serait majoré.

2.14. Conclusions sur le dimensionnement capacitaire

Sur le dimensionnement du bloc opératoire

Le site de Saint-Pierre dispose actuellement de 13 salles. Le projet prévoit de créer 5 salles supplémentaires, dont l'une serait indispensable à la continuité de l'activité pendant les travaux.

L'ARS a pu communiquer le 5 septembre dernier les résultats de l'auto-évaluation menée par l'établissement selon la méthodologie ANAP sur la période de mars 2017 et permettant de calculer le besoin en salles.

Sur la base de l'activité actuelle, les plages horaires nécessaires ont été calculées par spécialité, en fonction du temps opératoire constaté, déduction faite des interventions réalisées pendant les horaires de la permanence des soins, et d'un taux d'occupation des salles de 85 %.

Le besoin actuel en salles est évalué entre 9 et 13 salles, selon l'amplitude d'ouverture des blocs : 9 salles pour une amplitude de 12 heures, 11 salles pour une amplitude de 10 h, 13 salles pour une amplitude de 8,5 h.

Pour calculer le besoin à 10 ans, le CHU est parti des hypothèses suivantes :

- le rythme de progression de l'activité constaté au cours de la décennie précédente soit 6 % par an ;
- le taux de recours standardisé en chirurgie « *au regard du taux de recours standardisé en chirurgie, inférieur de 15 points en retrait par rapport à la situation nationale, et au vieillissement de la population qui s'accompagne naturellement d'une augmentation du recours brut, la croissance de l'activité du bloc sur les 10 prochaines années serait au minimum deux fois moins rapide que la décennie précédente* » soit + 3 % par an ;
- l'application de ce taux de croissance à l'ensemble des spécialités.

Sur les bases de ces hypothèses, le besoin en salles est estimé entre 12 et 17 salles, selon l'amplitude d'ouverture du bloc, hors permanence des soins : 12 salles pour une ouverture sur 12 h, 15 salles pour une ouverture de 10 h, 17 salles pour une amplitude limitée à 8,5 h.

Ces calculs permettent de conclure que :

- le nombre de salles est suffisant sur la base de l'activité actuelle ;
- les organisations ont un impact fort sur le besoin en salles : avec une amplitude de 10 h, le site de Saint-Pierre pourrait absorber une augmentation de près de 20 % de son activité, dans ses 13 salles actuelles ;
- en retenant les hypothèses de croissance d'activité de 3 % par an avancées par le CHU, et sur la base d'une amplitude d'ouverture du bloc de 10 h, le besoin serait alors de 15 salles.

Dans ces conditions, la recommandation du rapport ARS, étayée par l'analyse de l'expertise technique, paraît raisonnable : dans la mesure où les 5 salles supplémentaires sont prévues à l'entresol de l'extension du bâtiment, il conviendrait de réserver cet emplacement « clos et couvert » et n'engager l'aménagement de salles supplémentaires que progressivement, en fonction de l'évolution de l'activité et de l'optimisation des organisations.

Le coût de l'aménagement de ces 5 salles estimé par l'expertise technique à 2,5 M€ pourrait donc être évité, au moins dans un premier temps.

Selon l'expertise technique, la création d'une salle supplémentaire est incontournable pour maintenir la continuité de l'activité pendant les travaux. L'offre du bloc, ainsi portée à 14 salles permettrait d'accroître encore la marge de potentiel de développement (+ 7,7 %) en plus de l'impact des évolutions organisationnelles précitées.

La contre-expertise valide la construction d'une salle, et de la mise en réserve immobilière de l'espace pour 4 salles supplémentaires dont l'aménagement sera conditionné à la saturation des salles existantes après optimisation des occupations.

Sur le dimensionnement de l'hospitalisation

La contre-expertise constate l'absence d'un projet médical explicatif et convaincant d'une croissance d'activité et d'un dossier d'évaluation peu argumenté en dehors du projet architectural.

Le projet maintient un excédent capacitaire global très conséquent.

Le projet prévoit une transformation d'ampleur en ambulatoire et hôpital de jour, mais il n'est pas réellement possible d'affirmer la progression d'activité.

