

**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet de modernisation des sites de l'AP-HM**



[Dossier Evaluation socio-économique]

19 décembre 2019

Préambule

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements financés par l'Etat et ses établissements publics et une contre-expertise indépendante de cette évaluation lorsque le niveau de financement dépasse un seuil que le décret d'application de la loi a fixé à 100 M€.

C'est donc en respectant toutes les règles prévues dans le décret d'application (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre experts, délais) que le SGPI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante de l'évaluation de ce projet.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par la DGOS, l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et par les réponses apportées aux questions des contre-experts tout au long de la procédure. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

Sommaire

PREAMBULE	2
SOMMAIRE	3
1 CONCEPTION TECHNIQUE DU PROJET	4
1.1 SITES ACTUELS	4
1.2 PRESENTATION DU PROJET	4
1.3 MONTAGE DU PROJET	5
1.4 - ORGANISATION SPATIALE ET FONCTIONNELLE DU PROJET	5
1.5 MUTUALISATION/EVOLUTIVITE	9
1.6 PRINCIPE RETENU EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DURABLE	9
1.7 PRESCRIPTIONS TECHNIQUES	10
1.8 ANALYSE DES SURFACES	10
1.9 ANALYSE DES COUTS DU PROJET (VALEUR JUILLET 2019)	14
1.10 PLANNING ET PHASAGE	17
1.11 COUT D'EXPLOITATION TECHNIQUE	20
1.12 VALORISATION DU PATRIMOINE	20
1.13 SUIVI DU PROJET	21
1.14 SYNTHESE DE LA CONCEPTION TECHNIQUE DU PROJET	21
2 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOIN	23
2.1 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS : PROJET MEDICAL ET SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER	23
2.2 REDUIRE LES CAPACITES D'HOSPITALISATION COMPLETE ET OFFRIR DE NOUVEAUX MODES D'HOSPITALISATION (AMBULATOIRE, CONSULTATIONS) DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DE SOINS	27
2.3 OUVRIR LE CHU AU TERRITOIRE ET AUX PARTENAIRES	35
3 ENJEUX ORGANISATIONNELS ET FONCTIONNELS	38
3.1 EFFICIENCE SOCIALE	38
3.2 EFFICIENCE MEDICALE	40
3.3 EFFICIENCE DU PARCOURS DE SOINS	41
3.4 EFFICIENCE BUDGETAIRE	41
3.5 OBSERVATIONS GENERALES SUR LE ROI	42
3.6 L'EFFICIENCE A L'EPREUVE DU PILOTAGE ET DE LA GOUVERNANCE D'ENSEMBLE DU PROJET	43
4 LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET	45
4.1 LA PERTINENCE DU PROJET N'EST PAS A REMETTRE EN CAUSE	45
4.2 LA FIABILITE DU SCENARIO	45
4.3 LES CONCLUSIONS SUR LA TRAJECTOIRE FINANCIERE	48
5 CONCLUSION	56

1 Conception technique du projet

1.1 Sites actuels

L'AP-HM compte cinq sites hospitaliers développant des activités de soins :

- l'hôpital Nord (au nord de la métropole) ;
- la Timone ;
- la Conception ;
- l'hôpital Sainte Marguerite (au sud de l'agglomération) ;
- l'hôpital San Salvator (au sud de l'agglomération).

Les urgences adultes et enfants sont réparties sur deux sites : l'hôpital Nord et la Timone.

Il existe deux maternités de niveau III à l'hôpital Nord et à la Conception.

Les sites du Sud sont spécialisés en psychiatrie et gériatrie mais, des activités d'orthopédie et de rhumatologie sont aussi présentes à l'hôpital Sainte Marguerite.

Les plateaux médico-techniques de l'hôpital Nord et de la Timone ont été reconstruits entre 2000 et 2014. L'ensemble comporte 2 398 lits et 363 places.

Les immeubles des grande hauteur (IGH) de l'hôpital Nord et de la Timone sont vétustes (il y a peu de chambres seules, un grand nombre sans salle de bain, le capacitaire des unités d'hospitalisation est insuffisant, les installations techniques sont dégradées et peu performantes). Les deux IGH sont sous avis défavorables d'exploitation par les commissions de sécurité incendie. Des travaux sont donc nécessaires pour poursuivre l'activité, améliorer l'efficacité et l'attractivité.

