

Rapport au Secrétaire général pour l'investissement

**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet de reconfiguration du site de Meaux St Faron
(Grand hôpital de l'Est Francilien GHEF)**



Novembre 2018

Préambule

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

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

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

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par la DGOS et par les réponses apportées aux questions des experts par l'intermédiaire de l'ARS Ile de France. 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. DESCRIPTION DU PROJET	4
1.1. CONTEXTE GENERAL	4
1.2. LE GHEF ET SON ENVIRONNEMENT	5
1.3. PROJET DE RESTRUCTURATION DU SITE ST FARON DE MEAUX	7
1.4. LES RISQUES LIES AU PROJET :	9
1.5. CONCERNANT LE CAPACITAIRE LITS DU PROJET MEAUX ST FARON	10
2. PERIMETRE DU PROJET, CONTEXTE IMMOBILIER ET FONCIER	21
2.1. LE CONTEXTE IMMOBILIER ET FONCIER	21
2.2. LE TERRAIN D'ASSIETTE ET LE PERIMETRE DE L'OPERATION OBJET DU DOSSIER	22
2.3. ADEQUATION ENTRE LE CAHIER DES CHARGES, LE RESPECT DES REGLES OBSERVABLES EN MATIERE DE CONSTRUCTION HOSPITALIERE COUTS ET SURFACES ET LE PTD.	26
2.4. FONCTIONNALITE GENERALE	31
2.5. CONCLUSION	41
3. SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET	43
3.1. DIAGNOSTIC FINANCIERE A FIN 2017	43
3.2. LA TRAJECTOIRE FINANCIERE	47
3.3. CONCLUSION	52
4. CONCLUSION GENERALE	53
4.1. LE CONTEXTE	53
4.2. LA SITUATION FINANCIERE	53
4.3. LA FONCTIONNALITE DU NOUVEL ENSEMBLE	54
4.4. LE DIMENSIONNEMENT DU NOUVEL ENSEMBLE	54
4.5. LES IMPACTS DU DIMENSIONNEMENT DU PROJET SUR LES RESSOURCES HUMAINES	54
4.6. LA GOUVERNANCE	55
4.7. LE PROJET	55

1. Description du projet

1.1. Contexte général

Le Grand Hôpital Est Francilien (GHEF) qui regroupe les Centres Hospitaliers de Marne la Vallée, Meaux et Coulommiers constitue le plus important établissement de la région hors AP-HP en étant le principal offre de soins de tout le nord du département de la Seine et Marne avec 577 531 habitants sur ce bassin sur 1,37 million d'habitants pour toute la Seine et Marne.

Le GHEF est le fruit d'une longue histoire de partenariat de ces trois établissements qui a débuté en mai 2005 par la création d'un GCS afin d'harmoniser les projets immobiliers concurrents et de lutter contre les fuites de territoires. La coopération de ces trois établissements s'est traduite par la création d'une direction commune et d'un projet médical commun dès 2013 et s'est poursuivie par une fusion juridique avec la constitution d'un GHT le 1^{er} juillet 2017, le GHT 77 nord. Ce GHT regroupant les trois établissements ainsi que celui de Jouarre avec une extension de la direction commune avec ce dernier prévue le 1^{er} janvier 2019.

Le GHEF compte en 2016 pour le MCO et la Psychiatrie, 1 710 lits et places dans 130 unités de soins, 5 203 ETP professionnels (574,5 ETP médicaux et 3 269,9 ETP paramédicaux des unités de soins) et en 2017 un budget de fonctionnement consolidé de 511 M d'euros.

Le GHEF rassemble 5 sites hospitaliers répartis sur trois villes différentes :

Tableau 1 : Répartition territoriale des activités du GHEF

Villes	Sites	Spécialités
Meaux	St Faron	MCO, psychiatrie, Médecine nucléaire, IRM en GIE, EFS et UCPC du GHEF
	Orgemont	SSR, EHPAD et fonctions logistiques dont la stérilisation unique du GHEF
Jossigny	Marne la Vallée	MCO, laboratoire de biologie médicale regroupant 6 laboratoires du GHEF, pharmacie et pharmaco technique du GHEF en 2020 ; centralisation des chimiothérapies, nutrition parentérale
Coulommiers	René Arbeltier	MCO, psychiatrie, MAS, Maternité
	Abel-Leblanc	SSR, Psychiatrie adultes, IFSI

Source : d'après les informations du site internet GHEF

Il existe déjà, et ce de façon effective et concrète sur le GHEF, 12 pôles inter-hospitaliers à forte délégation de gestion, sur plusieurs et mêmes spécialités ; ceci se traduit par des projets de pôles et des équipes médicales de territoires inter sites entre ces trois établissements et leurs sites. (80 PH travaillent au moins sur 2 sites du GHEF).

Le site de Jossigny a été marqué en 2013 par l'ouverture du nouvel hôpital de Marne la Vallée, celui de Coulommiers fait l'objet actuellement d'une restructuration et d'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement. Quant à Meaux, c'est le site de Saint Faron qui doit faire l'objet d'une restructuration et d'un investissement majeurs d'ici 2025 sauf sur l'un de ses bâtiments celui du pôle Mère-Enfant qui lui a fait l'objet d'une restructuration et d'un investissement importants en 2007. En effet les autres bâtiments de ce site ne sont plus aux normes de sécurité et de confort pour ses activités de médecine et de chirurgie.

Cette fusion s'accompagne d'une restructuration importante de l'offre de soins maillée sur le Nord Seine et Marne et plus particulièrement en MCO, offre qui doit se maintenir sur les trois établissements. En effet compte tenu de l'étendue du territoire couvert, de la faiblesse de l'offre hospitalière et de celle de la concurrence, le projet médical prévoit le maintien d'une offre MCO

sur les trois établissements notamment concernant les maternités et sites d'urgence et la chirurgie de premier recours. Ce point est partagé par l'ARS. Par contre les activités de recours se partagent entre Meaux et Jossigny : maternité de niveau 3, PMA, unités neuro-vasculaire, d'hématologie et de chirurgie thoracique sur Meaux et offre interventionnelle cardiologique et vasculaire sur Jossigny. Coulommiers avec son offre de proximité est lui à orientation plus gériatrique mais avec développement de l'ambulatoire et référent pour l'ophtalmologie.

Le projet présenté cible plus particulièrement le centre hospitalier de Meaux et la restructuration du site de St Faron pour un coût de 174 M d'euros dont les équipements.

Observation n°1 : Le GHEF regroupant trois sites ne comporte plus qu'un seul site, celui de Meaux St Faron dont une partie des bâtiments n'est plus aux normes de sécurité et ne permet plus des conditions d'accueil, de prise en charge et de soins de qualité. Un seul bâtiment, celui regroupant le secteur Femme-Mère-Enfant, a fait l'objet assez récemment de travaux de sécurité et d'amélioration de ses conditions d'accueil. Au regard de ces éléments il paraît justifié que les autres bâtiments de ce site fassent l'objet d'une restructuration et d'une mise aux normes pour une prise en charge de qualité et sécuritaire des patients admis en médecine, chirurgie et psychiatrie.

1.2. Le GHEF et son environnement

Eléments démographiques

La population du territoire de la Seine et Marne va continuer de croître de façon importante jusqu'en 2050, soit une évolution de + 21,5 % par rapport à 2016 : + 250 000 habitants pour 1 370 000 h en 2016. Le département connaîtra un vieillissement de la population avec un doublement des plus de 75 ans et ce en particulier sur le territoire de Coulommiers.

L'ensemble du bassin de population drainée par le GHEF dont celui de Meaux connaît un accroissement de la population de près de 1 % annuellement.

Pour le Nord 77 les projections montrent une population de 860 000 à 880 000 h en 2030 et 920 à 940 000 h en 2050 soit une augmentation de 10 % en 2030 par rapport en 2017 et de 18 % en 2050 par rapport en 2017 avec + 25 % dans le bassin de Coulommiers, + 22 % dans celui de Jossigny et + 21 % dans celui de Meaux.

Au total en 2030 sur 880 000 habitants, 100 000 habitants pour Coulommiers, 550 000 pour Jossigny et 230 000 pour Meaux.

Les bassins de Meaux et de Coulommiers sont tournés de plus en plus vers une population moins mobile, vieillissante et précaire.

Les parts de marché(PDM)

Concernant les parts de marché sur leur zone d'attractivité, chaque établissement peut espérer récupérer tous les ans un pourcentage de part de marché. Le GHEF couvre 42 % des parts de marché MCO de son territoire en en faisant de loin le 1^{er} offreur de soins du Nord de la Seine et Marne. C'est également le principal offreur de soins de proximité avec un des plus gros pôles d'urgence de la région (plus de 140 passages adultes et enfants en 2017 dont 56 605 pour Meaux, 57 746 pour Jossigny et 29 395 pour Coulommiers) :

- Part de marché Médecine : 48,4 % des PDM pour le GHEF (Meaux leader avec 20 %)

- Part de marché Chirurgie Conventionnelle : Meaux reste dominant avec 14,6 % des PDM mais une dynamique du côté de Jossigny (12,6 %) est à noter avec Meaux qui, par ailleurs, perd 1,5 point en 4 ans.
- Part de marché Chirurgie ambulatoire : La clinique privée St Faron 1^{er} intervenant passe de 11,6 % à 13,2 % en 4 ans. Meaux et Coulommiers 4^e et 6^e opérateurs maintiennent des PDM respectivement à 8,5 % et 5,1 %
- Part de marché en obstétrique : GHEF a 73,4 % des PDM avec une prédominance pour Jossigny (32,6%) alors que la maternité de type 3 de Meaux passe de 33,4% à 31,5% en 4 ans. On note une baisse également de volume sur les trois autres établissements privés

Pour Jossigny : les parts de marché augmentent dans sa zone d'attractivité alors que l'activité s'accroît : le taux de fuite baisse de 3,7 % permettant ainsi un gain en personnel médical tant en médecine qu'en chirurgie (hors orthopédie, ORL et OPH) et obstétrique.

Pour Meaux : les parts de marché baissent dans sa zone d'attractivité alors que l'activité s'accroît : le taux de fuite augmente de 55 % en 2016 et ce constat est ciblé en chirurgie. Seules l'hématologie, la dialyse et l'uro-néphrologie limitent cette baisse de personnel médical.

Pour Coulommiers : les parts de marché baissent de 6 % dans sa zone d'attractivité alors que l'activité s'accroît de 4 %. Cette baisse est dans tous les domaines avec des écarts allant au-delà de -10 % en HDJ de médecine et chimiothérapies.

L'augmentation d'activité importante prévisible sur les sites de Jossigny, de Coulommiers et de Meaux est liée à l'augmentation de ces trois bassins de population mais également à l'ouverture capacitaire progressive prévue sur Jossigny (unité post urgence, cardiologie, médecine infectieuse, court séjour gériatrique et chirurgie ambulatoire).

Eléments de concurrence :

- Meaux : pas de concurrence significative de la clinique St Faron
- Jossigny : forte concurrence des établissements du groupe Ramsay-GDS
- Coulommiers : concurrence des établissements de la région avec des taux de fuite pouvant atteindre 50%

Le projet médical

Le projet médical repose sur la mise en place de pôles inter hospitaliers. Il vise à maintenir une offre MCO sur les trois sites et à développer les spécialités par l'organisation de filières graduées et la mise en place de consultations avancées sur les sites où la spécialité n'est pas pratiquée. Cette organisation permet ainsi de répondre à l'accessibilité de l'offre (tant financière par le maintien d'une offre de soins publique que géographique dans un territoire très vaste au sein duquel les transports peuvent dépasser les 30 minutes). Le projet médical vise également un fort développement de l'ambulatoire avec une adaptation possible des lits d'hospitalisation conventionnelle en hospitalisation partielle.

Observation n°2 : Il est noté une réelle dynamique médicale avec une délégation de gestion importante des pôles inter hospitaliers inter sites sur le GHEF avec l'organisation de filières graduées et de consultations avancées. Ce principe doit être développé et précisé pour toutes les spécialités sur le court, moyen et long terme.

Le capacitaire lits et places

L'analyse qui a conduit au capacitaire repose sur un taux d'occupation prévu de 93 % (88 % actuel) se décomposant comme suit : Réanimation et SI 92 %, Médecine hors ZHCD 86 %, Urgences ZHCD 95 %, Chirurgie 95 % et Obstétrique, Néo-natalité, Pédiatrie 95 %.

Dans le calcul on note une prise en compte du nombre de journées 2016 sur Meaux HC en médecine et chirurgie hors soins critiques, les augmentations d'activité, les capacités actuelles et projetées des deux autres sites. Celle-ci ne prend toutefois pas en compte la saisonnalité ni les activités de l'hôpital de semaine

Tableau 2 : Nombre total de lits et place avant après projet

	Avant-projet		Après Projet		Evolution	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
MCO	1033	124	1019	159	-14	+35
Psychiatrie	328	225	354	255	+26	+30
Total	1361	349	1373	414	+12	+65

Comme le présente ce tableau si le nombre de lits pour le MCO baisse de 14 lits, l'ensemble MCO Psychiatrie augmente lui de 12 lits et de 65 places.

Ces chiffres se décomposent comme suit sur les trois établissements :

- **Pour le site de Jossigny** : le total de lits et de places de MCO passe de 387 lits et 47 places à 410 lits et 62 places
Soit une augmentation de 23 lits et une augmentation de 15 places en MCO ;
- **Pour le site de Coulommiers** : le total de lits et de places de MCO passe de 213 lits et 21 places à 219 lits et 22 places
Soit une augmentation de 6 lits et une augmentation 1 place en MCO
- **Pour le site de Meaux** : le total de lits et places de MCO passe de 433 lits et 56 places à 390 lits et 75 places
Soit une baisse de 43 lits et une augmentation de 19 places en MCO

Observation n°3 : Les hausses d'activité prévues sur les deux sites du GHEF, Jossigny et Coulommiers, ne devront donner lieu à aucune extension bâtementaire ; si elles se réalisent elles ne pourront se faire que dans leurs locaux actuels.

1.3. Projet de restructuration du site St Faron de Meaux

Le site est très dense et nécessite actuellement la modernisation du parc immobilier vieillissant soumis à de fortes problématiques fonctionnelles et techniques. Il est constitué actuellement de nombreux bâtiments dont quatre principaux :

le bâtiment dit « C » :

Il a fait précédemment l'objet de travaux importants en 2007 ; dédié au pôle Femme-Mère – Enfant (consultations, explorations, hospitalisation, blocs obstétrical et gynécologique), il est doté d'un confort hôtelier satisfaisant et d'une mise aux normes permettant une qualité de prise en charge des femmes, des mères et des enfants. Il ne fera donc pas l'objet de travaux de restructuration mais simplement de quelques travaux comme la mise en place d'un pneumatique pour les examens de biologie médicale entre ce bâtiment et le laboratoire du site ainsi que d'un

réaménagement partiel du bloc obstétrical qui permettra une liaison directe avec une passerelle reliant le nouveau bâtiment.

Au sous-sol de ce bâtiment resteront implantés l'UCPC de l'ensemble du GHEF et le self du personnel du site.

le bâtiment dit « B »

Il accueille actuellement des unités d'hospitalisation, de consultations et d'explorations médicales. Il nécessite une restructuration complète et lourde mais en lien avec des activités qui auront à l'issue du projet peu de contraintes réglementaires et fonctionnelles. Il n'accueillera donc pas d'unités ou d'activités avec un fonctionnement de nuit.

le bâtiment dit « A »

Il accueille actuellement des unités d'hospitalisation, de consultations et d'explorations chirurgicales, les blocs opératoires, les soins critiques, l'imagerie, les urgences et des fonctions logistiques. Ce bâtiment totalement « obsolète » servira de bâtiment tiroir lors de la construction du nouveau bâtiment et lors de la restructuration du bâtiment « B ». Il sera ensuite abandonné et vendu à déconstruire.

le bâtiment dit « D »

Ce bâtiment qui accueille actuellement entre autres la psychiatrie sera à terme restructuré avec des activités diverses. L'activité de psychiatrie sera transférée dans le nouveau bâtiment pour ce qui concerne l'hospitalisation complète et dans le bâtiment B restructuré pour les autres activités de psychiatrie.

La construction d'un nouveau bâtiment totalement neuf permettra à terme de regrouper :

- tous les services médico-techniques telles les urgences, l'imagerie, les secteurs interventionnels comme le bloc opératoire ainsi que les soins critiques de réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue ;
- toutes les unités d'hospitalisation de médecine, de chirurgie et de psychiatrie à proximité du plateau médico-technique.

Ce bâtiment neuf permettra d'assurer une prise en charge de qualité dans un bon environnement de confort au regard de la conception de locaux et d'installation technique (blocs opératoires, soins critiques, imagerie, urgences et biologie), de la mise aux normes, des flux humains patients, personnels, familles, etc. ainsi que des flux matériels (plateforme logistique, service des techniques biomédicales (STBM), brancardage centralisé).

Les bâtiments seront techniquement fonctionnels et conformes réglementairement. Le site disposera d'un ensemble MCO et psychiatrique connecté permettant une meilleure gestion des coûts de fonctionnement et une prise en charge de qualité des patients. L'ensemble des activités MCO sera resserré sur la partie sud du site. Les accès reconfigurés ainsi que les flux extérieurs, l'augmentation du nombre de places de parkings, permettront une meilleure lisibilité de l'ensemble du site.

Ce bâtiment neuf comprendra : le hall des admissions, l'unité de chirurgie ambulatoire, la dialyse, l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation de psychiatrie, les unités de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), l'imagerie, le secteur interventionnel, le service d'accueil des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée

(UHCD), le SMUR la biologie, la plateforme logistique, le STBM, la centrale de brancardage, le foyer de garde et un centre de réunion.

Le bâtiment B restructuré comprendra : le hall d'admissions, le plateau de consultations et d'explorations, le plateau de consultations psychiatriques, le tertiaire médical centralisé, le tertiaire médical et administratif psychiatrie, l'hôpital de jour de médecine, les vestiaires centraux, le nettoyage et entretien, les vigilances, des activités transverses et diverses comme par exemple l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur, la PASS etc.

Observation n°4 : Le choix du scénario permettant de conserver le bâtiment C non encore amorti et de concentrer l'ensemble des activités MCO et de psychiatrie de Meaux sur un même site semble pertinent. Il est opportun de prendre en compte le bâtiment C dans le schéma final avec quelques travaux de ce dernier comme une passerelle avec le nouveau bâtiment afin de relier facilement ce bâtiment avec les services médico-techniques et interventionnels du nouveau bâtiment.