L'évaluation indique des phases ultérieures de construction et restructuration.

La contre-expertise propose :

- une ouverture progressive des capacités d'ambulatoire et hôpitaux de jour à mesure du développement de l'activité ;
- une forte réorganisation, mutualisation des unités d'hospitalisations conventionnelles ;
- le gel des reconstructions et/ou restructurations MCO jusqu'à optimisation complète du bâtiment central.

3. Analyse économique : le projet est-il compatible avec la nouvelle stratégie budgétaire et financière du CHU ?

3.1. Une stratégie de rupture

Un retour à l'équilibre impérieux, nécessitant une maîtrise très contraignante des charges d'exploitation

Face à une situation budgétaire et financière particulièrement délicate (cf. point 1.2.) et pour restaurer sa capacité d'autofinancement, le CHU n'a pas d'autre choix que de réduire très fortement la progression de ses charges.

Cette rupture avec la période passée et affichée dans le PGFP s'illustre par les comparaisons suivantes des taux d'évolution de charges sur les 2011-2015 et 2017-2021 (prévision PGFP).

Tableau 14 : Evolution des charges par titre de dépenses

	Période 2011-2015	Période 2017-2021 (prévisions)
Titre 1 (masse salariale)	+ 19,90 %	+ 5,87 %
Titre 2 (charges médicales)	+ 32,20 %	- 3,80 %
Titre 3 (charges hôtelières)	+ 16,70 %	- 3,53 %

Source : PGFP prévisionnel

Cette évolution très faible de la masse salariale ne peut passer que par une réduction significative des effectifs.

Néanmoins, les prévisions des recettes d'activité T2A restent encore élevées sur la période 2017-2021 : + 11,1 %, soit plus de 2,6 % d'augmentation par an, ce qui constitue un objectif relativement ambitieux sur le moyen terme, compte tenu de la poursuite probable de la baisse des tarifs.

La nécessité de réduire corrélativement les investissements courants

Mobilisant ses crédits sur ses opérations majeures d'investissement (bâtiment soins critiques Saint-Denis, bâtiment principal Saint-Pierre, SRR le Tampon) le CHU devra réduire ses opérations courantes d'investissement.

Sur la période 2017-2021, le CHU y consacrera en moyenne 11,3 M€ par an, représentant 1,6 % de ses produits courants (source rapport ARS, annexe financière), taux, sensiblement inférieur à la référence de 3 %, communément recommandée.

De nouvelles enveloppes confirmées par le ministère

Selon le rapport ARS, le retour à l'équilibre budgétaire devrait être conforté par une dotation annuelle complémentaire de 10 M€ par an à compter de 2018.

Les arbitrages rendus cet été par les pouvoirs publics permettent de confirmer cette hypothèse, sur la période de 5 ans, dans les conditions suivantes :

Tableau 15 : Dotations complémentaires (M€)

	2017	2018	2019	2020
Aides exceptionnelles	6,5+7,5	6,5	5,5	4,5
Mesures pérennes (MIG)	-	6,5	6,5	6,5
Total	14	13	12	11

Source : DGOS

3.2. Un plan de financement du projet encore incertain selon le rapport de l'ARS

Le plan de financement spécifique du projet, décrit dans le rapport de l'ARS, repose sur les ressources suivantes :

Tableau 16 : Plan de financement espéré (M€)

Autofinancement	12
<i>dont cession de site</i>	2
Emprunts	47
Subventions	50
Total	109

Source : rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS, page 46

La mobilisation de l'autofinancement tient à la réussite du plan de retour à l'équilibre.

La cession du site de Saint-Louis pour 2 M€ reste encore hypothétique.

L'aide en capital, si elle est discutable dans son principe, paraît cependant incontournable.

Elle paraît discutable dans son principe, compte tenu des financements déjà octroyés dans le cadre de l'aide à l'investissement, contractualisé avec l'ARS (cf. CPOM 2013-2017 avec l'ARS), et provisionnés par l'établissement.

Cependant, compte tenu de la situation financière du CHU et particulièrement de son niveau d'endettement, il ne serait pas raisonnable d'augmenter le recours à l'emprunt.

L'encours de la dette culminera à 335 M€ en 2018.

Deux des trois ratios ne respectent pas en 2018 les seuils fixés par la réglementation :

- ratio d'indépendance financière à 62 % ;
- encours représentant 46 % des produits.

La durée apparente de la dette (27 ans en 2016) serait ramenée à 8 ans en 2018, seul ratio respectant les exigences de la réglementation.

3.3. Un levier d'action sur le besoin en fonds de roulement ?

La stratégie financière prospective du CHU, exposée dans le tableau de financement pluriannuel (annexe du rapport de l'ARS), fait apparaître sur la période 2017-2021, un redressement positif et continu du fonds de roulement et de la trésorerie.

On signalera cependant un besoin en fonds de roulement excessivement élevé (95 à 100 M€) représentant 55 à 60 jours de charges courantes.

Une réduction significative du besoin en fonds de roulement pourrait permettre de retarder, sinon réduire la mobilisation des emprunts, baisser corrélativement les frais financiers, et renforcer le niveau de la trésorerie.

3.4. Un retour sur investissement problématique en l'état actuel du dossier

Les gains nets affichés par l'établissement s'élèvent à 13,6 M€ répartis dans le temps comme suit (cf. outil financier) :

Tableau 17 : Gains nets escomptés (M€)

	2019	2020	2021	2022
(1) Total produits	+ 6,9	+ 6,9	+ 1,7	+ 1,7
(2) Total charges	+ 1,6	+ 1,6	+ 0,2	+ 0,2
(1)-(2) gain net	+ 5,3	+ 5,3	+ 1,5	+ 1,5

Source : CHU (outil financier COPERMO)

Ils reposent sur les hypothèses suivantes :

Tableau 18 : Hypothèses sous-jacentes au RSI

	2019	2020	2021	2022
Evolution activité (en nombre de séjours)	+ 4 959	+ 4 959	+ 1 561	+ 1 561
Impact sur les effectifs non médicaux (ETP PNM)	+ 9	+ 9	-	-
Impact sur le personnel médical (ETP PM)	+ 1	+ 1	-	-
Evolution des charges de personnel (en millions d'euros)	+0,7	+0,7	-	-
Evolution des charges médicales (en millions d'euros)	+ 0,65	+ 0,65	+ 0,2	+ 0,2
Evolution des charges hôtelières (en millions d'euros)	+ 0,25	+ 0,25	-	-

Source : CHU outil financier COPERMO

Le volet de ce dossier, très incomplet, rend l'analyse délicate.

Les gains d'efficience sont indéniables :

- La restructuration des sites annexes doit générer des économies majeures en termes de maintenance de site et d'emplois ;
- Le regroupement des unités, et leur dimensionnement autour de 30 lits permettent de présenter des maquettes organisationnelles optimales en termes de personnel (30 agents pour une unité de 30 lits).

Mais ils sont insuffisamment documentés :

- le bilan des emplois supprimés sur les sites annexes n'est pas présenté ;
- les ratios contraints de personnel dans les unités d'hospitalisation conduisent à créer une douzaine d'emplois de brancardage dans le bâtiment central mais l'on ne connaît pas en contrepartie les économies dégagées sur la fonction « ambulance », liées à l'effacement de l'organisation pavillonnaire ;
- Le regroupement des laboratoires, à nouveau possible dans le projet remanié, n'indique pas les opportunités éventuelles de mutualisation (encadrement, secrétariat...).

Surtout, les données du rapport ARS ne sont pas fiables :

- au début du paragraphe 4-1-2 du rapport, il est question d'une création de 7,2 ETP ;
- à la fin du même paragraphe, il est question d'une création nette de 18,7 ETP (+ 2 ETP médicaux) ;
- dans l'une des pièces du dossier (retour sur investissement) il est question de 20 ETP ;
- L'ARS, questionnée sur ces contradictions, s'étonne de l'allusion à la création de 18,7 ETP PNM et évoque maintenant 3,2 ETP !

Le retour sur investissement est essentiellement fondé sur des gains de recettes d'activité T2A, dont on a vu qu'elles étaient ambitieuses, sinon optimistes.