1.4. Les risques liés au projet :

Concernant les risques organisationnels et humains

La direction de l'hôpital et la présidence du CME partagent l'analyse des risques liés au changement. Il est jugée d'« important » concernant la recomposition des équipes en fonction de la nouvelle organisation lits/places (réduction capacitaire et virage ambulatoire).

- Les effets sur les personnels :
 - prise en charge sécurisée des pratiques dans un environnement de confort conforme aux standards en vigueur ;
 - meilleur recrutement et attractivité des nouveaux praticiens grâce aux conditions de travail améliorés ;
 - pôles territoriaux sur l'ensemble du GHEF permettant de définir des parcours de soins même multi sites avec une même qualité sur Meaux que sur Jossigny et Coulommiers déjà restructurés ;
 - Il est prévu une meilleure efficacité des organisations et amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels, même avec une baisse des personnels soignants projetée (moins 50 ETP) avec une révision des maquettes de personnels qui ne devrait pas dégrader les conditions de travail des paramédicaux ;
 - un plateau technique performant, fonctionnel avec des temps de brancardages diminués.

Observation n°5 : le dimensionnement des équipes paramédicales associé aux nouvelles capacités lits doit être réévalué sur plusieurs secteurs normés et non normés et ce au regard des normes nationales, pour certains secteurs normés, mais également pour les secteurs de médecine spécialisée et polyvalent afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins aux patients. Ce point fait l'objet d'une déclinaison précise dans la suite du rapport. L'efficacité envisagée de près de 51 ETP paramédicaux est optimiste ; elle pourra difficilement se réaliser dans le respect d'une qualité et d'une sécurité des soins aux patients.

Observation n° 6 : La contre-expertise partage le principe de ce nouveau schéma capacitaire, de pluri-spécialités pour les secteurs de médecine, d'une unité de médecine polyvalente, d'une polyvalence des salles de blocs opératoires. Par contre afin que celui-ci soit réellement opérationnel au quotidien avec des équipes soignantes compétentes dans plusieurs domaines, il doit faire l'objet d'un réel accompagnement au changement. A savoir une équipe projet composée des différentes composantes administrative, médicale, paramédicales doit se mettre en place bien en amont de l'ouverture du nouveau bâtiment afin de coordonner et accompagner l'ensemble de ces professionnels dans une réelle dynamique de changement, en trouvant des modes d'organisations efficaces et pertinents, et d'harmoniser certaines pratiques médicales et paramédicales. Cette politique du changement devra prendre en compte les compétences existantes mais également développer par la formation les compétences à acquérir afin que l'ensemble des personnels puisse répondre au mieux aux besoins des patients dans chacun des secteurs où ces personnels seront affectés. Pour ce faire des groupes médico-paramédicaux et administratifs devront œuvrer ensemble pour préparer au mieux l'ouverture du nouveau bâtiment et ce sous la coordination d'une équipe projet reconnue et légitimée par les différentes instances.

- *Les effets sur les usagers :*

- organisation de l'offre de soins plus lisible avec des filières et des parcours mieux identifiés et plus assimilables par les usagers (notamment avec l'ambulatoire) ;
- un confort hôtelier nettement amélioré avec des chambres seules et cabinets de toilettes individualisés ;
- à l'ouverture l'image d'un établissement neuf entraînant une amélioration de la qualité des soins et une dynamique d'attractivité de l'offre de soins.

Observation n°7 : Pour s'assurer de la réalité de ces effets, l'établissement devra engager une réelle politique d'information et de communication réfléchie, construite et menée par la Direction auprès de l'ensemble de la population mais également de la médecine de ville afin d'améliorer le nombre de patients à adresser à St Faron.

1.5. Concernant le capacitaire lits du projet Meaux St Faron

Les éléments du capacitaire peuvent se résumer par :

- baisse sur le pôle Femme-Mère Enfant pour la pédiatrie ;
- baisse en Médecine et en chirurgie ;
- psychiatrie adulte augmentation de 15 lits avec 3 unités standard de 25 lits (à effectif constant).

Tableau 3 : Nombre total de lits et places avant et après projet St FARON

	Avant-projet		Après Projet		Evolution	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
MCO	413	56	390	75	-23	+19
Psychiatrie	92	62	105	62	+13	0
Total	505		495		-10	+19

Source :

- *Court séjour/Soins critiques*

La capacité passe de 66 à 80 lits soit + 14 lits se décomposant comme suit :

Tableau 4 : Nombre de lits places avant et après projet St FARON

	Avant	Après	Evolution
Réa	12	10	-2
SC ad	6	8	2
SC ped	0	4	4
SI Cardio	6	8	+2
SI N Vasc	6	8	+2
Si Hémato	8	8	0
Néonatalogie : réanimation et soins intensifs	16	16	0 +2 - 2017
ZHCD adultes	14	18	4
Urgences hors ZHCD		+23	

Source : pages 71 et 72/141 du document Rapport d'évaluation socio-économique préalable

- Court séjour Médecine :

L'évolution passe de 176 à 168 lits soit **8 lits** et de 43 à 54 places soit **+ 11 places**

- Court séjour Chirurgie :

L'évolution passe de 77 à 56 lits soit **- 21 lits** et 10 à 18 places soit **+ 8 places**

- Obstétrique et Pédiatrie et Néonatal hors Réa et SI :

- 94 à 86 lits soit - 8 lits et 3 à 3 places ;
- obstétrique de 48 à 48 lits ;
- pédiatrie Hors ZHCD et UHCD de 32 à 24 lits soit - 8 lits et 3 places à 3 ;
- ZHCD Pédiatrie 2 à 2 lits ;
- néonatalogie hors réa et SI 12 lits à 12 lits.

Traduction du capacitaire lits et places :

La traduction de ces évolutions se traduisent par :

- des unités standardisées, polyvalentes de taille de 28 à 30 lits avec une frontière souple entre les unités (25 lits pour la psychiatrie) ;
- des unités de soins critiques regroupées sur un même niveau organisées en modules de 5 lits en réanimation et 4 en SC/SI au regard des normes en personnel paramédical ;
- 8 unités de 28 lits dont deux chambres doubles pour monter à 30 lits lors de pics d'activité soit un total de **224 lits HC court séjour adulte de médecine et de chirurgie** (hors pédiatrie et Zone d'Urgence d'hospitalisation courte durée (ZUHCD) qui peut passer à 240 lits si besoin et sans modifier les maquettes de personnels ;
- pour les places 4X6 modules d'hospitalisation de jours de médecine pour bilan et 8 places d'oncologie soit **32 places de médecine** et 3X6 places de **chirurgie soit 18 places** et un **total de 50 places ;**
- pour les soins critiques et la capacité lits il a été également tenu compte des normes en personnel médical et paramédical, de la présence ou non sur l'ensemble du bassin de population. Soit **10 lits de réanimation** avec **8 lits attendants de SC** et **24 lits (3X8 lits pour les SI de cardio, hémato et neurovasculaire) ;**
- pour la réanimation et l'unité de soins continus (USC) avec uniquement des chambres individuelles, prise en compte avec des sous modules de 5 lits pour la réanimation et de 4 lits pour les SC/SI en lien avec les normes paramédicales ;
- UHCD avec 4 postes en sus et dialyse avec **24 postes (+ 6)** équipés (analyse spécifique avec l'agence en fonction des normes et référentiels) ;

- urgences : création d'une unité médicale post urgence ? (**UMPU) de 23 lits** et le passage de la ZHCD de 14 à **18 lits** permettent une unité de médecine polyvalente au détriment de la médecine spécialisée mais permettant une meilleure fluidité de l'aval des urgences (moins 22 lits de médecine spécialisée) ;
- il est possible que des unités de médecine HC ne fonctionnent pas le week-end.

Observation n°8 : La création d'une UMPU est une réelle opportunité pour la prise en charge des patients de plus en plus polypathologiques et souvent âgés. Elle permettra une meilleure fluidité des flux patients, un désengorgement plus rapide des urgences et une meilleure prise en charge des unités de spécialités moins sollicités le jour et surtout la nuit par le secteur d'accueil des urgences. Par contre cette unité devra être bien armée au niveau des ressources médicales et paramédicales tant au niveau du nombre que des compétences nécessaires sur ce secteur.

Le bloc opératoire :

La situation sur les blocs se caractérise par les points suivants :

- 6 salles, 2 salles endoscopies sous ag 1 salle endoscopie sans AG ;
- 12 postes de SSPI selon la norme 1,5 poste de SSPI par salle et non pas 15 ou 16 comme proposé ;
- actuellement le nombre d'ICR sur Meaux est de 1 846 000 pour 7 salles et 5 791 interventions soit 264 000 ICR par salle ;
- les taux d'occupation et d'ouverture prévus sont de 85 % ;
- le projet en 2026 prévoit 381 000 ICR par salle avec 6 salles pour 12 177 interventions ;
- actuellement le site dispose de 5 salles sur Jossigny pour 4 685 interventions (donc de la disponibilité).

Observation n°9 : un effort important de productivité doit être fait et il semble que le nombre de salles ciblé à 6 soit sous dimensionné ; la proposition à 9 salles semblerait plus réaliste d'autant plus que le taux d'ambulatoire anticipé sur ce secteur sera de 67%.
Le nombre de SSPI est à confirmer ainsi que les effectifs au regard du nombre de salles validé en final.

La déclinaison par niveau du nouveau bâtiment.

Ce bâtiment s'organisera sur 5 niveaux dont un rez-de-chaussée bas et un rez-de-chaussée haut avec des liaisons directes en vertical et par plateaux et une liaison directe avec le bâtiment Femme-Mère-Enfant selon le schéma suivant :

- Niveau RDC BAS :

Regroupement cohérent avec : hall général des admissions, Imagerie, Dialyse, Urgences UHCD/SMUR adultes, Laboratoire, STBM, Maintenance technique, plateforme logistique, Self, Cuisine, Entretien, Vigilances, activités transverses.

- Niveau RDC HAUT :

Regroupement des Soins critiques (Réanimation 10 lits, SI 16 lits, SC 8 lits) avec 5 unités d'hospitalisation complète de 28 à 30 lits, Consultation exploration et chirurgie.

- Niveau 1 :

Regroupement cohérent du bloc opératoire et endoscopies, de 3 unités d'hospitalisation complète de 28 à 30 lits, de l' ACHA de 18 places, du foyer de garde, de l'hôpital de Jour de médecine de 30 places, des secteurs de Consultations/Explorations et Consultations d' Anesthésie.

- Niveau 2 :

Hospitalisation de psychiatrie de 105 lits (4 unités de 25 lits + 5 lits), centre activité patients espaces extérieurs, locaux techniques, consultation de psychiatrie CSAPA, locaux tertiaires et administratifs, formation contrôle, audience foraine et HAD de liaison.

- Niveau 3 :

Hélistation, tertiaire médical.

Les différents flux :

- Flux des urgences :

- accueil urgences pédiatriques et gynéco obstétricales au niveau du bâtiment C ou depuis l'hélistation du nouveau bâtiment ;
- accueil des urgences adultes, traumatologique enfant et psychiatrique depuis le sas piétons et ambulance du SAU du nouveau bâtiment ou depuis l'hélistation.

- Flux logistiques :

- arrivées et départs des flux regroupés autour d'une cour commune. Montée directe vers les différents points de montées MCO ;
- transports manuels réalisés par des équipes logistiques dans les services ou locaux communs à plusieurs unités (repas, déchets, linge sale) ;
- transport par pneumatique pour le labo.

Mutualisation :

- places HDJ de médecine adultes regroupées sur une seule unité de lieu accessible rapidement depuis le hall entrée ;
- HC regroupées par 3 (exceptionnellement par deux) afin de mutualiser les locaux d'accueil, de logistique et du personnel ;
- anesthésies réalisées toutes dans le bloc op et interventionnel avec une salle dédiée à l'interventionnelle, le bloc obstétrical et une salle de réveil commune pour l'ensemble ;
- centralisation des endoscopes centralisée pour Meaux ;
- ensemble des activités externes de médecine, de chirurgie et de psychiatrie regroupées sur 4 plateaux du bâtiment B. Les entités type secrétariats médicaux, logistiques, salle de réunion et locaux du personnel mutualisées et les PC médicaux regroupés sur un étage du bât B à l'exception des soins critiques, des urgences et de l'imagerie ;
- pour l'imagerie distinction d'un module H24 pour les urgences mais pouvant servir pour le programmé ;
- vestiaires mutualisés pour l'ensemble du site sauf pour bloc et services techniques.

Standardisation :

- des unités HC médecine et chirurgie semblables regroupées au minimum par deux avec une frontière souple permettant d'adapter l'organisation de l'offre de soins ;
- conception identique pour les chambres de réanimation et SC au sein d'une même unité organisée en modules standardisés ;
- un bloc opératoire avec salles polyvalentes et organisation modulaire, standardisée sauf 1 pour accueillir équipement lourd d'imagerie.

Les effectifs paramédicaux :

**Tableau 5 : Gains par rapport aux projets de pôles
: - 13,5 ETP (2019 et 2020) :**

Pôle urgence	0
Pôle Onco-Chirurgie	- 2 ETP (- 3 +1 diét)
Pôle biologie	+ 1 ETP
Pôle Mère-Enfant	- 5 ETP (-2 Pédiatrie et - 3 néonats)
Pôle Bloc Opératoire	- 4 ETP
Pôle Tête Locomoteur	- 2 ETP
Pôle Pharmacie	- 1,5 ETP

Source : pages 113 à 117/141 du document rapport d'évaluation socio-économique préalable

**Tableau 6 : Gain par rapport au nouveau bâtiment (2026) :
- 50,8 ETP avec révision des maquettes soignantes soit 2M€**

Médecine	- 29,4
Chirurgie	-3,3
GYN/OBT	Idem
SSR	Idem
Pôle Bloc Opératoire	- 11,3
Médico Tech	- 16,3
Urgence/SMUR	9,5
Administration/logistique	idem

Source : page 120 du document rapport d'évaluation socioéconomique préalable

2026 : le gain de -50,8 ETP correspond au solde de la différence entre les 32,3 ETP redéployés sur les unités UHCD, Réa, SC, Hémodialyse, Médecine polyvalente et les 83,14 ETP rendus par les autres unités.

Effectifs paramédicaux par secteur :

Pour ces effectifs, il n'est pas précisé si le poste « entretien ménage des locaux et chambres des patients » est pris en charge par les ASD ou ASH et est inclus dans le calcul des équivalents temps plein des effectifs ou si ce poste est pris en charge par un prestataire extérieur.

Pour les ETP proposés par la contre-expertise, cet entretien ménage n'est pas inclus et seul les IDE et ASD sont pris en compte par poste de travail, l'entretien des locaux et des chambres étant pris en charge soit par des ASH non comptés dans les ETP soit par un prestataire extérieur.

Il est précisé également que les calculs en ETP proposés par la contre-expertise ont pris en compte les postes de travail journaliers de chaque catégorie professionnelle infirmière et aide-soignante, la réglementation actuelle des 35 h et 32H 30 de nuit, les repos hebdomadaires, les CA

et les RTT, les normes nationales lorsqu'elles existent pour certains secteurs de soins critiques comme la réanimation et les soins intensifs de cardiologie. Pour les secteurs urgences, UHCD, soins critiques (réanimation, SC et SI) le calcul en ETP a été fait à partir des postes de travail en 12h. Les postes encadrement de santé ne sont pas inclus dans l'évaluation des équivalents temps plein de la contre-expertise et aucun pourcentage d'absentéisme n'a pas été pris en compte.

UHCD 18 lits :

- l'évaluation en ETP est de 15,63 ETP soit + 1,78 ETP par rapport aux 14 lits précédents.

Observation n°10 : Ce chiffre semble sous-évalué pour faire fonctionner correctement en sécurité et qualité ce type d'unité confrontée à une importante rotation de patients.

- Aussi il est proposé au total pour ces **18 lits : 24,2 ETP** (12,1 ETP IDE et 12,1 ETP ASD) se répartissant comme suit en poste de travail journalier :
 - o IDE : 3 matin et 3 soir du lundi au vendredi, 1 nuit 7/7 et 2 matin et 2 soir le samedi et dimanche
 - o ASD : 4 matin et 2 soir du lundi et vendredi, 1 nuit 7/7 et 2 matin et 2 soir le samedi dimanche

Le besoin supplémentaire par rapport à la situation actuelle ? ne serait donc pas de + 1,78 ETP mais bien de 24,2 - 13,85 soit 10,35 ETP.

D'autant plus que si les effectifs actuels pour 14 lits sont de 13,85 ETP, pour le projetés à 4 lits supplémentaires il paraît difficile de faire fonctionner ces 4 lits supplémentaires avec uniquement + 1,78 ETP.

Urgences :

L'évaluation en ETP est de 33,48 ETP soit -1,03 ETP pour 5 box en sus et 1 déchocage² en sus.

Observation n°11 : Il semble donc difficile de pouvoir fonctionner avec un effectif moindre sur ce secteur alors que l'on augmente de 6 box dont 1 déchocage la capacité de ce secteur sensible. Le dimensionnement paramédical de ce secteur doit être revu.

Réanimation /surveillance continue :

L'évaluation en ETP au total pour ces deux secteurs est de 64,06 ETP soit + 8,86 ETP pour une baisse capacitaire de 2 lits de réanimation et une augmentation de 2 lits de surveillance continue.

² Unité dédiée à l'accueil des patients victimes d'urgences graves, traumatiques et non traumatiques.

Observation n°12 : La contre-expertise au regard des normes nationales en réanimation et des recommandations pour la surveillance continue arrive à un total de 53 ETP avec pour la réa 23,5 ETP IDE et 14,75 ASD (Réanimation 2 IDE pour 5 et 1 ASD pour 4) et pour la surveillance continue 11,75 ETP IDE et 3 ETP ASD (le jour 1 IDE et 1 ASD pour 6 et la nuit 1 IDE et 1 ASD pour 8).

Sur ce secteur par rapport à l'actuel le différentiel serait donc de 53 - 64,06 ETP soit **moins 11,06 ETP** et non pas + 8,86 ETP.

En sus et au-delà des normes, il est proposé pour ce secteur le même nombre de lits (18) avec - 2 lits de réanimation et + 2 lits de surveillance continue se traduisant par une augmentation de près de 9 postes ce qui paraît injustifié.