A contrario, le CHU paraît négliger certains leviers d'action : à titre d'exemple, l'instauration d'un régime « chambre particulière », avec la généralisation des chambres seules, dégagerait des recettes significatives d'au moins 2 M€ par an⁴.

Le volet « retour sur investissement » affiche des créations d'emploi conséquentes et probablement sous-estimées.

Le dossier présente ainsi une création nette de 20 emplois : 18 personnels non médicaux et 2 emplois médicaux.

La lecture du dossier permet d'identifier 3 sources d'augmentation d'effectifs :

- les urgences (15 emplois) ;
- le bloc opératoire (12 emplois) ;
- les soins critiques (USI cardio : + 8 emplois).

Le dossier ne précise pas les spécialités concernées par la création d'emplois de médecins.

⁴ Ces chiffres sont obtenus avec les hypothèses suivantes :

- 1) 360 lits en chambres seules (hors ambulatoire, pédiatrie, soins critiques psychiatrie) ;
- 2) taux de facturation chambre particulière = 50 % ;
- 3) supplément de 40 €/jour ;
- 4) taux d'occupation de 85 %.

Pourtant, si le dossier propose une augmentation de 5 salles de bloc⁵, (sur la base d'un anesthésiste pour 2 ou 3 salles) combinée à l'augmentation de l'activité de consultations pré-anesthésiques pourrait générer un impact de 5 anesthésistes supplémentaires. Des gains de productivité sont-ils attendus en anesthésie ?

Y aurait-il, par ailleurs des suppressions dans cette catégorie d'emplois, permettant de compenser en partie ces créations ?

De même, l'ouverture de 5 salles de bloc génèrerait une création d'emplois non médicaux 2 à 3 fois supérieure aux 12 annoncés.

Le dossier ARS ne précise pas non plus l'origine des gains de productivité compensant partiellement ces surcoûts.

Pour conclure, ce projet, sur le volet retour sur investissement parait en décalage avec la stratégie de rupture, conduite sur le plan budgétaire.

On pourrait s'attendre, compte tenu de la rationalisation des organisations et de la fermeture des sites annexes à des économies nettes, sur la masse salariale.

Il n'en est rien, le projet affiche des surcoûts sensibles qui ne seront probablement pas compensés par les recettes attendues mais, à ce stade de l'analyse, hypothétiques.

C'est pourquoi, en l'état actuel du dossier, la contre-expertise considère que le projet n'est pas viable sur le plan médico-économique tant que les critères attendus de performance ne seront pas assurés.

⁵ Voir plus haut les réserves des contre-experts.

4. Conclusions

Le rapport d'évaluation socio-économique présenté par l'ARS est un dossier qui reste incomplet malgré les données complémentaires fournies pendant le déroulement de la contre-expertise.

- A l'exception notable de la filière neurologie, le rapport est très pénalisé par l'absence d'exposé d'une stratégie médicale permettant d'étayer les évolutions capacitaires souhaitées, les prévisions d'activité retenues et de préciser les conditions requises pour y parvenir. Le projet présenté est un projet hôtelier sans fondement médical.
- Le volet ressources humaines du dossier, dont les données exposées ne sont pas fiables, reste à terminer, y compris sur l'accompagnement social des restructurations qui conditionnera la réussite du projet.
- Le volet économique du rapport ne permet ni de se faire une idée précise des gains d'efficacité pourtant indéniables du projet, ni de disposer d'un bilan exhaustif, détaillé, cadencé dans le temps, des gains et des surcoûts.

L'absence d'un projet médical actualisé avec une déclinaison opérationnelle, des perspectives étayées et une organisation formalisée est un défaut majeur de ce projet.

Même si la fusion est récente, les complémentarités et substitutions entre les sites nord et sud sont peu lisibles et faiblement explorées. L'organisation médicale doit aussi tendre vers une fusion au sein d'une même spécialité. L'accord initial de *statu quo* de la pré-fusion entre les sites ne peut être durablement maintenu dans le contexte déficitaire du CHU. La mise en œuvre du projet architectural ne fera pas l'économie d'un projet médical.

Les contre-experts recommandent de reprendre également le volet économique du dossier afin de s'assurer de la réalité du retour sur investissement et des gains nets avérés et fiables, notamment sur la masse salariale.

A cet effet, le projet doit prendre en compte une réduction plus forte des capacités, y compris pour les activités non incluses dans le périmètre dit du projet (secteur mère enfant, soins critiques ...). Les contre-experts suggèrent d'intégrer dans le projet les activités d'hospitalisation de néphrologie et d'oncologie laissées dans leurs pavillons et qui pourraient rejoindre le bâtiment central. Il n'y a pas lieu de prévoir d'extension architecturale ultérieure.

Enfin les contre-experts recommandent d'ouvrir progressivement les capacités d'hospitalisation de jour et de chirurgie ambulatoire au fur et à mesure du développement de l'activité et démonstration formelle d'efficacité. De même l'aménagement des nouvelles salles de bloc ne devra être réalisé qu'après optimisation de l'organisation des blocs actuels et développement d'activité.

Annexe : Activité passée, parts de marché et évolutions

Groupe de planification	CHU Sud						Clinique Durieux						Autres (Part de marché)	Total			
	Activité				Part de marché		Activité				Part de marché			Activité			
	2014	2015	2016	2016/ 2014	2016	2016- 2014	2014	2015	2016	2016/ 2014	2016	2016- 2014		2016	2014	2015	2016
C01 - Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée)													100%	6	11	7	16,7%
C02 - Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie	282	316	383	35,8%	93,0%	2,2%							7,0%	310	353	412	32,9%
C03 - Neurostimulateurs	1	2	3	200%	100,0%	0,0%								1	2	3	200%
C04 - Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens	8	6	1	-87,5%	0,6%	-86,5%							99,4%	194	173	179	-7,7%
C05 - Chir. majeure sur le thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie	76	64	44	-42,1%	55,0%	-31,3%							45,0%	95	74	80	-15,8%
C06 - Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum	200	242	244	22,0%	91,7%	10,5%	19	24	9	-52,6%	3,4%	-57,1%	4,9%	241	291	266	10,4%
C07 - Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	607	653	685	12,9%	51,0%	13,3%	642	516	497	-22,6%	37,0%	-22,3%	11,9%	1 347	1 323	1 342	-0,4%
C08 - Chir. hépato-biliaire et pancréatique	190	206	220	15,8%	59,8%	26,8%	190	171	128	-32,6%	34,8%	-26,2%	5,4%	403	396	368	-8,7%
C09 - Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	301	322	294	-2,3%	46,6%	-8,2%	241	287	275	14,1%	43,6%	7,2%	9,8%	593	644	631	6,4%
C10 - Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	107	107	109	1,9%	17,0%	3,8%	415	422	404	-2,7%	63,0%	-0,8%	20,0%	653	640	641	-1,8%
C11 - Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	1 011	1 092	1 156	14,3%	54,1%	5,4%	732	721	737	0,7%	34,5%	-7,2%	11,3%	1 968	1 990	2 135	8,5%
C12 - Traumatismes multiples graves	26	35	26	0,0%	89,7%	0,0%							10,3%	29	35	29	0,0%
C13 - Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	242	188	207	-14,5%	98,6%	1,4%							1,4%	249	194	210	-15,7%
C14 - Chirurgie vasculaire	107	114	237	121,5%	35,9%	91,3%	39	22	30	-23,1%	4,5%	-33,6%	59,6%	571	559	661	15,8%
C15 - Chirurgie ORL stomato	292	274	328	12,3%	24,2%	15,7%	964	809	790	-18,0%	58,2%	-15,6%	17,7%	1 399	1 255	1 358	-2,9%
C16 - Chirurgie Ophtalmologique et greffe de cornée	438	532	416	-5,0%	11,0%	-17,3%	1 794	2 244	2 348	30,9%	62,3%	14,0%	26,7%	3 283	3 817	3 769	14,8%
C17 - Chirurgie Gynécologique	813	843	880	8,2%	62,5%	9,2%	454	486	405	-10,8%	28,8%	-10,0%	8,7%	1 419	1 464	1 407	-0,8%
C18 - Chirurgie du sein	82	88	87	6,1%	26,8%	23,1%	267	272	208	-22,1%	64,0%	-9,6%	9,2%	377	406	325	-13,8%
C19 - Chirurgie Urologique	437	472	499	14,2%	49,5%	14,0%	241	202	204	-15,4%	20,2%	-15,5%	30,3%	1 006	986	1 008	0,2%
C20 - Chirurgie de l'appareil génital masculin	331	366	323	-2,4%	43,0%	0,1%	205	249	228	11,2%	30,4%	14,0%	26,6%	770	804	751	-2,5%
C21 - Chir. pour Aff. des Org. Hématopoiétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID	49	46	68	38,8%	73,1%	4,5%	12	3	13	8,3%	14,0%	-18,5%	12,9%	70	56	93	32,9%