Hémodialyse :

Il est proposé 36,5 ETP avec une augmentation + 6,09 ETP pour + 6 postes d'hémodialyse.

Observation n° 13 : La contre-expertise propose pour ces 24 postes d'hémodialyse 40,5 ETP soit une augmentation de 10,09 ETP par rapport à l'existant (30,41 ETP pour 18 lits). Si on effectue un prorata 18 lits avec 30,41 ETP actuel, le besoin pour 24 lits passe à 40,5 ETP soit une **augmentation de 10,09** et non de 6,09. Le dimensionnement de ce secteur est à revoir.

Bloc opératoire et anesthésie :

Le fonctionnement est prévu avec 6 salles + 3 salles endoscopies (dont deux sous AG)

Observation n°14 : les effectifs semblent correctement dimensionnés pour ces 6 salles mais le fonctionnement de ces salles n'est pas précisé (amplitude horaire, H24, en 12 H, en 10H, fonctionnement le week-end ...)

De plus, si l'on applique le ratio 1 poste de SSPI pour une salle de bloc il faut pour 8 salles avec AG une SSPI de 12 postes et non de 16. Il est nécessaire de pouvoir redimensionner au plus près les effectifs du bloc opératoire y compris sur le poste anesthésie, au regard des points ci-dessus (IBODE, IADE et ASD).

Médecine Neurologie :

Il est proposé 22,71 ETP pour 28 à 30 lits soit - 1, 2 postes par rapport à l'actuelle capacité qui est identique.

Observation n°15 : la contre-expertise pense que pour cette spécialité lourde en charge en soins cette proposition est sous dimensionnée. Elle propose pour 28 à 30 lits 24,1 ETP (13,3 IDE et 10,8 ASD) avec l'organisation suivante :

- IDE : 2 matin, 1 intermédiaire, 2 soir du lundi au vendredi, 2 la nuit 7/7 et

2 matin , 2 soir le samedi dimanche ;

- ASD : idem que les IDE sauf la nuit 1 ASD /nuit/7/7 ;

Il est donc proposé + 0,19 ETP par rapport à l'actuel et non - 1,2.

Rhumato/Nephro/Diabéto :

Il est proposé 15,63 ETP pour 19 lits soit - 8,28 ETP par rapport à la capacité actuelle de 30 lits.

Observation n°16 : La contre-expertise pense que pour ces spécialités cette proposition est sous dimensionnée. Elle propose pour ces 19 lits 18,1 ETP (9,05 IDE et 9,05 ASD) avec l'organisation suivante :

IDE : 2 matin, 2 soir, du lundi au vendredi, 1 la nuit 7/7 et

1 matin, 1 intermédiaire et 1 soir le samedi dimanche

ASD : idem IDE sauf le samedi dimanche pas d'intermédiaire

Il est donc proposé - 5,81 ETP par rapport à l'actuel et non - 8,28

Cardiologie :

Il est proposé 15,63 ETP pour 20 lits soit -7, 02 ETP par rapport à la capacité actuelle de 22 lits (soit une forte baisse d'ETP pour seulement 2 lits de moins).

Observation n°17 : la contre-expertise pense que cette proposition est sous dimensionnée. Elle propose pour ces 20 lits 18,1ETP (9,05 ETP IDE et 9,05 ETP ASD) avec l'organisation par poste identique à celle de l'unité de Rhumato/néphro/diabéto.

Il est donc proposé - 4 ,55 ETP par rapport à l'actuel et non - 7,02

Soins intensifs cardio et Neuro vasculaire :

Il est proposé 29,02 ETP pour 16 lits soit une baisse de 4,02 ETP pour le même nombre de lits actuel.

Observation n°18 : La norme nationale à appliquer pour les **SI de cardio** est de 1 IDE et 1 ASD pour 4 patients le jour et la nuit 1 IDE pour 8 et 1 ASD uniquement si une seule IDE la nuit pour 8 patients. En appliquant ce même ratio pour les SI NV pour lesquels il n'y a pas de norme nationale, le besoin pour ces 16 lits est de 31 ,5 ETP et non pas 29,02.

Par rapport à l'actuel le besoin est donc de - 2,18 ETP et non pas de - 4,66 ETP

Soins intensifs hématologie :

Il est proposé 14,51 ETP pour 8 lits soit - 2,84 ETP pour le même nombre de lits qu'actuellement.

Observation n°19 : En appliquant les mêmes normes que pour les SI cardio ci-dessus la contre-expertise évalue le besoins à 17,44 ETP (8, 72 IDE et 8,72 ASD).

Par rapport à l'actuel le besoin est donc de + 0,09 ETP et non pas de -2,84

Hématologie 20 lits

Il est proposé 18,04 ETP soit - 1, 33 ETP par rapport au même nombre de lits actuel.

Observation n° 20 : la *contre-expertise propose 18, 10 ETP soit -1,27 ETP pour - 1,33 proposé.*

Pneumologie :

Il est proposé 15,63 ETP pour 20 lits soit une baisse de 7,75 ETP par rapport aux 26 lits actuels.

Observation n° 21 : la contre-expertise propose pour ce type de spécialité et de prise en charge un effectif de 18,1 ETP (9, 05 IDE et 9,05 ADS) avec la même organisation que les unités de cardio et rhumato/Néphro/Diabéto décrite ci-dessus.

Le différentiel par rapport à l'actuel est donc de - 5,28 ETP et non de - 7,75

Hépatogastroentéro :

Il est proposé 15,63 ETP pour 18 lits soit une baisse de 2,98 ETP pour une baisse de 4 lits.

Observation n° 22 : la contre-expertise propose pour ce type de spécialité et de prise en charge un effectif de 18,1 ETP comme l'unité de pneumologie avec la même organisation des postes de travail.

Le différentiel par rapport à l'actuel est donc de - 0,51 ETP et non de 2, 98

Court Séjour gériatrique :

Il est proposé 25,22 ETP pour 30 lits soit -1,19 ETP par rapport à la même capacité lits actuelle.

Observation n° 23 : la contre-expertise valide cette proposition au regard de son référentiel d'une unité de 30 lits de médecine gériatrique.

Médecine polyvalente :

Il est proposé 15, 57 ETP pour les 23 lits.

Observation n° 24 : la contre-expertise au regard de cette capacité lits, de la polyvalence et des poly pathologies des patients souvent âgés admis, et donc de la charge en soins en découlant un effectif total de 21,6 ETP (10,8 IDE et 10,8 ASD) avec l'organisation suivante :

IDE : 2 matin 1 intermédiaire, 2 soir du lundi au vendredi, 1 par nuit 7/7 et
2 matin et 2 soir le samedi dimanche

ASD : idem aux IDE

Le besoin pour cette unité polyvalente de 23 lits, dégagement des urgences est donc de + 21,6 ETP et non 15,57 comme proposé.

Chirurgie :

Il est proposé pour les 56 lits répartis en 2 unités, 50,43 ETP avec une baisse de 7, 32 ETP pour une baisse capacitaire de 20 lits.

Observation n° 25 : la contre-expertise propose pour ces 2 X 28 lits 2X 24,1 ETP soit 48,2 ETP avec par unité l'organisation suivante :

IDE : 2 matin, 1 intermédiaire, 2 soir du lundi au vendredi et 2 nuit 7/7 et 2 matin et
2 soir le samedi dimanche

ASD : idem IDE mais 1 seul ASD la nuit 7/7

Le différentiel par rapport à l'actuel est donc de - 9,55 ETP et non pas de - 7,32

Efficienc e totale (source : tableau page 124)

Dans le tableau page 124 on note la projection finale des effectifs avec les nouveaux effectifs précisés secteur par secteur se traduisant par une efficacité totale de 50,84 ETP.

Observation n° 26: cette efficacité de 50,84 ETP correspondant à 2 M d'€ paraît ambitieuse et difficilement réalisable pour le maintien d'une qualité et d'une sécurité des soins mais aussi pour le maintien de la qualité de vie au travail des personnels au quotidien.

Au regard des chiffres secteur par secteur proposés ci-dessus par la contre-expertise , le total de l'efficacité serait au mieux de moins 27 ETP et ce sans tenir compte des secteurs urgence, bloc opératoire et anesthésie, secteurs pour lesquels le dimensionnement humain doit être revu à la hausse au regard de leurs fonctionnements précis en tenant compte de l'augmentation du nombre de salle pour le bloc opératoire et du nombre de box pour les urgences. (le fonctionnement et l'organisation précis de ces deux secteurs n'a pas permis de dimensionner les

effectifs paramédicaux en ETP). Au total on tend plus vers une efficience sur les secteurs décrits page 124 de 20 ETP soit 800 000 € et non pas de 50,8 ETP soit 2M €

Il est noté également que les gains proposés en personnel par rapport aux effectifs actuels portent uniquement sur les secteurs de soins et médicotechniques et les paramédicaux. En effet dans le tableau page 120 on note qu'aucune efficience n'est proposée sur les effectifs dits « administratifs et logistiques et autres » puisque le total reste après projet à 532,6 ETP.

Pourtant et à titre d'exemple, le regroupement des activités de secrétariat comme précisé dans le projet devrait pouvoir aboutir avec leur mutualisation à une efficience en moyens humains.

Aussi il est important que des études soient menées sur ces secteurs qui se réorganiser également devraient aboutir à des efficiences complémentaires.

Observation n° 27 : **Constitution du management du projet page 136** : on peut noter que dans l'équipe projet une composante forte de l'établissement n'est pas présente à savoir celle de la direction des soins qui représente l'effectif le plus important en nombre, celui des paramédicaux qui doivent être largement impliqués pour la réussite du projet dans le cadre de la politique de changement, des nouvelles organisations, l'harmonisation des pratiques, de la politique de formation continue et initiale et de la qualité et de la sécurité des soins sur tous les secteurs accueillant des patients. Au-delà de l'équipe projet de la Direction c'est une équipe projet opérationnelle comme précisé en amont du rapport qui doit être mise en place et accompagner en proximité l'ensemble des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques pour la réussite de ce projet et pour une mise en fonctionnement réussie de façon anticipée.

Observation n° 28 : Sur le processus de décision page 137, on peut noter toutes les instances réglementaires représentatives sauf celle de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico- Techniques (CSIRMT) représentant l'ensemble des paramédicaux de l'établissement et qui doit être partie prenante, informée et donnée son avis dans le respect du cadre réglementaire qui lui est attribué.

2. Périmètre du projet, Contexte immobilier et foncier

2.1. Le contexte immobilier et foncier

Les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Meaux sont actuellement regroupées dans un ensemble immobilier composé de 3 bâtiments connectés entre eux par galerie dans les niveaux bas :

- le bâtiment A qui concentre principalement les hospitalisations, consultations et explorations des disciplines à orientations chirurgicales ainsi que les fonctions médicotecniques lourdes (bloc opératoire, réanimation, imagerie et urgences) et les fonctions logistiques du site ;
- le bâtiment B concentre principalement les hospitalisations, les consultations et les explorations des disciplines médicales ;
- le bâtiment C est principalement dédié aux activités du pôle Femme - Enfant. De fait, il regroupe la totalité des fonctions d'hospitalisation, de consultations et médicotecniques liées à la mère et à l'enfant. Il accueille également en sous-sol la cuisine du GHEF et le self du personnel, activités conservées en leur localisation.

Cet ensemble est complété de plusieurs pavillons situés en périphérie de l'ensemble bâti MCO (cf. plan masse) :

- le bâtiment D accueillant les activités et hébergement de psychiatrie ainsi que les services informatiques ;
- le bâtiment accueillant le Centre de Médecine Nucléaire (praticiens libéraux) ;
- le pavillon Administration 1 accueillant un secteur tertiaire dédié aux assistantes sociales ainsi que la médecine du travail ;
- le pavillon Administration 2 accueillant le C.S.A.P.A en RDC ainsi que les Directions Générales et Financières en R+1, le R+2 étant désaffecté ;
- le pavillon « 100 rue Saint-Faron » accueillant notamment la préparation à la naissance, la rétrocession des médicaments aux externes, la bibliothèque médicale et les locaux de santé publique ;
- le pavillon des services techniques, désaffecté au R+1 suite au départ de l'internat ;
- le pavillon dédié aux dossiers des patients ;
- le pavillon d'entrée accueillant un secteur tertiaire pour la Recherche Clinique ainsi que la sécurité incendie ;
- le bâtiment garage, majoritairement désaffecté ;
- le bâtiment du service mortuaire ;
- le bâtiment, anciennement Institut FSI, partiellement désaffecté et accueillant aujourd'hui la Direction des Ressources humaines au RDC, le service transport et des locaux de manutention ;
- des bâtiments de logements ;
- l'aire logistique déchets.

Le site est complété de zones de stationnement ainsi que d'une hélisation au sol telles que représentées sur le plan masse communiqué dans le dossier.

Le site de Meaux Saint-Faron tel qu'il est présenté à la contreexpertise est très dense. Il se caractérise par une dissémination forte de pavillons nombreux et des parkings en périphérie de l'ensemble bâti MCO.

2.2. Le terrain d'assiette et le périmètre de l'opération objet du dossier

La situation foncière

Le GHEF est propriétaire de la totalité des parcelles formant le site de Meaux – Saint-Faron. Le terrain principal totalise une surface d'environ 124 000 m² répartis sur les parcelles cadastrales BX 439 et BX 148.

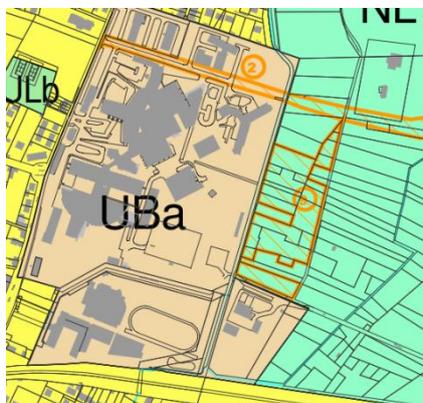
Dans le cadre de l'opération, le GHEF a engagé un processus d'acquisition d'un certain nombre de parcelles bordant le flanc Est du site constituées actuellement de jardin maraichers. La grande majorité d'entre elles forme un emplacement réservé au bénéfice de la Commune de Meaux pour « l'aménagement d'un parking et d'une nouvelle entrée d'hôpital » (ER n°9 au PLU de Meaux). Les autres parcelles appartiennent à la commune de Meaux ou à des particuliers. Cette situation montre à quel point l'opération qui est présentée ce jour à la contreexpertise a été planifiée dans le temps dès lors qu'elle se trouve inscrite au PLU. Elle montre également qu'elle recueille dans son format général urbain le soutien incondicional de la ville.

Sur la base de l'évaluation des domaines effectuée en 2016 pour la Ville de Meaux, le coût de cette opération a été évalué à 147 541 euros (estimation 6,00 €/m²). La Ville de Meaux va vérifier si des échanges avec d'autres jardins peuvent être envisagés. Même si une vérification du chiffre par la contreexpertise à ce stade du dossier paraît difficilement envisageable.

Concernant les délais d'acquisition, une première réunion a eu lieu en juin 2018 avec l'assistant Icade et un représentant de la Ville de Meaux³.

A noter que ces terrains sont classés en zone NL. Cette zone est inscrite au PLU pour accueillir les parkings du site hospitalier de Meaux.

Figure 1 : Situation foncière



Source : document PLU ville de Meaux⁴

Les grands objectifs de l'opération : son cahier des charges

La création du Grand Hôpital de l'Est Francilien traduit la volonté de constituer une réponse médicale cohérente, coordonnée et efficace aux pathologies du bassin Nord Seine-et-Marne. Elle implique une réorganisation, une spécialisation des activités sur chacun des sites hospitaliers et

³ Le dossier fait état d'une seconde réunion prévue en septembre 2018 avec un avocat spécialisé pour enclencher les discussions avec les particuliers et préparer la procédure d'expropriation.

⁴ Document PLU ville de Meaux https://www.ville-meaux.fr/uploads/docs/PLU_piece_6.pdf et https://www.villemeaux.fr/uploads/docs/6.1-liste_des_ER.pdf.

également, pour le site de Meaux – Saint-Faron, la modernisation du parc immobilier vieillissant et à fortes problématiques fonctionnelles et techniques.

A ce titre, l'opération de Meaux St Faron est la troisième opération dans la chronologie de modernisation des sites après Marne La Vallée et Coulommiers.

L'enveloppe financière déjà allouée aux projets de Marne la Vallée et de Coulommiers dépasse les 300 M€. Avec l'opération présentée au COPERMO l'ensemble consolidé représentera une dépense de 470 M€.

L'établissement souhaite mettre en œuvre un ambitieux programme de modernisation du site dont les objectifs stratégiques sont de :

- disposer de bâtiments techniquement fonctionnels et conformes réglementairement ;
- disposer d'un ensemble bâti MCO et psychiatrique connecté et permettant une gestion optimisée des coûts de fonctionnement ainsi qu'une prise en charge des patients de qualité ;
- recentrer ses activités MCO sur une unité de lieu resserrée en partie sud du site actuel et ainsi optimiser l'usage du foncier ;
- retrouver une offre de stationnement suffisamment dimensionnée sur le site ;
- reconfigurer les accès, les flux extérieurs (cheminement piétons et voirie) et les stationnements pour faciliter la lisibilité du site et son exploitation.

- Exigences et attentes du projet

Le projet doit répondre à trois enjeux majeurs :

- l'organisation médicale, laquelle doit se focaliser sur une logique fonctionnelle et le parcours du patient. Le fonctionnement de l'hôpital s'organiserait donc autour de l'efficacité de la prise en charge du patient et de l'optimisation dans la gestion des moyens. Cette dimension doit être croisée avec celle de la gradation des soins et de la proximité organisée entre les différentes entités hospitalières ;
- le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation avec une utilisation forte des plateaux techniques d'explorations et le développement des consultations et des prises en charge de jour ;
- l'ouverture de l'hôpital sur la ville et le rôle déterminant des accès devront être particulièrement travaillés pour une grande lisibilité et une continuité depuis la voirie publique.

- Un hôpital efficient

L'ouvrage doit être considéré comme un outil hospitalier, adapté à l'activité prévue maintenant, mais aussi adaptable à l'activité des années à venir, et ce, dans un contexte de fortes contraintes pesant tant sur les charges d'exploitation que sur celles d'investissement. A ce titre, la contre-expertise se permet de rappeler que le projet de Marne la Vallée prévoyait une extensibilité possible de 140 lits.