C22 - Chirurgie de la Thyroïde, Parathyroïde, du Tractus Thyroïdologique, endocrinologie	67	80	69	3,0%	30,9%	-15,9 %	98	98	108	10,2%	48,4%	-10,1%	20,6%	182	218	223	22,5%
C23 - Parages de plaies, Greffes de peau, des Tissus S/C	100	112	111	11,0%	14,3%	11,1 %	634	610	616	-2,8%	79,4%	-2,7%	6,3%	777	775	776	-0,1%
C24 - Chirurgie pour brûlures													100%	27	6	28	3,7%
C25 - Chirurgie inter spécialités	292	316	298	2,1%	54,3%	9,3 %	236	230	184	-22,0%	33,5%	-16,5%	12,2%	588	604	549	-6,6%
Total chirurgie	6 059	6 476	6 688	10,4%	38,8%	5,9 %	7 183	7 366	7 184	0,0%	41,6%	-4,0%	19,6%	16	17	17	4,2%
														558	076	251	

Groupe de planification	CHU Sud						Clinique Durieux						Autres (Part de marché)	Total			
	Activité				Part de marché		Activité				Part de marché			Activité			
	2014	2015	2016	2016/2014	2016	2016- 2014	2014	2015	2016	2016/2014	2016	2016- 2014		2016	2014	2015	2016
K01 - Hépatogastro-Entérologie, sans acte opératoire, avec anesthésie	25	37	33	32,0%	89,2%	42,7%	10	3	2	-80,0%	5,4%	-78,4%	5,4%	40	42	37	-7,5%
K02 - Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie	361	461	541	49,9%	12,7%	29,4%	3 252	3 115	3 566	9,7%	83,6%	-5,3%	3,7%	3 684	3 691	4 266	15,8%
K03 - Neurologie médicale avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie	4	11	15	275%	45,5%	2,3%	1			-100%		-100%	54,5%	9	21	33	267%
K04 - Aff. Cardio-vasculaire avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie	1	3	5	400%	41,7%	233,3%	1		1	0,0%	8,3%	-33,3%	50,0%	8	6	12	50,0%
K05 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	280	318	451	61,1%	25,0%	44,2%							75,0%	1 618	1 679	1 807	11,7%
K06 - Mise en place d'accès vasculaire	215	225	232	7,9%	78,4%	4,3%	54	58	50	-7,4%	16,9%	-10,5%	4,7%	286	304	296	3,5%
K07 - Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie	15	16	18	20,0%	90,0%	20,0%	4			-100%		-100%	10,0%	20	16	20	0,0%
K08 - Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie	47	94	86	83,0%	78,9%	2,4%	1	4	8	700%	7,3%	348%	13,8%	61	111	109	78,7%
K09 - ORL Stomato avec Acte classant non opératoire et endoscopies	177	184	167	-5,6%	13,7%	-20,4%	654	793	825	26,1%	67,5%	6,4%	18,9%	1 032	1 171	1 223	18,5%
K10 - Aff. génito-urinaires avec Acte classant non opératoire et endoscopies	280	294	285	1,8%	32,7%	6,3%	434	373	382	-12,0%	43,8%	-8,0%	23,5%	911	843	872	-4,3%
K11 - Douleur chroniques, avec bloc ou infiltration, en ambulatoire	7	14		-100%										7	14	0	-100%
K12 - Explorations nocturnes, séjours de moins de 2 jours	11	29	290	2 536%	89,0%	240%							11,0%	42	82	326	676%
K13 - Dialyse (hors Séances)	48	64	72	50,0%	94,7%	2,6%							5,3%	52	64	76	46,2%
K14 - Radiothérapie (hors séances)			2											16	2	8	-50,0%
K15 - Autres séj. sans acte, avec anesthésie, en ambulatoire (Aff. myéloP., peau, sein...)	48	57	60	25,0%	61,9%	7,0%	15	11	9	-40,0%	9,3%	-48,7%	28,9%	83	106	97	16,9%
K16 - Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire														85	35	67	-21,2%
K17 - Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie	3	2	2	-33,3%	100,0%	33,3%								4	3	2	-50,0%
Total autres actes interventionnels	1 522	1 809	2 259	48,4%	24,4%	27,7%	4 426	4 357	4 843	9,4%	52,4%	-5,9%	23,2%	7 958	8 190	9 251	16,2%