« Notre ambition : permettre les mutations d'un hôpital moderne en fonction des techniques, des politiques hospitalières, de la démographie », ajoute Olivier contré. L'hôpital peut évoluer selon deux dimensions. S'agrandir : le site – 12 hectares – se fonde sur un maillage orthogonal. Ce quadrillage dicte l'installation des futurs bâtiments. Celui de psychiatrie, au sud, constitue une première tranche d'extension (6 600 m² shon). Mais l'hôpital peut aussi se restructurer. Aucune parcelle intérieure n'est définitivement attribuée. La combinatoire est inépuisable. Trois plateaux principaux sont organisés autour d'un noyau central de fonctions communes fournissant des flux, des produits, du matériel, des médicaments, de l'imagerie, des informations administratives. On procède par opérations tiroirs. Si les laboratoires

quittent le bâtiment au rez-de chaussée, pour aller à l'extérieur, les urgences pourront s'agrandir immédiatement en disposant des services de matériel nécessaires. La flexibilité est totale, précis Olivier Contré. De 460 lits, l'hôpital pourra augmenter sa capacité de 140 lits. »⁵

L'efficience sera le fruit :

- d'une réorganisation du bâti, avec des plateaux fonctionnels permettant la mise en commun de moyens ;
- du juste dimensionnement et une optimisation fonctionnelle des secteurs et des bâtiments ;
- de l'efficacité des liaisons fonctionnelles intra et inter bâtiments ;
- la modularité des unités d'hospitalisations.

Les principes directeurs

- La construction d'un nouveau bâtiment principal à forte vocation médicotechnique et d'hospitalisation.

Ce nouveau bâtiment doit permettre de :

- regrouper les services médicotechniques (urgences, imagerie, secteurs interventionnels et soins critiques) dans des espaces neufs et fonctionnels ;
- installer les hospitalisations de médecine, chirurgie et psychiatrie adultes dans des services adaptés et confortables avec un accès aisé aux différents plateaux techniques ;
- proposer une nouvelle porte d'entrée principale à l'ensemble bâti MCO, lisible et conviviale. Regrouper idéalement les arrivées et départs des flux logistiques autour d'une cour logistique commune à l'ensemble bâti MCO ;
- d'assurer une connexion efficiente avec le bâtiment B (à chaque niveau) et le bâtiment C via une passerelle aérienne couverte reliant le bloc obstétrical au nouveau secteur interventionnel ;
- réutiliser de manière pertinente le parc immobilier actuel au regard de sa viabilité technique et de sa capacité à s'inscrire dans une solution de prise en charge des patients cohérente et fonctionnelle.

- Le devenir du parc immobilier actuel est le suivant :

Bâtiment C : Maintien dans son fonctionnement actuel

Le bâtiment C, dont les locaux de soins sont dédiés aux activités pôle Femme-Enfant, est conservé en l'état. Ce bâtiment est effectivement le plus récent du site et intègre les fonctionnalités attendues aujourd'hui dans la prise en charge des patients, avec notamment un confort hôtelier des parturientes satisfaisant.

Des interventions ponctuelles en site occupé sont néanmoins incluses au périmètre de l'opération pour assurer l'inscription du bâtiment C dans le nouveau dispositif immobilier. Il pourra s'agir notamment : des adaptations nécessaires à l'installation d'une liaison pneumatique pour le transfert des prélèvements entre les unités d'hospitalisations et le laboratoire, de réaménagements ponctuels dans le bloc obstétrical pour assurer sa connexion avec la nouvelle passerelle aérienne le reliant au secteur interventionnel du nouveau bâtiment.

Bâtiment B : restructuration complète

Le bâtiment B est une pièce maîtresse de l'ensemble bâti MCO actuel. Il accueille en effet actuellement plus de 200 lits et places et assure la liaison entre les bâtiments A et C. Son bilan de

⁵ Le moniteur, Marne la Vallée, très grande flexibilité pour le futur hôpital de Jossigny, 3 mars 2006

santé technique autorise, moyennant néanmoins des travaux conséquents de remise en conformité technique et de restructuration des espaces, l'installation de nouvelles activités en lieu et place des actuelles

La restructuration lourde de ce bâtiment permettra d'installer des activités ayant peu de contraintes réglementaires et fonctionnelles. Des locaux à sommeil (unités d'hospitalisation conventionnelle ou de soins critiques) ou à forte technicité ne sont donc pas prévus dans ces surfaces pour les mêmes raisons que celles évoquées ci-dessous pour le bâtiment A.

La restructuration du bâtiment B inclut le ravalement des façades avec isolation par l'extérieur et remplacement des menuiseries extérieures.

Bâtiment A : abandon à terme

Cœur actuel du dispositif de soins à Saint-Faron, le bâtiment A n'est actuellement pas utilisé dans sa totalité, en particulier au niveau de la galette technique. Les raisons de l'abandon d'une restructuration de ce bâtiment sont triples :

- les investissements seraient très lourds pour assurer sa remise en conformité technique et sa remise en sécurité ;
- le bâtiment, en particulier dans sa partie tripode accueillant les hébergements, n'offre pas la possibilité d'installer des unités répondant simultanément aux exigences actuelles de confort hôtelier (taux de lits en chambres individuelles, douches dans les chambres) et aux exigences d'efficience de fonctionnement (taille critique des unités pour une bonne organisation des ressources humaines avec coût de fonctionnement optimisé) ;
- le maintien des activités dans les niveaux occupés se révélerait très complexe à mettre en place sans générer de fortes nuisances et une baisse de l'activité durant les travaux (voir impossible dans les secteurs interventionnels).

Dans le cadre de la présente opération, le bâtiment A qui sera supprimé doit « être » utilisé pour réaliser des opérations tiroirs à moindre coût.

Seule la déconstruction de la liaison du bâtiment A avec le bâtiment B est incluse au périmètre de l'opération. Le bâtiment A sera vendu à déconstruire (valeur vénale estimée au regard des avis des domaines à 6 700 000 euros pour un terrain d'environ 47 000 m² hors bâti. La vente n'est pas intégrée au plan de financement).

Les installations primaires de production d'énergie de l'ensemble du site de Saint-Faron étant actuellement localisées dans le bâtiment A, les concepteurs devront les recréer dans le terrain d'assiette alloué à l'opération, soit au sein du nouveau bâtiment principal, soit dans un bâtiment énergie indépendant.

Bâtiment Psychiatrique : abandon à terme.

Les activités psychiatriques seront relocalisées dans le nouveau dispositif composé du bâtiment neuf et du bâtiment B restructuré.

La déconstruction du bâtiment psychiatrique est hors opération. Il sera vendu à déconstruire (selon avis des domaines, valeur vénale en 2016 du terrain d'emprise de 15 600 m² estimée à 6 200 000 euros). La vente n'est pas intégrée au plan de financement.

Pavillon de la Direction des Ressources Humaines (ancien IFSI)

La déconstruction du pavillon des Ressources Humaines est hors opération. Il sera vendu à déconstruire (selon avis des domaines, valeur vénale en 2016 du terrain d'emprise de 5 555 m² estimée à 1 996 000 euros). La vente n'est pas intégrée au plan de financement.

Pavillons « Administration 1 », « Administration 2 », pavillon d'entrée : Conservation des bâtiments avec des changements d'affectation

Ces bâtiments auront vocation à accueillir du tertiaire administratif auparavant localisé dans les bâtiments A et B.

Le service sécurité incendie (RDC du pavillon d'entrée) est maintenu dans sa localisation actuelle.

Le CSAPA (actuellement au RDC du bâtiment « Administration 2 ») intégrera le nouveau dispositif.

Il est également prévu de localiser la rétrocession – essais cliniques au RDJ du bâtiment 2.

Les travaux éventuels de réaménagement de ces bâtiments sont hors opération.

Bâtiment « 100 rue Saint-Faron », pavillon des services techniques, bâtiment garage, bâtiment déchetterie : déconstruction

Ces bâtiments seront désaffectés par le GHEF par déplacement des activités dans d'autres bâtiments du site (hors opération)

Leur déconstruction est incluse au périmètre de l'opération.

Chambre mortuaire : maintien en activité sans changement d'affectation

Bâtiment des dossiers patients : abandon à terme

Les archives :

Les archives seront numérisées (le DPI de la société Maincare est en cours de déploiement) et Meaux numérise ses dossiers. Pour mémoire, le GHEF peut disposer ou dispose déjà de nombreux lieux de stockages sur d'autres sites que celui de Saint-Faron : Orgemont, René Arbeltier, Abel Leblanc, en interne et également un stockage en externe (déjà en cours) chez deux partenaires.

Par ailleurs, de manière plus récente et active, les archives médicales et non médicales font l'objet d'un plan de numérisation en développement. En outre, le déploiement en cours du Dossier Patient Informatisé sur les trois sites principaux du GHEF permettra d'intégrer au fil de l'eau les éléments au dossier du patient, sous forme informatique. Dans ce double cadre, et sous contrôle du médecin responsable, une politique de destruction des archives physiques respectueuse de la réglementation et des normes concernées est engagée. D'ici à la livraison du futur bâtiment de Meaux, cette question sera largement traitée ainsi. Par ailleurs, un bâtiment hors périmètre du projet Saint-Faron pourrait être utilisé (bâtiment situé derrière la chambre mortuaire).

L'aménagement d'un nouveau parking sur l'emplacement réservé au PLU à cet effet.

2.3. Adéquation entre le cahier des charges, le respect des règles observables en matière de construction hospitalière coûts et surfaces et le PTD.

Montants de l'opération

Le montant global travaux de l'opération arrêté à 155 M€ intègre l'ensemble des opérations principales, secondaires et options.

Une comparaison est faite sur le respect des ratios notamment au travers l'utilisation du logiciel OSCIMES lequel s'appuie sur les opérations CHU ce qui n'est pas l'objet dans le cas présent.

Le rapport fait état d'un comparatif avec des opérations déjà réalisées. Il est à noter qu'elles l'ont été en grande partie par le même opérateur programmeur.

La décomposition des coûts de l'opération hors options (médecine nucléaire et EFS)

Tableau 7 : Tableau général de surfaces des opérations majeures

Neuf			Restructuré		
31672			11764		
Secteurs fonctionnels	Circulations Générales	Locaux techniques	Secteurs fonctionnels	Circulations générales	Locaux techniques
25476	3057 (12%)	3139(11%)	10014	1179(10%)	571(5%)

Source : Contre-expertise à partir des chiffres du rapport d'évaluation socio-économique

Tableau 8 : Répartition des montants engagés (M€)

Nature de la dépense	Valeur
Construction neuve ex bâtiment A	62
Restructuration bâtiment B	18
Autres et provisions	9
Total travaux HT	89
Total TTC valeur 2018 (coeff 1,56)	138,84
Total TDC valeur 2026 (coeff 12%)	155

Source : Contre-expertise à partir des chiffres du rapport d'évaluation socio-économique

Remarques générales :

- Au préalable, la contre-expertise note de nombreuses incohérences entre les différents documents qui ne facilite pas l'analyse. Il existe même un niveau d'incohérence constant que l'on retrouve entre les différents documents proposés y compris dans un même document (rapport ars/ptd)
- les chiffres proposés en matière de coûts s'établissent pour la construction neuve à un prix au m² proche de 3 400 € et pour la restructuration à un prix au m² proche de 2 700 € sans l'intégration des sujétions particulières et de certaines provisions. Sauf à admettre un effet JO Paris 2024, ces chiffres apparaissent élevés puisqu'ils sont globalement supérieurs à ceux utilisés pour les CHU avec le même programmeur ;
- les coûts toutes dépenses confondues valeur finale hors équipements et options sont de 155 068 559 € soit pour 43 400 m² correspondant à un coût au m² de 3 570 € lequel confirme une valeur supérieure aux référentiels (OSCIMES avec les mêmes ratios de correction 1,566 HT Tx / TTC et 1,12 TTC / TDC le chiffre est proche de 3200 €) ; il est à noter que selon les documents le coefficient de révision / actualisation se situe entre 1,10 et 1,12 du montant du projet (cf. détail ci-dessous);
- les valeurs utilisées pour les ratios de circulations générales et de locaux techniques sont très au-dessus des valeurs couramment utilisées ; elles sont pour ce qui est des circulations générales contradictoires avec l'affirmation d'un bâtiment compact et donc en écart avec le cahier des charges repris ci-dessus ;
- l'ensemble conduit à une surface au lit consolidée toutes surfaces confondues (en dehors de la résidence 3) de l'ordre de 140 m²/lit et ce même si en première lecture les surfaces projet conduisent à un ratio inférieur à 100 m²/lit lequel complété des fonctions absentes dans le projet car existantes et non modifiées conduit à un chiffre supérieur à

110 m²/lit chiffre atteint sur certains projets de CHU (Caen par exemple) avec le même programme.

Figure 2 : Extrait éléments capacitaires du dossier ESE

La surface dans œuvre du bâtiment A est de 31 671 m² (donnée programme). La surface totale du bâtiment B est de 13 627 m² (mesurage ICADE). Soit une surface totale de 45 299 m² concernée par le projet.

Le nombre de lits et places est de 465 (390 lits + 75 places).

Soit un ratio de 97,4 m² SDO/lit et place.

Le ratio cible préconisé par l'ANAP est de l'ordre de 110 m² SDO/lit et place.

Cet écart s'explique par la non intégration dans le projet de reconstruction et de restructuration de fonctions supports telles que :

- ✓ Tertiaire administratif
- ✓ Pharmacie
- ✓ Magasins généraux
- ✓ Stérilisation
- ✓ Laboratoire (uniquement routine et traitement rapide)
- ✓ UCP + Self
- ✓ Service mortuaire
- ✓ Archives

En supposant l'intégration dans le ratio de ces fonctions sur la base des hypothèses suivantes (base de calcul référentiel dimensionnement ANAP) :

- ✓ Tertiaire administratif : 1 250 m²
- ✓ Pharmacie : 850 m² (hors URC)
- ✓ Magasins généraux = 500 m²
- ✓ Stérilisation : 25 m²/salle = 200 m²
- ✓ Laboratoire : 900 m² (hors partie routine et réponse rapide déjà intégré)
- ✓ UCP + Self : 1350 m²
- ✓ Service mortuaire : 250 m²
- ✓ Archives : 700 m²
- ✓ Soit un total SDO de 6 000 m² de fonctions supports non intégrées.

Avec l'intégration de l'ensemble des fonctions, le ratio m² SDO/ lit et place serait de 110.

Source : rapport socio-économique, page 85

Tableau 9 : Synthèse des surfaces exploitées sur le site à l'issu du projet d'investissement et identification des écarts.

Bâtiments	SDO exploitées sur site de Meaux - St Faron			
	Avant projet*	Après projet	Ecart	Commentaire
Nouveau bâtiment	0 m ² DO	31 672 m ² DO	31 672 m ² DO	- Estimation faisabilité ICADE - Hors option EFS et Médecine Nucléaire
Bâtiment A	35 006 m ² DO	0 m ² DO	-35 006 m ² DO	- Liaison Bât. A - Bât. B déconstruit dans le cadre de l'opération - Déconstruction complète à prévoir ultérieurement dans le cadre d'une valorisation du foncier libérable
Bâtiment B	13 627 m ² DO	13 627 m ² DO	0 m ² DO	Restructuré en quasi-totalité dans le cadre de l'opération
Bâtiment C	15 046 m ² DO	15 046 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
Bâtiment "100 rue Saint Faron"	810 m ² DO	0 m ² DO	-810 m ² DO	Déconstruction dans le cadre de l'opération
Bâtiment "Déchetterie"	135 m ² DO	0 m ² DO	-135 m ² DO	Déconstruction dans le cadre de l'opération
Bâtiment Jardinier	145 m ² DO	0 m ² DO	-145 m ² DO	Déconstruction dans le cadre de l'opération
Bâtiment Services Techniques	1 410 m ² DO	0 m ² DO	-1 410 m ² DO	Déconstruction dans le cadre de l'opération
Bâtiment Garage	2 398 m ² DO	0 m ² DO	-2 398 m ² DO	Déconstruction dans le cadre de l'opération
Bâtiment D - Psychiatrie	5 015 m ² DO	0 m ² DO	-5 015 m ² DO	Déconstruction à prévoir dans le cadre de la valorisation du foncier libéré - Hors opération
Bâtiment "Dossiers patients"	697 m ² DO	0 m ² DO	-697 m ² DO	Déconstruction complète à prévoir ultérieurement dans le cadre d'une valorisation du foncier libérable - Hors opération
Bâtiment "Ex IFSI - DRH"	4 935 m ² DO	0 m ² DO	-4 935 m ² DO	Déconstruction complète à prévoir ultérieurement dans le cadre d'une valorisation du foncier libérable - Hors opération
Bâtiment Administration 1	653 m ² DO	653 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement. Changements d'affectation éventuels hors opération
Bâtiment Administration 2	2 022 m ² DO	2 022 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement. Changements d'affectation éventuels hors opération
Bâtiment " Service Mortuaire"	365 m ² DO	365 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
Bâtiment "Médecine Nucléaire"	700 m ² DO	700 m ² DO	0 m ² DO	Si option Médecine Nucléaire retenue -> Déconstruction à prévoir dans le cadre de la valorisation du foncier libéré - Hors opération
Pavillon d'entrée	569 m ² DO	569 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement. Changements d'affectation éventuels hors opération
Résidence 1	non connue	non connue	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
Résidence 2	non connue	non connue	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
Résidence 3	2 024 m ² DO	2 024 m ² DO	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
Logement de fonction	non connue	non connue	0 m ² DO	Maintenu en fonctionnement sans changement d'affectation
TOTAL	85 557 m² DO	66 678 m² DO	-18 879 m² DO	

Source : rapport socio-économique, page 86

On trouve à la page 86 du rapport socio-économique : 66 678 m² pour 465 lits et places : 144 m²/lot et place avec la résidence 3 et 139 m²/lit et place sans la résidence 3, chiffre assez éloigné du ratio ANAP.

Tableau 10 : Analyse détaillée des surfaces

Secteurs	Nbre locaux	Surface secteur	Surface moyenne
Consultations explorations	53	2350	44
Unités hospitalisations	30	811 + 100 (part locaux communs)	30
Réanimation surveillance continue	18	1181	66
Soins intensifs	24	837	34
Imagerie	15 dont 2 Scanners et 2 IRM	1898	126
Blocs Opératoires	9 dont 3 endoscopies	1953	217

Source : Contre-expertise à partir des données du rapport d'évaluation socio-économique

L'analyse détaillée des principaux secteurs semble montrer un respect des surfaces opposables dans les différents référentiels en dehors des surfaces des Blocs Opératoires qui sont, elles, supérieures aux valeurs générées par les différents référentiels.

Toutes les surfaces ont bien été intégrées soit dans les secteurs soit en surfaces additionnelles.

Quelques remarques s'imposent cependant :

- Des surfaces utiles de locaux semblent avoir été minorées notamment et quasi systématiquement les surfaces tertiaires intégrées dans les secteurs ; il serait bon de s'assurer qu'il s'agit d'une démarche volontariste (elle va au-delà des recommandations m²/poste de travail) et que lors de la conception ces écarts ne seront pas corrigés. La surface tertiaire médical centralisée de 1813 m² SDO pour 1295 utiles ne fait l'objet d'aucun détail. La reconstruction sur la base des ratios utilisés soit dans le document PTD soit dans les référentiels conduit à un nombre de bureaux bien supérieur (coefficient proche de 2) à celui que l'on est en droit d'attendre dans un établissement de cette nature.
- La surface totale reconstruite et restructurée figurant dans le document PTD est de 34 671 SDO hors circulations générales et locaux techniques ; la reconstruction à partir des informations communiquées sur les ratios utilisés (respectivement 12 et 11 %) conduit à une surface de 43 100 m² à comparer aux 43 400 m² résultant de l'agrégation des surfaces bâtiment neuf et bâtiment restructuré. La cohérence entre les chiffres globaux entre les différents documents est satisfaisante.
- Si la solution afin de réduire la surface immobilière totale de sorte à la faire entrer dans les standards (donc une réduction de surface annoncée et vérifiée au-delà de 19 000 m²) était très probablement la reconstruction, solution qui a été écartée, il serait peut-être intéressant de vérifier les équilibres entre surfaces utiles / circulations / locaux techniques.

Décomposition des coûts

L'analyse fait apparaître que l'ensemble des postes de dépenses ont bien été pris en compte.

Deux remarques :

- le postes autres « honoraires et frais préliminaires » qui représente plus de 7,5 M€ aurait mérité une description ;
- le calcul de l'actualisation/révision qui correspond à 12 % de la valeur du projet dans le rapport socio-économique pour un montant de 16,16 M€ semble différent dans la note du 8 août 2018 document 10 (cf. ci-dessous) ; on ne retrouve d'ailleurs pas les chiffres précédents en matière de coût de projet ;

Montant des prestations	136 000 000 €		
Délai avant début de la réalisation	48 mois	8,5 ans	
Délai de réalisation	54 mois		
Avec une évolution de 2009 à 2012			
Taux annuel retenu	1,029653		1,029653
Taux mensuel retenu	1,002438		0,2438 % mensuel
Montant total de la révision des prix	18 567 900 €		14 % du montant prestations
Avec une évolution de 2007 à 2017			
Taux annuel retenu	1,016838		1,016838
Taux mensuel retenu	1,001392		0,1392 % mensuel
Montant total de la révision des prix	10 226 430 €		8 % du montant prestations
Moyenne	14 397 165 €		1,023245491

Montant des prestations	154 000 000 €		
Délai avant début de la réalisation	48 mois	8,5 ans	
Délai de réalisation	54 mois		
Avec une évolution de 2009 à 2012			
Taux annuel retenu	1,029653		1,029653
Taux mensuel retenu	1,002438		0,2438 % mensuel
Montant total de la révision des prix	21 025 416 €		15 % du montant prestations
Avec une évolution de 2007 à 2017			
Taux annuel retenu	1,016838		1,016838
Taux mensuel retenu	1,001392		0,1392 % mensuel
Montant total de la révision des prix	11 579 928 €		9 % du montant prestations
Moyenne	16 302 672 €		1,023245491

Source :

La construction du prix final devrait faire l'objet d'un seul calcul avec des hypothèses claires ; il est à noter que la tendance actuelle du BT 01 sur les 12 derniers mois est de 2,7 %, supérieure à la prévision. Si l'on en croit le document 33 – décaissés ramenés à la base d'un projet de 138,9 M€ rapport socio-économique hors révision et actualisation le montant de la révision actualisation sur les bases annoncées est de 19,66 M€ pour un montant total d'opération à 158,6 M€ (écart de 3,5 M€) ; ce montant d'actualisation correspond à 12,4 % du projet TDC et à 14 % du projet TTC. Sur la base actuelle de la tendance du BT01 ces montants seraient supérieurs.

2.4. Fonctionnalité générale

La répartition générale des secteurs fonctionnels selon les corps de bâtiments est la suivante :

- Remarques :
- aucune fonction semble doublée, y compris le hall qui est néanmoins présenté selon une segmentation couramment observée avec deux dispositifs : le premier réservé aux hospitalisations (bâtiment neuf), le second aux consultations et soins externes (bâtiment B) et hôpital de jour médical devant desservir les deux corps de bâtiments ;
- le bâtiment B est projeté comme étant un bâtiment sans locaux à sommeil ;
- l'organisation présentée qui a été voulue de sorte à optimiser l'usage du patrimoine existant en conservant le bâtiment B génère naturellement des contreparties et très certainement une probable perte d'efficacité (un des principes directeurs) ;
- à titre d'illustration les vestiaires centraux ainsi que le centre tertiaire vont se situer dans le corps de bâtiment qui accueillera le moins de personnel générant ainsi des flux importants verticaux et horizontaux (cette notion de contrainte de double proximité est détaillée dans le document ptd page 38).

Tableau 11 : Organisation des admissions dans les bâtiments

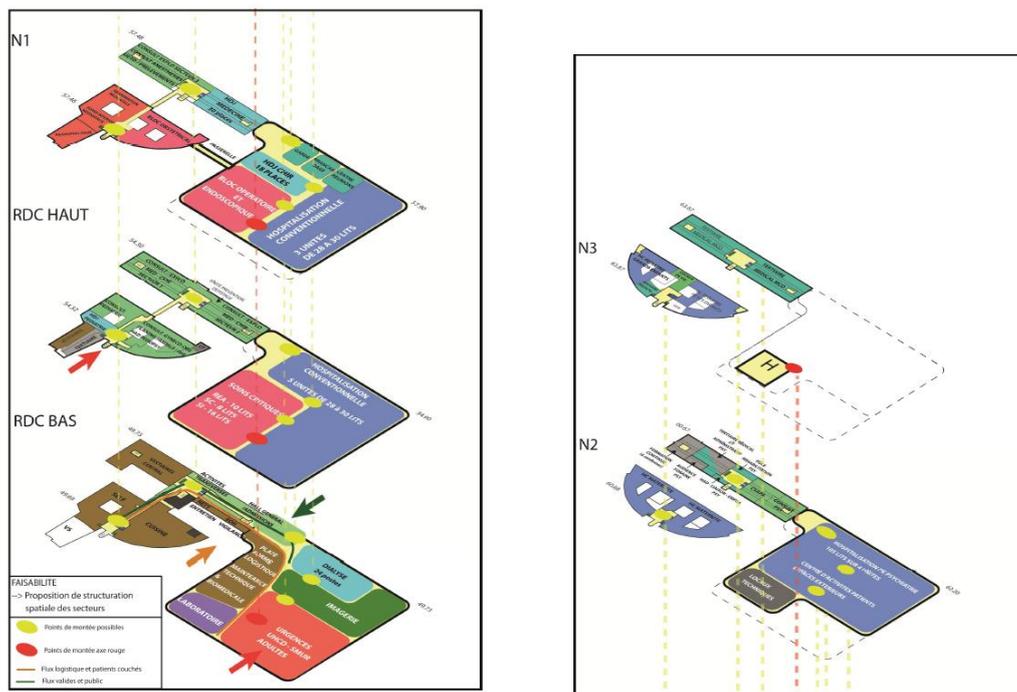
Bâtiment A neuf	Bâtiment B restructuré
Hall admissions	
Unité de chirurgie ambulatoire	Plateaux de consultation explorations
Dialyse	Pôle réhabilitation liaisons HAD EMPSA psy
Hospitalisation conventionnelle med et chir	Audience foraine psychiatrie
Hospitalisation de psychiatrie et locaux d'activité	Centre de prélèvements
Réanimation Surveillance continue	Unité de prévention et de dépistage
Soins intensifs	Unité d'évaluation et de traitement de la douleur
Locaux communs soins critiques	PASS
Imagerie	Activités transverses
Secteur interventionnel	Hôpital de jour de médecine
SAU/UHCD/SMUR	Nettoyage entretien
Biologie	Vestiaires centraux
Plateforme logistique	Tertiaire médical centralisé
Maintenance technique et biomédicale	EOH et vigilances
Unité centrale de brancardage	Locaux syndicaux
Foyer de garde	Reprographie
Centre de réunion	Vaguemestre

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

- L'exercice proposé dans le cadre du concours d'architecture consiste pour les candidats à rendre l'ensemble bâtiment A et bâtiment B le plus solidaire et le plus compact possible. Il s'agit de fusionner les deux corps de bâtiments.

Il est demandé aux concepteurs page 25 du PTD⁶ de rechercher la plus grande hauteur à chaque étage du nouveau bâtiment tandis que page 37 du dit PTD⁷ il est dit que tous les étages du nouveau bâtiment seront connectés aux bâtiments B et C : la seconde mention suffisait. Cette exigence contraint naturellement fortement l'architecture dans la mesure où techniquement les surfaces de blocs opératoires, d'imagerie disposent traditionnellement de hauteurs sous plafond plus importantes. Cette contrainte ne semble d'ailleurs pas respectée dans le doc ARS page 93 du rapport socio-économique avec des écarts de 30, 40 ou 50 cm / niveau.

Figure 3 : Faisabilité d'implantation niveau par niveau sans options



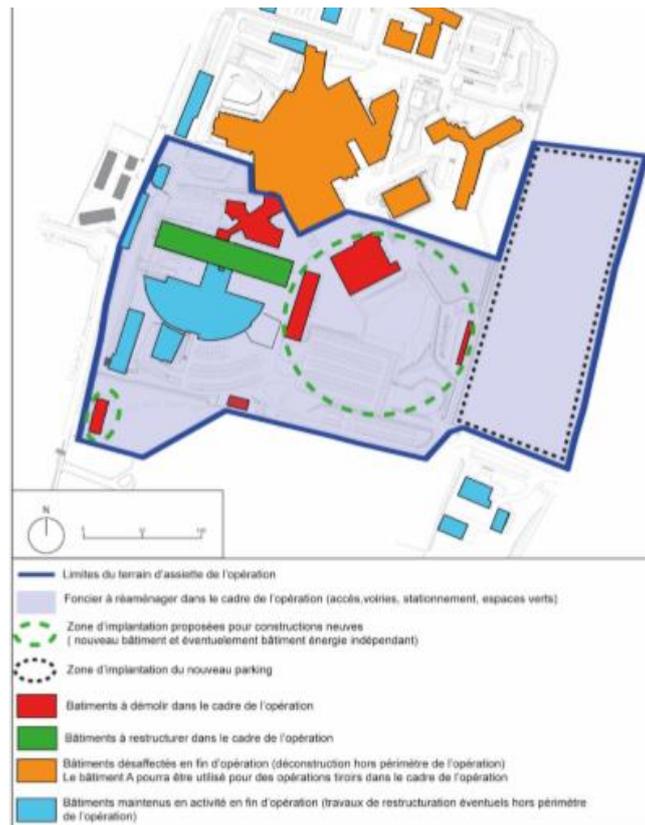
Source : Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF – Site de Meaux, p.93

- Des imprécisions dans les exigences peuvent parfois conduire à une interprétation erronée : pour exemple les consultations explorations lesquelles doivent être implantées dans trois ailes du bâtiment B qui semble n'en compter que 2 (cf. photo ci-dessous). La programmation prévoit en fait les secteurs de consultation sur deux niveaux sachant que la liaison avec l'imagerie sera à la fois horizontale et verticale (1 ou 2 niveaux). Toujours à ce sujet, le plateau de consultation et d'exploration se trouvera dans le bâtiment B à l'opposé du parc de stationnement, la reconstruction du bâtiment A se faisant entre les deux fonctions (voir le document PTD p. 18).

⁶ « Offrira la plus grande trame possible. Il n'est pas imposé un type de structure cependant le système poteaux poutres sera privilégié et l'usage des voiles en béton sera très limité, pour chaque étage rechercher la plus grande hauteur. Des recommandations minimales sont formulées dans le programme selon les spécifiés des secteurs fonctionnels. » p.24-25

⁷ « tous les étages du nouveau bâtiment sont connectés à l'ensemble du bâti existant formé par les bâtiments B et C. Les liaisons sont couvertes, chaudées et accessibles aux personnes à mobilité réduite. »

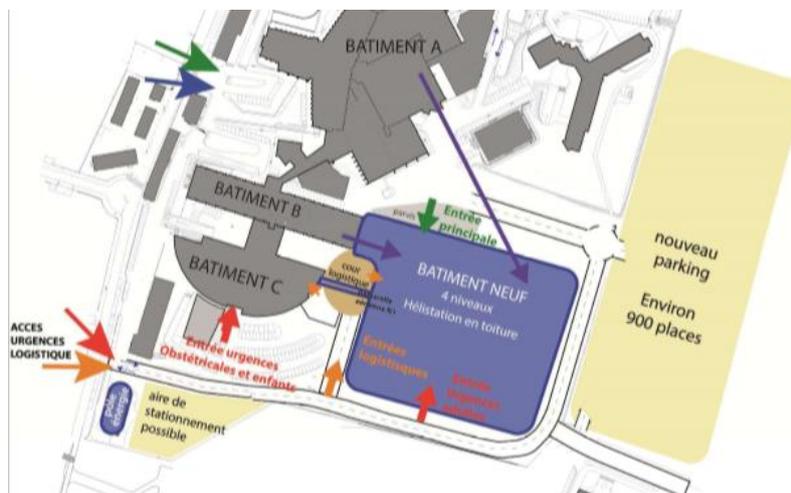
Figure 4 : Carte du site



Source : Rapport d'évaluation socio-économique

- Le schéma d'urbanisme est bien détaillé mais il aurait néanmoins mérité une « variante » sans le bâtiment B (cf. commentaires ci-dessous).

Figure 5 : Carte du site



Source : Rapport d'évaluation socio-économique

On note page 51 du dossier « Implantation retenue: Ces activités sont à implanter impérativement dans le bâtiment B restructuré. Elles forment trois plateaux de diagnostic et d'évaluation, chacun d'eux occupant une aile dans le bâtiment B. »

Figure 6 : Photo du site du bâtiment B



Source : Google Earth

Mode de réalisation du projet

Le projet sera mené dans le respect des dispositions que prévoit la loi MOP ce qui est légitime pour ce type d'opération dont le volume des travaux de restructuration est important.

Phasage et continuité des activités

Le phasage est organisé selon trois grandes tranches :

- Tranche 1 - Aménagement du nouveau parking de 900 places
- Tranche 2 - Construction du bâtiment neuf de 31 671 m² DO + aménagements VRD
- Tranche 3 - Restructuration bâtiment B existant de 11 764 m² DO + aménagement VRD

Ce phasage est parfaitement cohérent dans ses grandes lignes, il conduit toutefois à accepter durant la phase chantier le positionnement du stationnement à l'opposé de l'entrée principale actuelle mais en cohérence avec l'entrée future. Cette situation pose la question plus globale des opérations tiroirs de restructuration du bâtiment B lesquelles devront se faire dans le bâtiment A dans un raisonnement totalement inversé par rapport au projet dans sa vision finale. A ce titre, le dossier comporte une imprécision quant à la nature exacte des opérations tiroirs correspondant au transfert des activités du bâtiment B vers le bâtiment A vidé après la phase de reconstruction. Des pièces du dossier semble indiquer que ces transferts se font sans travaux (aucune provision) d'autres pièces semblent en prévoir (phasage et calendrier).

Cette situation pourrait en partie expliquer l'évaluation à hauteur de 12% des circulations générales.

A l'instar de toute opération de reconfiguration immobilière sur un site hospitalier occupé, une obligation est demandée à la future équipe de conception de garantir le maintien de l'ensemble des activités du site.

- *Détail du phasage / calendrier*

Plusieurs calendriers ont été transmis

Calendrier 1 : document ARS

La consultation loi MOP et la désignation du lauréat s'effectueront de fin 2018 au 3ème trimestre de 2019.

- Les études de maîtrise d'œuvre commenceront fin 2019 pour s'achever fin 2020.
- La première phase des travaux : stationnement (9 mois) et démolitions préalables (6 mois) s'achèveront fin 2021.

En revanche, il semble important de soulever quelques imprécisions ou quelques inquiétudes (base calendrier PTD) :

- tranche 1, l'act et la mise au point des marchés de travaux sont engagés avant la fin de l'avant-projet définitif (apd pro) ;
- tranche 1 : l'aps et son approbation sont réalisés en 2 mois ; l'ensemble des études APS/APD/PRO/DCE est réalisé en 7 mois ;
- tranche 1 : la construction est évaluée à 33 ou 30 mois ;
- l'adaptation du Bâtiment A est évaluée à 6 ou 9 mois ou un an sachant que le document ARS indique qu'il n'y a aucune provision pour des travaux d'adaptation dans le bâtiment A en opération tiroir et que les différents calendriers évoquent la notion de restructuration (voir page 22 du rapport) ;
- les travaux de la restructuration du bâtiment B d'un montant total TDC de près de 30 M€ pour 12 000 m² sont programmés sur 9 mois ; à titre de comparaison, sur des opérations identiques le temps de restructuration constaté est de 14 à 15 mois.

En synthèse, le calendrier tel qu'il est proposé aujourd'hui mériterait certainement une relecture.

Par ailleurs, l'opération de reconfiguration du site de Saint Faron n'intègre pas de sous-opérations dissociables. Les opérations décrites au Programme Technique Détaillé (PTD) sont à considérer comme une opération unique. La seule marge de manœuvre serait celle du déclenchement du projet selon les trois tranches décrites ce qui est tout à fait envisageable. En effet, le plein effet du projet sera obtenu à la fin des 3 tranches.