Groupe de planification	CHU Sud						Clinique Durieux						Autres (Part de marché)	Total			
	Activité				Part de marché		Activité				Part de marché			Activité			
	2014	2015	2016	2016/2014	2016	2016-2014	2014	2015	2016	2016/2014	2016	2016-2014		2016	2014	2015	2016
N01 - Chirurgie des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale	12	11	6	-50,0%	40,0%	-43,3%							60,0%	17	15	15	-11,8%
N02 - Aff. médicales des nouveau-nés, prématurés et de la période périnatale	4 041	3 931	3 892	-3,7%	80,0%	0,1%	922	942	885	-4,0%	18,2%	-0,3%	1,8%	5 054	4 966	4 864	-3,8%
N03 - Mort-nés, décès et transferts précoces de nouveau-nés	81	82	70	-13,6%	73,7%	-6,3%	18	10	18	0,0%	18,9%	8,4%	7,4%	103	95	95	-7,8%
Total Néonatalogie	4 134	4 024	3 968	-4,0%	79,8%	-0,2%	940	952	903	-3,9%	18,2%	-0,1%	2,1%	5 174	5 076	4 974	-3,9%
O01 - Accouchements par voie basse	3 352	3 237	3 132	-6,6%	79,5%	-1,1%	740	766	739	-0,1%	18,8%	5,7%	1,8%	4 169	4 078	3 940	-5,5%
O02 - Césariennes	620	661	701	13,1%	79,2%	7,8%	207	186	166	-19,8%	18,8%	-23,5%	2,0%	844	863	885	4,9%
O03 - IVG	786	716	746	-5,1%	97,1%	0,7%							2,9%	815	745	768	-5,8%
O04 - Obstétrique autre	2 436	2 400	2 489	2,2%	91,3%	0,5%	182	179	180	-1,1%	6,6%	-2,7%	2,1%	2 681	2 629	2 725	1,6%
Total Obstétrique	7 194	7 014	7 068	-1,8%	85,0%	0,5%	1 129	1 131	1 085	-3,9%	13,0%	-1,7%	2,0%	8 509	8 315	8 318	-2,2%
S02 - Chimiothérapie pour tumeur	4 241	4 618	5 059	19,3%	93,7%	8,8%			2		0,0%		6,3%	4 929	5 251	5 402	9,6%
S03 - Chimiothérapie pour aff. Non tumorale	858	1 222	1 432	66,9%	88,7%	11,0%	17	20	28	64,7%	1,7%	9,5%	9,6%	1 074	1 435	1 615	50,4%
S05 - Transfusion	448	622	510	13,8%	94,6%	-1,4%							5,4%	467	634	539	15,4%
S06 - Aphérèse		4	18		43,9%								56,1%	18	27	41	127,8%
S07 - Oxygénothérapie hyperbare, en séances	997	1 440	1 521	52,6%	100%	0,0%								997	1 440	1 521	52,6%
Total Séances (hors dialyse et radiothérapie)	6 544	7 906	8 540	30,5%	93,7%	7,1%	17	20	30	76,5%	0,3%	44,9%	6,0%	7 485	8 787	9 118	21,8%