Le rapport socio-économique résume l'opération en l'opportunité donnée au maître d'ouvrage de :

- la nécessité de remise en conformité technique de son patrimoine existant sur le site de Saint-Faron. Les constructions neuves programmées du bâtiment neuf et du pôle Énergie ont pour finalité de pallier des installations hôtelières et techniques aujourd'hui obsolètes ou défaillantes ;
- la mise en service du dispositif présente des caractères urgents et vitaux pour le site afin de s'inscrire dans ses obligations réglementaires de sécurité et plus particulièrement de sécurité incendie. Pour rappel, le bâtiment A souffre de lourdes problématiques structurelles et le bâtiment C (lire B...) de problématiques de sécurité incendie ;
- retrouver un potentiel d'attractivité à l'échelle du site inhérent à la qualité des espaces proposés. Hors bâtiment C (récemment mis en service), les activités sont installées dans des locaux aujourd'hui en deçà des standards actuels attendus, impactant tant le recrutement de patients que de personnels ;
- limiter les coûts de l'opération :
 - en recourant à une opération unique aux phases indissociables et par la même en limitant les coûts de non qualité liés à plusieurs sous-opérations confiées à des groupements MOE différents ou non inscrites dans une même temporalité (perte d'informations, multiplicité des acteurs, limites de prestations complexes, etc.) ;
 - en optimisant les temps d'étude, en proposant des temps communs d'études (APS, APD, PRO) notamment pour les constructions neuves et de restructuration ;
 - en réduisant au maximum les phases tiroirs, les nuisances pour les activités et usagers du site et par la même en réduisant les pertes d'activités.
- Limiter les nuisances, les perturbations sur l'activité hospitalières, sur le confort des usagers du site tant pour les patients que les visiteurs et les personnels par la proposition d'une opération unique et rapide.

En ce sens, l'objectif d'optimisation du coût d'une opération essentiellement de mise aux normes sécuritaires, sanitaires et hôtelières pourrait sembler réel dans une comparaison entre une structure totalement neuve à comparer à une opération mixte de reconstruction partielle et de restructuration.

En effet, à ce stade, le coût complet de l'opération affiché est de 155 M€ pour environ 43 400 m² (3 570 €/m²) y compris avec un parking de 900 places. Afin de comparer il aurait été réellement intéressant de disposer de l'étude d'une reconstruction globale bâtiments A et B. En effet, si l'on accepte un coût au m² TDC VF de 3 300 € (coût CHU Tours et CHU Caen) pour 43 400 m² le coût serait de 143,2 M€ avec un disponible de 11,8 M€ TDC VF ou 6,7 M€ HT travaux (avec les ratios du projet) lesquels correspondent a priori aux dépenses prévues pour :

- Hélistation : 0,8 M€ HT
- Déconstruction : 1,1 M€ HT
- Parking : 2,6 M€ HT
- VRD : 2,2 M€ HT

Les fondations spéciales et le transport automatique étant intégrés dans le coût du projet dont les surfaces notamment de circulations générales simultanément à l'ergonomie générale seraient améliorées. Naturellement un tel projet permettrait un gain significatif et réel sur le calendrier du projet.

Cette solution n'apparaît pas clairement dans les alternatives qui semblent avoir été envisagées (page 40 rapport socio-économique). Par ailleurs, il manque la transmission à la contreexpertise de la pièce 31.

Cartographie des risques

Le sujet a été parfaitement appréhendé ; il détaille successivement les risques :

- Maîtrise du projet
- Techniques
- Organisationnels et humains
- Juridiques
- Financement

La classification en risques faibles des sujets technique et financement est assez volontariste. La notion de réhabilitation est toujours plus à risque que la construction neuve et le financement repose « quand même » à 80% sur l'augmentation des recettes.

Calibrage des locaux et mutualisation

Le calibrage des locaux est plutôt rigoureux à l'instar des surfaces de chambres 1 lit annoncé à 17 m² SU (au lieu de 18 m² SU) dans le rapport socio-économique page 82 :

alors qu'il est systématiquement aligné à 18 m² dans le PTD MC p.74 et psy p.118.

Compte tenu de la manière dont sont « plombés » (alignement vertical) les services, il semble légitime de retrouver la même taille de chambre dans chaque service d'hospitalisation.

Le nombre de chambre à un lit est cohérent. Selon que la capacité des unités sera considérée à 30 lits ou 28 lits et le taux d'occupation cible (affiché dans le document juin 2018 à 95 %), le taux de patients en chambre « seul » sera compris entre 63 et 73 % ce qui est un taux relativement faible pour un bâtiment qui aura été complètement restructuré.

La mutualisation prévue entre les unités d'hébergement est bonne. Les mutualisations prévues sont détaillées et décrites dans les documents rapport socio-économique et PTD :

- les places d'hôpital de jour de Médecine adultes sont regroupées sur une seule unité de lieu facilement accessible depuis le nouveau hall ;

- les unités d'hospitalisations conventionnelles sont regroupées par 3 (exceptionnellement par 2) ;
- les activités de soins nécessitant une anesthésie (hors bloc obstétrical) sont réalisées dans le plateau interventionnel qui comprend le bloc opératoire et interventionnel (une salle dédiée à l'imagerie interventionnelle), le bloc obstétrical et une salle de réveil (SSPI) commune pour l'ensemble ;
- la désinfection des endoscopes est centralisée pour l'ensemble du site de Meaux ;
- l'ensemble des activités externes de médecine, chirurgie et psychiatrie sont regroupés sur 4 plateaux correspondant à 4 ailes du bâtiment B ;
- les entités « servantes » (secrétariat médicaux, logistiques, locaux du personnel) mutualisées ;
- les PC médicaux sont regroupés sur un étage du bâtiment B (à l'exception des soins critiques, des urgences et de l'imagerie) ;
- les entités « servantes » (locaux de réunion, lieu de détente) sont mutualisées ;
- l'imagerie médicale est organisée de manière à distinguer un module H24 pour les urgences ;
- les vestiaires primaires du personnel sont mutualisés pour l'ensemble du site (à l'exception du bloc opératoire et des services technique).

Standardisation

Les éléments de standardisation faisant l'objet de recommandations se retrouvent dans le dossier :

- des unités d'hospitalisation complètes de médecine et chirurgie strictement semblables. Elles sont d'une taille standardisée de 28-30 lits et regroupées au minimum par deux ;
- une conception identique pour les chambres de réanimation et de surveillance continue au sein d'une seule et même unité organisée en modules standardisés ;
- un bloc opératoire aux salles polyvalentes dans une organisation modulaire. Les salles de bloc sont de tailles standardisées à l'exception d'une d'entre elles dimensionnée pour accueillir un équipement lourd d'imagerie. Elles sont réparties en deux modules de taille identique.

En revanche, l'ergonomie générale retenue générera des contraintes générales et des flux médicaux importants :

- Absence de plateau chaud : urgences / lits chauds : réa SC SI NV/C/ blocs opératoires / (imagerie - UCA)
- Absence de plateau froid : consultations – explorations / Hdj médecine / dialyse

A priori, à partir des éléments dont la contreexpertise dispose et de ceux disponibles sur le net il semble qu'un tel schéma soit :

- Difficile au regard de la configuration des lieux (altimétrie)
- En écart avec le programme qui impose un étage « interventionnel » pédiatrique et adulte

Principes retenus en matière de développement durable

L'opération décline en matière d'investissement immobilier, les orientations stratégiques de la politique environnementale de l'établissement.

Dans ce cadre, la mise en œuvre des objectifs figurant dans la loi de transition énergétique constitue une orientation prioritaire.

Le projet devra donc à ce titre :

- être plus efficace en terme de consommation énergétique et notamment faire face à la progression permanente et incontournable de la demande d'électricité et de froid dans les bâtiments hospitaliers ;
- conforter l'usage des énergies renouvelables ainsi que leur stockage ;
- permettre une maîtrise de son budget de fonctionnement, d'exploitation et de maintenance.

Les cibles HQE visées par le projet sont respectivement :

- 3 chantier à faible impact environnemental
- 4 énergie
- 5 eau
- 6 déchets d'activité
- 7 maintenance

Pour mémoire, les cibles utilisées dans les plans 7 et 12 étaient :

- 1 relation harmonieuse du bâtiment avec son environnement immédiat
- 2 choix intégré des procédés et produits de construction
- 4 énergie
- 7 maintenance

Au vu et compte tenu des objectifs affichés par la maîtrise d'ouvrage, les cibles 1 et 2 pourraient être ajoutées.

Par ailleurs, l'usage du BIM faciliterait probablement le suivi de ces cibles.

Le dossier prévoit comme aujourd'hui une alimentation par géothermie. L'installation existante devra être préservée et son usage conforté dans la mesure du possible.

Le dossier prévoit également que les choix quant à d'éventuels sur-investissements fassent l'objet d'études spécifiques en coût global afin que le maître d'ouvrage puisse se positionner objectivement.

Les éléments majeurs de recherche d'efficacité reposeront sur l'intégration :

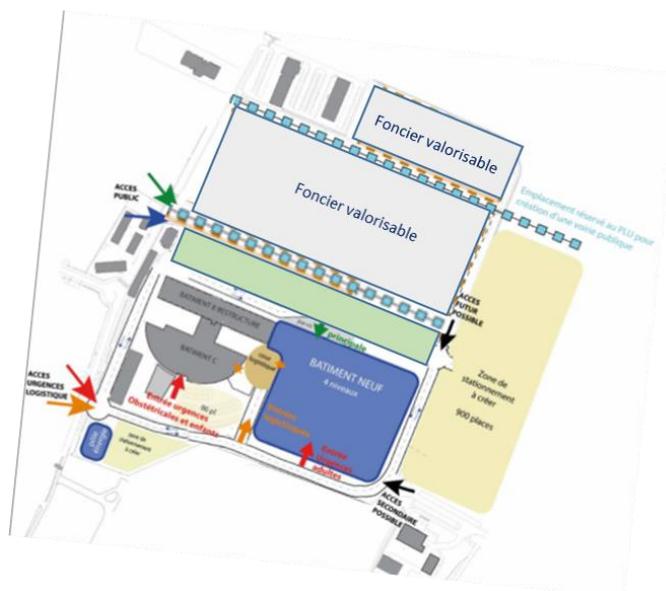
- de comptage et de sous comptage permettant d'assurer un suivi des consommations ;
- la généralisation de la récupération d'énergie, des systèmes de pré-conditionnement de l'air neuf ;
- l'installation de systèmes de suivi des consignes et des niveaux de consommation ;
- la gestion des dépenses énergétiques en fonction des occupations des espaces : coupure de l'éclairage, des systèmes de traitement de l'air ; à ce titre, il est probablement à regretter que le bâtiment B restructuré le soit en fait pas à un strict usage tertiaire. Il sera en effet compte tenu des activités qui y seront regroupées difficile d'envisager un réduit de nuit global et une coupure de l'éclairage.

Enfin, il est à noter que le projet intègre en amont de la conception des dispositifs prenant en compte les problèmes de mobilité du personnel de l'hôpital et de ses usagers

Principes retenus en matière de sûreté et sécurité publique

L'établissement affirme avoir établi une convention avec la police nationale concernant la sécurité du site. Des mesures de réduction des accès et de contrôle de ceux-ci ont été mises en place. Par ailleurs le site de Meaux, implanté dans la ville et dans un quartier résidentiel n'appelle pas de commentaire particulier en matière de sécurité et de sûreté publique.

Figure 8 : Réserve foncière



Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

2.5. Conclusion

Sur la forme les différentes pièces du dossier présentent un niveau d'incohérence qui nuit très fortement à l'analyse. La contreexpertise ne peut être tenue pour responsable d'interprétation et/ou de mésusage de chiffres différents probablement issus d'époques et de rédacteurs différents.

Sur le fond :

- ce projet se trouve être sur la trajectoire de modernisation des ensembles immobiliers du bassin d'attraction après Marne la Vallée et Coulommiers ;
- ce projet a fait l'objet de plusieurs scénarii tant en matière de travaux qu'en matière financière depuis 2009 ;
- il s'agit avant tout d'un projet de modernisation hôtelière et de mise aux normes sécuritaires du bâtiment principal dont la construction date de 1972 ;
- le projet retenu prévoit une construction neuve et la restructuration d'un bâtiment existant ;
- le projet laissera une friche hospitalière « vendable » en centre-ville ; l'enjeu sera la démolition d'un immeuble amianté. Le projet présenté n'intègre pas le fruit de la vente du foncier correspondant ce qui semble en l'état prudent. Il n'est en effet pas acquis que le coût de désamiantage et de déconstruction soit inférieur à la valeur vénale du foncier. Un schéma d'urbanisme plus précis avec les engagements correspondants eut été intéressant ;
- le projet est présenté comme compact. Il conduit néanmoins à une surface globale bâtie au-delà des ratios ; cette situation est très certainement la conséquence du choix : restructuration et construction neuve ;
- le programme présenté utilise des ratios de surface pour les circulations et pour les locaux techniques plutôt généreux. Pour ce qui relève des circulations, c'est sans nul doute le fait de la restructuration et des liaisons inter-bâtiments.
- si les chiffres d'activité chirurgicale sont avérés, le programme de salles de blocs semble particulièrement ambitieux (moyenne de près de 2 000 actes / salle)
- le programme présente une ergonomie générale en écart avec celle des hôpitaux modernes avec notamment l'absence de plateaux chauds et froids regroupés.
- le montant de l'opération conduit à un ratio €/m² supérieur à ceux constatés récemment (la simultanéité avec Paris 2024 peut possiblement générer cet écart). En revanche, ce

chiffre interroge également le principe retenu de restructuration/construction neuve. Il est regrettable que variante n'ait jamais fait l'objet d'une étude sérieuse (en l'état non transmise). Sur le plan financier le projet présente certaines zones grises : financement des opérations tiroirs, montant du poste « autres honoraires », montant de l'actualisation/révision ;

- le phasage est opérationnel mais il n'intègre probablement pas toute la dimension opération tiroirs. Il permet en revanche d'assurer et de garantir la continuité des activités dans un schéma fonctionnel néanmoins quelque peu dégradé.

3. Soutenabilité financière du projet

3.1. Diagnostic financière à fin 2017

Dans le rapport d'évaluation socio-économique préalable,⁸ le diagnostic financier est présenté par établissement fin 2016 avant la fusion en montrant pour les 3 sites des dynamiques positives de rétablissements de situations critiques les 2 dernières années étudiées (2015-2016) :

- le site de Marne la Vallée affiche ainsi fin 2016 des taux de marges brute hors aide élevée (9 %) et un bon niveau de CAF (8 %) sans qu'il soit précisé si c'est une CAF « aidée ». Le résultat, toujours fin 2016 apparaît excédentaire de 7 M€, mais avec « *un niveau d'endettement très élevé* » et « *un ralentissement de la dynamique d'activité suite à l'atténuation de l'effet lié au nouvel hôpital* ». Ce qui est à retenir pour l'analyse de la trajectoire financière du GHEF ;
- pour le Site de Meaux, les résultats à l'équilibre « *sont difficiles à interpréter* » et il n'est fait aucune mention des taux de marge brute ou de CAF ;
- enfin pour le site de Coulommiers, un léger déficit est indiqué pour 2016 sans qu'à nouveau ne soit fait de mention des taux de marge brute ou de CAF.

Pour l'exercice budgétaire 2017, Le rapport cite le résultat excédentaire du compte de résultat principal du GHEF à hauteur de 2,2 M€ et un taux d'endettement inférieur à 50%. Le centre hospitalier disposerait d'un fonds de roulement de 172 M€ avec une trésorerie excédentaire de 106 M€.

Ces analyses partielles et datées sont insuffisantes pour construire un réel diagnostic financier préalable de la situation financière du GHEF avant mesure des impacts financiers du projet étudié. L'analyse du compte financier 2017 a permis de compléter le diagnostic avec notamment les évolutions de marge brute et de CAF au niveau du GHEF, la mesure de l'évolution des recettes (principalement produits T2A) et des charges (principalement du titre 1 charges de personnel).

L'analyse de la gestion 2017 permet d'abord d'actualiser les valeurs bilantielles, ce qui est d'autant plus utile qu'une partie de l'autofinancement vient de la mobilisation du fonds de roulement. Le bilan financier construit à la clôture du dernier exercice connu affiche effectivement :

- un fonds de roulement global de plus de 175 M€ supérieur au montant retenu dans le rapport d'évaluation socioéconomique⁹ grâce à un nouvel apport de 7,8 M€ en 2017;
- des provisions pour plus de 137 M€ et un « effet » résultat de plus de 30M€ (somme du résultat de l'exercice 2017 et des reports à nouveau excédentaires ou déficitaires) :

⁸ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 § 4.1.1 : *présentation de la situation financière des établissements du GHEF*

⁹ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 § 4.4.1 : *mobilisation du fonds de roulement*

Tableau 13 : Fonds de roulement 2017

BIENS	2017	FINANCEMENTS	2017
Biens stables		Financements stables	
Immobilisations incorporelles	15 393 239	Apports	43 229 354
		Excédents affectés à l'investissement	35 811 952
Immobilisations corporelles brutes :		Amortissements (total)	<u>299 774 018</u>
- Terrains	13 959 643	- Immobilisations incorporelles	9 930 216
- Constructions	460 109 039	- Terrains (agencements, aménagements)	1 985 078
- Installations techn. matériel, outill. industr.	95 035 941	- Constructions	180 293 999
- Autres immobilisations corporelles	44 242 122	- Installations techn., matériel, outillage	69 007 549
Immobilisations corporelles en cours	5 509 888	- Autres	38 557 176
Immobilisations affectées et reçues		Subventions d'investissements	11 817 885
Immobilisations financières	1 321 313		
		Dettes financières (à long terme)	231 799 977
Charges à répartir		Dépréciation des immobilisations	
		Droits de l'affectant	
TOTAL II	635 571 185	TOTAL I	622 433 186
Fonds de roulement d'investissement négatif (II - I)	13 137 999	Fonds de roulement d'investissement positif (I - II)	
Actifs stables d'exploitation		Financements stables d'exploitation	
Créances article. 58	3 876 081	Réserve de trésorerie	9 219 530
Créances sur l'Etat (secteur psy)		Réserves de compensation	1 285 991
		Résultat de l'exercice	1 656 028
		Reports à nouveau excédentaires	30 837 327
		Provisions réglementées	122 076 966
		Report à nouveau déficitaire (signe -)	-2 375 511
		Provisions pour risques et charges	15 582 533
		Dépréciation stocks, créances, cptes financiers	14 558 042
TOTAL IV	3 876 081	TOTAL III	192 840 906
Fonds de roulement d'exploitation négatif (IV - III)		Fonds de roulement d'exploitation positif (III - IV)	188 964 825
Fonds de roulement net global négatif		Fonds de roulement net global positif	175 826 826

Source : Bilan financier 2017

Un besoin en fonds de roulement (BFR) de 72,5 M€ au lieu des 66,1 M€ retenu dans le rapport d'évaluation socioéconomique :

Tableau 14 : Besoin en Fonds de roulement 2017

Valeurs d'exploitation		Dettes d'exploitation	
Stocks	11 394 108	Avances reçues	2 875 658
Hospitalisés et consultants (valeur brute)	18 759 952	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	24 230 016
Caisse pivot (hors article 58)	1 800 789	Dettes fiscales et sociales	15 024 692
Autres tiers payants	40 256 843	Dettes diverses d'exploitation	
Créances admises en non valeur		Dettes sur immobilisations	4 506 911
Autres débiteurs	48 993 830	Produits constatés d'avance	4 265 179
		Autres	2 608 226
Charges constatées d'avance	1 646 784	Recettes à classer	5 370 639
Dépenses à classer	8 606 953		
TOTAL VI	131 459 259	TOTAL V	58 881 321
Besoin en fonds de roulement (VI - V)	72 577 938	Excédent de financement (V - VI)	

Source : Bilan financier 2017

Le BFR est plus important puisque les délais de paiement des fournisseurs d'exploitation sont de près de 77 jours. Si on ramène le montant des dettes fournisseurs au délai réglementaire de 50 jours, le besoin en fonds de roulement serait de 81 M€ à la clôture de l'exercice 2017 soit 67,5 jours d'exploitation courante.

Une trésorerie¹⁰ ramenée à 94,8 M€ (au lieu de 106,4 M€ montant retenu dans le rapport socio-économique) ce qui représente 79 jours d'exploitation courante :

Tableau 15 : Trésorerie 2017 après correction des dettes fournisseurs

Liquidités			Financements à court terme		
Valeurs mobilières de placement	11 877 593				
Disponibilités	84 315 507		Fonds déposés par hospitalisés et hébergés	165 128	
			Intérêts courus	1 241 241	
			Ligne de trésorerie		
			Autres SC classe 5		
TOTAL VIII	96 193 100		TOTAL VII	1 406 369	
Trésorerie positive (VIII - VII)	94 786 731		Trésorerie négative (VII - VIII)		

Source : Bilan financier 2017

L'analyse du compte financier 2017 permet ensuite de vérifier la performance financière du cycle d'exploitation après la fusion:

Tableau 16 : Analyse du compte financier

PRODUITS D'EXPLOITATION		460 463 370
CHARGES D'EXPLOITATION		462 352 366
RESULTAT D'EXPLOITATION		-1 888 996
PRODUITS FINANCIERS		338 282
CHARGES FINANCIÈRES		8 154 748
RESULTAT FINANCIER		-7 816 466
RESULTAT COURANT		-9 705 462
PRODUITS EXCEPTIONNELS (montant total à saisir)		38 627 007
<i>dont reprises sur provisions pour renouvellement des immobilisations</i>		22 577 341
CHARGES EXCEPTIONNELLES (montant total à saisir)		27 265 517
RESULTAT EXCEPTIONNEL		11 361 490
RESULTAT		1 656 028

Source : Compte résultat consolidé 2017

Le résultat 2017 du GHEF est bien excédentaire de 1,65 M€, solde positif du au résultat exceptionnel (effet provisions réglementées cumulé aux produits T2A rattaché aux exercices antérieurs). Mais le résultat de l'activité principale est inférieur à ce qui était annoncé : il est excédentaire de +1,5 M€ et non pas de 2,2 M€ alors qu'il était mentionné « *Le GHEF a poursuivi ces efforts sur les « établissements en 2016 et 2017, où l'établissement du GHEF, issu de la fusion des CH de Marne-la-Vallée, de Meaux, et de Coulommiers au 1^{er} janvier 2017 affiche un résultat excédentaire de 2,2 M€ sur le budget principal* ¹¹ ».

Pour le GHEF, la capacité d'autofinancement 2017 est de 36,2 M€ (taux de 7,9 %) supérieure à la prévision grâce aux rattachements des produits antérieurs dont plus de 6 millions de produits hors Assurance Maladie. (Il reste possible d'envoyer, durant une période de 2 années, via une

¹⁰ En incluant les valeurs mobilières de placement (un peu moins de 12 M€) car dans le rapport il n'en est jamais fait mention.

¹¹ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 § 4.1.1 page 110.

procédure réglementaire strict, des informations médicales relatives à l'activité de l'année N : procédure « lambda »). Mais la marge brute est en retrait à 35 M€ : - 1,6 M€ par rapport à la prévision (7,6 % contre 7,87 % prévu) et l'analyse des produits T2A (activité principale) montre un tassement par rapport à la prévision retenue dans le PGFP initial¹²

Tableau 17 : Produits T2A (euros)

Produits T2A	<i>PGFP - copermo mars 2018 "Prévu 2017"</i>	Compte financier Réalisé 2017	variation
Tarification séjours	202 203 467	201 744 978	-458 489
Médicaments facturés en sus	11 761 703	11 075 714	-685 989
Ddispositifs médicaux facturés en sus	4 986 663	4 973 410	-13 253
Part activité SSR	1 014 898	1 012 461	-2 437
Activités externes	25 707 535	25 413 636	-293 899
Produits exercices antérieurs (AM)	1 942 529	1 942 529	0
TOTAL	247 616 795	246 162 728	-1 454 067

Source : Document 14- PGFP Copermo – 23 aout 2018

Il faut rappeler que la trajectoire proposée est adossée sur une progression linéaire des recettes dont les produits liés à l'activité. Ce tassement observé des 2017 est une alerte.

Il est intéressant de relever que sur le document « EPRD 2018 », l'établissement avait déjà revu à la baisse ses prévisions sur les produits liés à la tarification des séjours, baisse finalement trop importante par rapport au réalisé (supra).

Tableau 18 : Produits T2A(euros)

Produits T2A	<i>Annexe financière au rapport "Prévu 2017"</i>	<i>EPRD 2018 colonne "Anticipé 2017"</i>	<i>différence de prévision</i>
Tarification séjours	202 203 467	198 653 927	-3 549 540
Médicaments facturés en sus	11 761 703	12 389 648	627 945
Ddispositifs médicaux facturés en sus	4 986 663	5 767 527	780 864
Part activité SSR	1 014 898	1 174 417	159 519
Activités externes	25 707 535	25 666 761	-40 774
Produits exercices antérieurs (AM)	1 942 529	350 000	-1 592 529
TOTAL	247 616 795	244 002 279	-3 614 516

Source : Document 14- PGFP Copermo – 23 aout 2018

Pour les charges, en se cantonnant à l'activité principale, la maîtrise des charges est réelle comme l'illustre le tableau qui suit :

¹² Document 14- PGFP Copermo – 23 aout 2018

Tableau 19 : Evolution des charges 2017-2018

	PGFP - copermo mars 2018 "Prévu 2017"	EPRD 2018 "anticipé 2017"	Compte financier 2017	différence/ PGFP mars 2018 (rapport)	différence/ EPRD 2018
Titre 1 - Charges de personnel	295 582 514	294 622 523	295 582 514	0	959 991
Titre 2 - Charges à caractère médical	84 824 753	83 383 801	83 900 177	-924 576	516 376
Titre 3 - Charges générales	41 307 940	43 232 091	41 118 627	-189 313	-2 113 464
				-1 113 889	-637 097

Source : Contre-expertise

A la date de rédaction de la contre-expertise, une information sur la tendance observée sur ces mêmes données pour 2018 serait précieuse. D'autant que le 1^{er} rapport infra annuel arrêté à fin septembre et incluant la projection annuelle à fin 2018 et les prévisions d'« atterrissage » de l'exercice budgétaire 2018 doivent être arrêtés par l'établissement et transmis à l'ARS pour le 15 novembre prochain.

3.2. La trajectoire financière

L'établissement, accompagné par l'ARS, souhaite mettre en œuvre un ambitieux programme de modernisation du site de Meaux avec la construction d'un nouveau bâtiment principal plus une réutilisation du parc immobilier actuel.

Le programme d'investissement

Le coût de l'opération est de 169 M€ TDF VF hors foncier (174M€ avec options (EFS et médecine nucléaire) Les décaissements prévisionnels (en millions d'€) seront les plus lourds sur les 3 exercices 2022, 2023 et 2024 :

Tableau 20 : décaissements prévisionnels (en millions d'€)

2019	2,1
2020	5,2
2021	15,5
2022	37,7
2023	30,1
2024	41,4
2025	16,5
2026	20,4

Source : Rapport d'évaluation socio-économique préalable

Cette opération s'inscrit dans le programme pluriannuel d'investissement du PGFP du GHEF qui comprend aussi des investissements courants « à un niveau minimum incompressible » de 9 M€ en 2018, 14,5 M€ (réponse de l'établissement qui corrige le rapport page 129) pour 2019 et 2020 puis 10 M€ /an et 15 M€ à partir de 2026.

Enfin, l'autre opération majeure est la reconstruction du site de Coulommiers pour un montant de 26 M€ étalée de 2018 à 2020. Soit un investissement total de près de 300 M€ sur la période.

Le plan de financement

Le plan de financement du projet¹³ tel qu'il figure dans le PGFP proposé bénéficie d'une aide de 50 M€. Les autres ressources affectées au financement de la reconfiguration du site de Meaux sont les suivantes : un autofinancement de 28,1 M€ (produits : + 22,5 M€, charges : - 5,6 M€), un emprunt à hauteur de 25 M€, une reprise sur la trésorerie : à hauteur de 22 M€, plus des produits des cessions d'actifs pour 28 M€, soit :

- 29,6 % de soutien (suites plan hôpital 2017 et aides régionales),
- 55,6 % d'autofinancement (dont 13 % de reprise sur la trésorerie disponible et 16,5 % de cession d'actifs)
- Et 14,8 % d'endettement

Dans la trajectoire financière proposée, le tableau de financement simplifié du PGFP propose cet équilibre :

Tableau 21 : Tableau de financement simplifié 2018-2026

Remboursement dette	123 962	260 297	CAF
Programme d'investissement	297 719	25 000	Emprunts
		28 200	Cessions
		108 184	Prélèvement sur le fonds de roulement
TOTAL	421 681	421 681	TOTAL

Source : PGFP Copermo 23 aout 2018

La CAF reprise dans le PGFP est principalement constituée sur la période par les aides à l'investissement nationales et régionales (169,7 M€) soit une moyenne de plus de 20 M€/an avant l'ouverture du nouveau site. La CAF résultante non aidée représente donc un peu plus de 90 M€ sur la même période.

Compte tenu de l'antériorité des aides nationales et régionales, le prélèvement sur le fond de roulement est principalement constitué grâce à ces aides :

Tableau 22 : Tableau de financement simplifié et détaillé 2018-2026

Remboursement dette	123 962	90 622	CAF hors aide investissement
		169 675	AC et FIR investissement
programme d'investissement	297 719	25 000	Emprunts
<i>dont reconfiguration site de Meaux copermo</i>	<i>169 219</i>	28 200	Cessions
		108 184	Prélèvement sur le fonds de roulement
TOTAL	421 681	421 681	TOTAL

Source : PGFP Copermo 23 aout 2018

Ainsi, le projet de reconfiguration du site de Meaux- Saint Faron doit bénéficier de 4 sources de financement :

Les 3 premières : les aides régionales et nationales, les cessions d'actifs et l'endettement complémentaire nécessaires peuvent être considérées comme faisant partie des éléments de solidité du projet présenté par le GHEF. La mobilisation de l'autofinancement nécessaire s'avère

¹³ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 - tableau page 131 /141

réaliste pour la partie « mobilisation du fonds de roulement » mais moins sur les 28,1 M€ de ressources à dégager sur l'exploitation.

- Les éléments de solidité de la trajectoire :

Le PGFP (2018-2016) affiche ces éléments de solidités :

Les financements externes :

Le montant total des aides nationales et régionales est équivalent au coût du projet de reconstruction du site de Meaux et représente 40% de la totalité des emplois du tableau de financement 2018-2026.

L'endettement est maîtrisé : l'établissement n'envisage « que » 25 M€ d'emprunts nouveaux et les ratios restent tous et tout au long de la trajectoire proposée en dessous des critères prévus par le décret de 2011 : taux de dépendance financière en dessous du seuil des 50%, durée apparente de la dette inférieure à 10 ans et encours de la dette inférieur à 30% des produits.

Les cessions d'actifs apparaissent comme consolidées ; Le rapport explique que « *la cession du site d'Orgemont à hauteur de 26,3M€... est entrée en négociation exclusive* ». Des ventes pour près de 15M€ et qui ne sont pas intégrées dans le plan de financement sont « espérées » : cela concerne le bâtiment « A » vendu à déconstruire pour 6,7M€, le bâtiment psychiatrie vendu à déconstruire pour 6,2 M € et enfin le pavillon de la DRH vendu à déconstruire pour près de 2 M€.

La reprise sur le fonds de roulement :

Il a été relevé (supra) un fonds de roulement de plus de 175 M€ (146 jours d'exploitation courantes) en début d'exercice 2018 après un nouvel abondement de près de 8 M€ en 2017. Cette valeur est au-delà du 8eme décile des établissements comparables (source Hospi Diag). Le plan de trésorerie communiqué par l'établissement affiche un niveau de trésorerie souvent supérieur à 100 M€ (ce qui représente près de 85 jours de charges courantes du GHEF) depuis le début de l'exercice 2018 :

Tableau 23 : Solde compte au trésor

31/12/2017	92 728 567
31/01/2018	104 369 282
28/02/2018	121 373 124
31/03/2018	111 631 085
30/04/2018	104 637 268
31/05/2018	107 749 037
30/06/2018	102 387 855
31/07/2018	98 692 292
31/08/2018	97 651 398
30/09/2018	105 705 899

La trésorerie disponible permet ainsi de réelles marges de manœuvre (111 M€ de reprise sur le fonds de roulement de 2018 à 2026) :

Le fonds de roulement de sécurité cible est valorisé à partir de 2026 à 64,5 M€ soit 54/56 jours d'exploitation courantes. Le besoin en fonds de roulement (BFR) qui est valorisé (fin 2017) à 81 M€ (67,6 jours) est également au-delà du 8eme décile des établissements de sa catégorie (source Hospi Diag). Les valeurs cibles du BFR à partir de 2026 sont de 35 jours d'exploitation courante conformes aux médianes habituelles.

Cette reprise sur la trésorerie (valeurs 2017 corrigées) conduirait à une trésorerie d'un peu plus de 20 jours d'exploitation courante (25M€)¹⁴ après l'ouverture du nouveau site, ce qui est acceptable :

Tableau 24 : Variation BFR – Trésorerie 2017-2026

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	VARIATION 2026/2017	VARIATION 2026/2020
FRNG	175,5	170,8	185,9	166,2	160	154,6	128,7	93,1	82,3	64,3	-111,2	-121,6
BFR	81	64,6	51,1	49,6	48,1	46,5	45	43,4	41,8	42	-39	-9,1
Trésorerie	94,5	106,2	134,8	116,6	111,9	108,1	83,7	49,7	40,5	22,3	-72,2	-112,5

Source : rapport d'évaluation socioéconomique page 132

On peut se demander pourquoi cette optimisation du besoin en fonds de roulement n'a pas été déjà initiée des 2018 :

Il est mentionné dans le rapport que « La Trésorerie de Lagny (Marne-la-Vallée) n'optimise pas les délais de paiement en ne mettant pas en œuvre la possibilité légale de payer à 50 jours »... qu'« il reste des marges de manœuvre tant sur la gestion des stocks pour 2 M€ que sur le délai de paiement des fournisseurs à hauteur de 10 M¹⁵ » Il est utile de rappeler que la rationalisation (réduction) des délais de paiement des fournisseurs consommera de la trésorerie et augmentera le BFR (supra)

Autres éléments de solidité

Des autres gains d'efficacité qui n'apparaissent pas sur estimés comme la facturation des chambres particulières (+ 470 K€) et du nouveau parking (465 K€) en 2026 font aussi partie des éléments de solidité.

Enfin, des provisions consolidées (provisions pour renouvellement des immobilisations pour 121 M€) figurent au bilan avant le démarrage de l'opération.

- Les Points de fragilité de la trajectoire

Si la CAF nette (aidée) s'affiche nettement positive tout au long du plan (niveau le plus bas en 2020 à + 8,5 M€) un point de fragilité réside dans la marge brute initiale hors aide qui est de 3,1 % en situation d'écart avec les taux habituels pour ce type d'établissement (au-delà de 5 %)

Les coûts d'exploitation du bâtiment ont été évalués et intégrés au RSI surtout marqué par des mesures d'efficacité (titre 2 et titre 3 en charges) liées à la transformation du capacitaire (réduction de près de 50 lits et - 19 000 m² des SDO exploitées) : une évolution de la masse salariale contenue (tendanciel a +1 %) aidée par les réorganisations dans le cadre des projets de pôles et une réduction des charges de personnel de -50 ETP soit 2 M€ à horizon 2026.

Le scénario économique proposé consiste à montrer que le GHEF atteindra un taux de marge brute de presque 7 % en 2026 comprenant des aides ramenées à 4 M€. Pour autant la marge brute ne permet pas de couvrir la charge de la dette et les charges d'amortissements. Le scénario repris dans le PGFP consistant à procéder à des reprises sur les provisions constituées pour équilibrer le cycle d'exploitation.

La marge brute de 2026 (31,6 M€) sera ainsi en repli par rapport à celle de 2018 (34,6 M€) mais avec une extinction presque complète des aides nationales et régionales : la marge brute hors

¹⁴ En 2016, elle n'est que de 22,3 (tableau suivant) mais est bien à 25 ensuite.

¹⁵ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 - 4.4.1 - mobilisation de l'autofinancement page 133.

aides financières passant de 13,7 M€ (2018) à 27,6 M€ (2026) grâce au retour sur investissement qui permettrait de faire progresser la marge de 14 M€.

Cette progression de la marge brute est adossée à des hypothèses ambitieuses de gains d'efficience: « *Le GHEF prévoit la mise en œuvre d'un plan d'action qui devrait générer 28,1 M€ de retour sur investissements d'ici à 2026, et qui repose principalement sur des recettes supplémentaires* »^{16,*}

Tableau 25 : Synthèse des gains liés au projet d'investissement

	Avant la mise en service (2025)	Après la mise en service (2026-)
Total charges d'exploitation	-2 796 170	-2 800 000
Total produits d'exploitation	12 799 830	9 735 000
Evaluation des gains nets en M€ en exploitation	15 596 000	12 535 000

Source : Rapport d'évaluation socio-économique p.111

La constitution du RSI a été détaillée dans le rapport (mise en œuvre des projets de pôles et impact de la mise en œuvre du nouveau bâtiment page 110 à 119) et dans les annexes fournies au dossier et constitue un engagement à réaliser de la part de l'établissement :

Une évolution de l'activité de + 0,9 % en moyenne annuelle (amélioration progressive de l'IPDMS de certains pôles, amélioration du codage cité pour plusieurs pôles). Il est ainsi prévu 13,2 M€ de recettes supplémentaires entre 2019 et 2024 (rapport p.112) simplement lié à l'amélioration de l'IPDMS. Plus 8.8 M€ à l'ouverture en 2026. Soit +6 160 séjours de plus (2019-2024) et +4 600 jours en 2026. Comme vu précédemment, le compte financier 2017 montre des produits liés à l'activité MCO en retrait par rapport à la prévision initiale (-1,4 M€ dont - 458 K€ sur la tarification des séjours et - 294 K€ sur l'activité externe). La dynamique observée n'est donc pas rassurante. Pour maintenir l'équilibre proposé les produits T2A doivent déjà progresser de 1,8 % en 2018.

Si l'hypothèse macro-économique peut paraître réaliste, celle-ci devrait être déflatée à titre prudentiel des baisses moyennes de tarifs constatées depuis quelques années.

Une forte progression des produits d'activité est ensuite prévue à l'ouverture du nouveau bâtiment : +3,31 % de produits T2A en 2026. En parallèle aucune augmentation du coût de la masse salariale en 2024 et 2025, ni de 2027 à 2029 après la mise en service du nouveau bâtiment !

Comme le souligne en conclusion l'ARS : « *Si les mesures d'efficience proposées paraissent crédibles, il faut cependant noter la part très importante réalisée sur les recettes.* »¹⁷

Sur la partie dépenses, l'évolution de la masse salariale (budget principal) pour 2018 est quasi nulle (+0,03%) « *sous l'effet cumulé du GVT et de diverses mesures d'économies d'échelle permises par la fusion, la maîtrise des moyens de remplacement et une retenue au titre du rétablissement du jour de carence évaluée à 500K€*¹⁸ » mais compte tenu du résultat de l'exercice 2017, un rattrapage est rendu indispensable pour maintenir les équilibres initiaux (supra).

A nouveau, le 1er rapport infra annuel qui doit être transmis à l'ARS pour le 15 novembre prochain serait très utile pour vérifier, déjà sur 2018, le respect de ces engagements sur la maîtrise de l'évolution du coût de la masse salariale.

¹⁶ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018, §4.1.2 – synthèse des gains (retour sur investissements) page 110

¹⁷ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 §7 avis général de l'ARS

¹⁸ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 - 4.1.3 charges du titre 1 page 123

3.3. Conclusion

Le dossier présenté est étayé par un retour sur investissement basé sur des efforts importants de restructuration. Ce RSI permet une économie des charges de fonctionnement de 6 M€ mais surtout des recettes supplémentaires à hauteur de 22 M€ dont près de 9 M€ à l'ouverture du nouveau site en 2026.

Il est noté : « *Concernant l'évolution des recettes, le tendancier d'évolution de l'activité retenu reste prudent mais intègre une hypothèse de montée en charge très rapide de l'établissement à l'entrée dans le Nouvel Hôpital en matière d'efficience de l'hospitalisation (forte amélioration des IP-DMS)* ». ¹⁹

Cette hypothèse est très volontariste et les rédacteurs du dossier présenté en sont conscients : « *Cette montée en charge pourrait se faire de manière plus étalée dans le temps, ce qui impliquerait une amélioration plus progressive de la trajectoire financière à partir de 2019, et notamment du taux de marge de brute, mais sans risque majeur de soutenabilité et/ou de trésorerie pour l'établissement* » ²⁰.

Cela supposera d'être suivi au plus près puisque la dynamique des recettes et des dépenses principales retenues dans le PGFP est- par construction - la condition de l'amélioration de la marge brute.

Si on ramène les gains prévus en 2026 à -20 ETP (au lieu des 50,8 prévus) soit - 1,2M€ tout en retenant une évolution des produits T2A limitée à 2 % en 2026 (soit -3,5 M€ à partir de 2026), le taux de marge brute (activité principale) baisse de 1 point : marge brute avant aides : 5,11 % et marge brute avec intégralité des aides financières : de 5,94 % (2026) à 5,27 % (2029). La trésorerie nette ne représenterait plus que 10 à 11 jours d'exploitation courante en 2026 puis tendra progressivement vers une **trésorerie négative** en 2029 /2030 !

En synthèse, si l'opération était lancée compte tenu du niveau des aides garanties pendant 8 ans, du fond de roulement existant, des cessions d'actifs, d'un recours mesuré et acceptable à l'endettement et de la montée en charge progressive du RSI sur 8 ans, cet avis favorable devrait s'accompagner de fortes recommandations. Eu égard à la période existant entre ces évaluations avant-projet et la réception de l'ouvrage une prudence s'impose : Au vu de l'importance du RSI dans l'économie générale du projet, son actualisation et son suivi devraient être contractualisés entre l'établissement et l'ARS. Une évaluation annuelle est indispensable dès la fin de l'exercice en cours avec la mise en œuvre des plans d'actions correctifs si des situations d'écarts venaient à être constatées entre 2018 et 2025 puis à l'ouverture du nouveau site en 2026 ; principalement sur la progression attendue des produits liés à l'activité et la maîtrise du coûts de la masse salariale.

Les options quant à l'extinction de l'aide évoquée à compter de 2026 devront alors être confirmées...ou infirmées. Sinon « *le GHEF pourra également procéder à un emprunt pour résoudre un problème temporaire hon structurel* » ²¹

¹⁹ Rapport d'évaluation socio-économique p.135.

²⁰ Rapport d'évaluation socio-économique : GHEF Site de Meaux Septembre 2018 page 135

²¹ Rapport d'évaluation socio-économique préalable p.135

4. Conclusion générale

4.1. Le contexte

Le projet qui est soumis à la contreexpertise se trouve être sur la trajectoire de modernisation des ensembles immobiliers hospitaliers du bassin d'attraction après Marne la Vallée et Coulommiers qui sont tous les trois depuis 2013 en direction commune, puis en GHT depuis 2017. Les projets de Marne La Vallée et de Coulommiers représentaient un investissement de 300 M€. Avec l'opération de Meaux Saint Faron l'investissement sur le GHT nouvellement constitué représentera globalement un montant global d'investissement de près de 470 M€.

Ce projet de Meaux Saint Faron a fait l'objet de plusieurs scénarii tant en matière de travaux qu'en matière financière depuis 2009.

Il s'agit avant tout d'un projet de modernisation hôtelière et de mise aux normes sécuritaires du bâtiment principal dont la construction date de 1972.

4.2. La situation financière

A la clôture de l'exercice 2017, elle apparaît compatible au financement du projet : le résultat 2017 est excédentaire sans report à nouveau déficitaire. Les taux de CAF et de marge brute sont supérieurs à 7% grâce aux aides nationales et régionales dont bénéficie l'établissement. La CAF nette est positive de plus de 20 M€.

Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations alimentent logiquement un fonds de roulement valorisé à plus de 175 M€ après un nouvel abondement en 2017. Le plan de trésorerie confirme un niveau de trésorerie structurellement supérieur à 100 M€ depuis le début de l'exercice 2018.

A partir de cette situation favorable enregistrée début 2018, la trajectoire financière proposée affiche de réels éléments de solidités :

- les aides nationales et régionales programmées pendant la période 2018-2026 représentent le coût exact du projet de reconstruction du site de Meaux soit 40% de la totalité des emplois du tableau de financement de la même période. La CAF nette (aidée) s'affiche nettement positive tout au long du plan ;
- compte tenu de l'optimisation possible du besoin en fonds de roulement la reprise sur la trésorerie conduirait, en fin d'opération, à des liquidités représentant un peu plus de 20 jours d'exploitation courante, ce qui est acceptable ;
- les cessions d'actifs apparaissent consolidées et l'endettement est maîtrisé : l'établissement programme 25 M€ d'emprunts nouveaux en 2019 ; Les ratios d'endettement resteraient ainsi inférieurs aux critères prévus par le décret de 2011 ce qui autoriserait une possibilité d'endettement complémentaire en cas de difficulté conjoncturelle.

Un point de fragilité réside néanmoins dans la marge brute initiale hors aide en situation d'écart avec les taux habituels pour ce type d'établissement. La progression affichée de la marge brute, adossée à des hypothèses ambitieuses de gains d'efficience, ne permet pas de couvrir la charge

de la dette et les charges d'amortissements, le scénario repris dans le PGFP consistant à procéder à des reprises sur les provisions constituées pour équilibrer le cycle d'exploitation.

Au vu de l'importance du RSI dans l'économie générale du projet, son actualisation et son suivi devraient être impérativement contractualisés entre l'établissement et l'ARS. Si les gains d'efficacité étaient en effet revus à la baisse, l'alternative entre la poursuite du versement des aides à compter de 2026 ou un endettement complémentaire serait alors d'actualité.

4.3. La fonctionnalité du nouvel ensemble

Le projet retenu prévoit une construction neuve et la restructuration d'un bâtiment existant ; ce choix architectural génère un impact majeur sur la fonctionnalité générale du nouvel ensemble.

Le projet laissera une friche hospitalière « vendable » en centre-ville ; l'enjeu sera la démolition d'un immeuble amianté. Le projet présenté n'intègre pas le fruit de la vente du foncier correspondant ce qui semble en l'état prudent. Il n'est en effet pas acquis que le coût de désamiantage et de déconstruction soit inférieur à la valeur vénale du foncier. Un schéma d'urbanisme plus précis avec les engagements correspondants eut été intéressant.

Le programme présente une ergonomie générale en écart avec celle des hôpitaux modernes avec notamment l'absence de plateaux chaud et froid intégrés. Les liaisons verticales ont été privilégiées notamment pour le plateau chaud ; le plateau froid est relié à l'imagerie par une série de circulations horizontales et verticales. Le projet architectural devrait mieux assurer le rapprochement de ces différents plateaux.

4.4. Le dimensionnement du nouvel ensemble

Le dimensionnement des unités au regard du nombre de journées réalisées en conventionnel est adapté. En revanche, le dimensionnement de l'unité d'ambulatoire pour la chirurgie, comme celui de l'unité d'hôpital de jour pour la médecine et des blocs opératoires qui reposent sur des prévisions sujettes à caution mériteront d'être reconsidérées sur la base de chiffres définitifs d'activité avérés.

Pour ce qui relève spécifiquement du bloc opératoire, un effort peu réaliste de productivité est nécessaire ; il est probable que le nombre de salles ciblé à 6 soit sous-dimensionné. Sur la base de 12 000 actes par an, une proposition à 9 salles semble plus réaliste considérant un taux d'activité ambulatoire à 66%. Le nombre de postes de SSPI sera à corriger en conséquence.

Le projet est présenté comme compact. Il conduit néanmoins à une surface globale bâtie au-delà des ratios ; cette situation est très certainement la conséquence du choix : restructuration et construction neuve. Le programme qui est présenté utilise des ratios de surface pour les circulations et pour les locaux techniques plutôt généreux. Pour ce qui relève des circulations, c'est sans nul doute le fait de la restructuration et des liaisons inter-bâtiments. Si cette situation nuit à l'efficacité globale du dispositif, elle nuit également fortement à sa lisibilité et à son ergonomie pour le patient.

4.5. Les impacts du dimensionnement du projet sur les ressources humaines

Le dimensionnement des équipes paramédicales quant aux nouvelles capacités lits doit être réévalué sur plusieurs secteurs normés et non normés et ce au regard des normes nationales pour certains secteurs normés mais également pour les secteurs de médecine spécialisés et polyvalents afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins aux patients. Ce point fait l'objet d'une déclinaison précise dans le rapport.

Au regard des chiffres secteur par secteur proposés ci-dessus, la contreexpertise évalue le total d'ETP issu du travail sur l'efficacité à moins de 27 ETP et ce sans tenir compte des secteurs

urgence, bloc opératoire et anesthésie, secteurs pour lesquels le dimensionnement humain doit être revu à la hausse au regard de leurs fonctionnements précis, en tenant compte notamment de l'augmentation du nombre de salles pour le bloc opératoire compatible avec l'activité et du nombre de box pour les urgences.

On tend, de fait, plus vers une efficacité en effectif para médicaux sur les secteurs décrits d'environ 800 000 € à comparer aux 2M € du dossier.

Il est noté également que les gains proposés en personnel par rapport aux effectifs actuels portent uniquement sur les paramédicaux des secteurs de soins et médicotechniques. En effet, aucune efficacité n'est proposée sur les effectifs dits « administratifs, logistiques et autres » puisque le total de ces effectifs reste après projet à 532,6 ETP. A titre d'exemple, le regroupement des activités de secrétariat comme précisé dans le projet aurait dû pouvoir afficher avec leur mutualisation une certaine efficacité en moyens humains. Des études menées sur ces secteurs qui vont devoir se réorganiser, devraient aboutir à une efficacité complémentaire.

En conclusion, l'efficacité envisagée de près de 51 ETP paramédicaux est optimiste ; elle pourra difficilement se réaliser dans le respect d'une qualité, d'une sécurité des soins aux patients, et de conditions de travail acceptables.

4.6. La gouvernance

Le nouveau schéma capacitaire qui prévoit sur l'ensemble des secteurs fonctionnels une plus grande mutualisation semble partagé sur le principe. Afin qu'il soit réellement opérationnel au quotidien avec des équipes soignantes compétentes dans plusieurs domaines, il doit faire l'objet d'un réel accompagnement au changement.

Une équipe projet, composée des différentes composantes administrative, médicale, paramédicale doit se mettre en place dès aujourd'hui. Elle accompagnera la dynamique de groupes médico-paramédicaux et administratifs et ce pour le projet durant sa phase de construction (en particulier la phase études), afin de préparer au mieux l'ouverture du nouveau bâtiment. Cette équipe projet reconnue et légitimée par les différentes instances est indispensable, en particulier par celle de la CSIRMT qui n'apparaît pas à ce jour dans le processus décisionnel.

4.7. Le projet

Le phasage du projet apparaît opérationnel même s'il n'intègre probablement pas toute la dimension opérations tiroirs. Il permet d'assurer et de garantir la continuité des activités dans un schéma fonctionnel réel, sans doute néanmoins quelque peu dégradé.

Sur le plan financier le projet présente certaines zones grises : le financement des opérations tiroirs (voir le chapitre phasage) ; le montant du poste « autres honoraires » ; le montant de l'actualisation/révision.

Dans sa logique administrative, le planning d'opération présenté est particulièrement volontariste avec et, à titre d'illustration, des chevauchements de tâches (APD-PRO-ACT) inusuels.

L'analyse fait apparaître que l'ensemble des postes de dépenses ont bien été pris en compte.

Le montant de l'opération conduit à un ratio €/m² supérieur à ceux constatés récemment ; la simultanéité avec Paris 2024 peut possiblement générer cet écart.

En revanche, ce chiffre interroge lui aussi le principe retenu de restructuration/construction neuve. Il est regrettable que la variante reconstruction pavillons A et B n'ait pas fait l'objet d'une étude sérieuse (en l'état non transmise).

Au total, l'absence de cette alternative est particulièrement dommageable car, pour un coût comparable, elle permettrait sans doute de répondre aux nombreuses réserves formulées en matière d'organisation fonctionnelle.

L'exploration de cette alternative qui vise à étudier un arrangement plus opérationnel et plus efficient entre secteurs fonctionnels est possible puisque le maître d'ouvrage dans les documents soumis à la contreexpertise stipule clairement que le programme définitif sera adapté au regard des remarques et réserves émises dans le cadre de la contreexpertise. L'exploration de cette alternative pourrait ainsi être engagée dans un délai court. Elle conduirait sans aucun doute à recalculer les chiffres clés du dimensionnement discutés par la contre-expertise du fait principal de leur incohérence dans le dossier.

Table des figures

Figure 1 : Situation foncière.....	22
Figure 2 : Extrait éléments capacitaires du dossier ESE.....	28
Figure 3 : Faisabilité d'implantation niveau par niveau sans options.....	32
Figure 4 : Carte du site.....	33
Figure 5 : Carte du site.....	33
Figure 6 : Photo du site du bâtiment B.....	34
Figure 7 : Réserve foncière 1.....	40
Figure 8 : Réserve foncière.....	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition territoriale des activités du GHEF.....	4
Tableau 2 : Nombre total de lits et place avant après projet.....	7
Tableau 3 : Nombre total de lits et places avant et après projet St FARON.....	10
Tableau 4 : Nombre de lits places avant et après projet St FARON.....	11
Tableau 5 : Gains par rapport aux projets de pôles : - 13,5 ETP (2019 et 2020) :.....	14
Tableau 6 : Gain par rapport au nouveau bâtiment (2026) : - 50,8 ETP avec révision des maquettes soignantes soit 2M€.....	14
Tableau 7 : Tableau général de surfaces des opérations majeures.....	27
Tableau 8 : Répartition des montants engagés (M€).....	27
Tableau 9 : Synthèse des surfaces exploitées sur le site à l'issue du projet d'investissement et identification des écarts.....	29
Tableau 10 : Analyse détaillée des surfaces.....	29
Tableau 11 : Organisation des admissions dans les bâtiments.....	31
Tableau 12 : Calendrier dans le document PTD.....	35
Tableau 13 : Fonds de roulement 2017.....	44
Tableau 14 : Besoin en Fonds de roulement 2017.....	44
Tableau 15 : Trésorerie 2017 après correction des dettes fournisseurs.....	45
Tableau 16 : Analyse du compte financier.....	45
Tableau 17 : Produits T2A (euros).....	46
Tableau 18 : Produits T2A(euros).....	46
Tableau 19 : Evolution des charges 2017-2018.....	47
Tableau 20 : décaissements prévisionnels (en millions d'€).....	47
Tableau 21 : Tableau de financement simplifié 2018-2026.....	48
Tableau 22 : Tableau de financement simplifié et détaillé 2018-2026.....	48
Tableau 23 : Solde compte au trésor.....	49
Tableau 24 : Variation BFR – Trésorerie 2017-2026.....	50
Tableau 25 : Synthèse des gains liés au projet d'investissement.....	51