1.2 Présentation du projet

Le schéma directeur immobilier de l'AP-HM a mis en évidence :

- les faibles possibilités de restructurer le bâtiment principal de la Conception mais a considéré qu'il pouvait être utilisé pour des opérations tiroirs lors des travaux de la Timone ;
- l'inadaptation de l'hôpital d'enfants dans l'IGH de la Timone ;
- la nécessité de construire un bâtiment regroupant la maternité de la Conception et la Pédiatrie de la Timone ;
- que les hôpitaux Sud étaient difficiles à optimiser et à densifier en raison de leurs trames de construction.

Le périmètre du projet se traduit donc par:

- une restructuration/humanisation de l'IGH adultes et déconstruction de l'IGH enfants de la Timone ;
- une restructuration/humanisation de l'IGH Mistral et de la réanimation du bâtiment Etoile sur le site Nord ;
- la construction d'un bâtiment Mère et Enfant sur le site de la Timone ;
- la construction d'un SAMU/SMUR sur le site de la Timone.

A la suite de ces opérations, il est prévu de céder le site de San Salvator et de mener une nouvelle étude pour les Hôpitaux Sainte Marguerite et la Conception.

Ce projet conduira l'AP-HM à disposer de deux sites d'urgences et de deux maternités (une au Nord ; l'autre au centre) que justifient le contexte local et la taille de la métropole.

Des scénarios alternatifs ont été étudiés pour chaque bâtiment en comparant des restructurations et des constructions neuves.

En dehors de la maternité et de la pédiatrie, les coûts de construction par rapport à ceux de restructuration sont toujours un peu plus élevés. Par contre, les faisabilités de constructions neuves, essentiellement d'hospitalisation qui devraient être reliées aux plateaux techniques existants, s'avèrent très compliquées voire impossibles sur des sites qui doivent être maintenus en fonctionnement. Cette analyse a conduit à retenir le périmètre détaillé ci-dessus.

1.3 Montage du projet

L'établissement a retenu la procédure Loi MOP qui convient pour des opérations complexes de restructuration. Les maîtres d'œuvre ont été choisis selon les procédures d'accord cadres mono attributaires suite à un dialogue compétitif.

Des équipes de maîtrise d'œuvre différentes ont été désignées pour les opérations de restructuration de l'IGH Timone et l'IGH Mistral ainsi que pour le SAMU.

La construction du bâtiment Mère Enfant sera gérée en conception réalisation.

Cette procédure ne pose pas de problème, en dehors de la nécessité de ne pas modifier le programme sous peine de dérive financière.

<p>Observation : Les marchés de Maîtrise d'œuvre doivent être notifiés avant les 4 ans afin que les concepteurs soient aussi ceux qui suivent les travaux. Les contrôleurs techniques doivent être désignés dès le début des phases de conception.</p>

La réalisation de travaux en marché unique (entreprise générale) pour les opérations de réhabilitation peut être source d'importants dérapages financiers en raison de risques très importants de retard et de durée de chantiers liée au phasage.

En effet, les majors du BTP pour lesquels la part de travaux en propre sera faible (pas de gros œuvre), n'auront qu'un rôle de coordination d'entreprises sous-traitantes et ne manqueront pas de majorer leurs frais de structure et de pilotage si les délais ne sont pas respectés. Ce risque doit être mis en balance par rapport aux risques de défaillances d'entreprises dans une procédure en corps d'états séparés.

1.4 - Organisation spatiale et fonctionnelle du projet

Le projet prévoit la rénovation/modernisation de ses deux sites majeurs : la Timone et l'hôpital Nord, recomposant ainsi son offre de soins.

L'amélioration de l'efficacité des fonctions sera réalisée grâce à la rénovation et la restructuration des unités d'hospitalisation en unités type de 28 et 25 lits :

- en regroupant les consultations et les activités d'hôpital de jour (HdJ) dans les étages bas de chacun des deux IGH, Timone et Nord ;
- en raccourcissant les circuits entre les unités de chirurgie ambulatoires et les blocs opératoires ;
- en regroupant dans un bâtiment unique la maternité et la pédiatrie ;
- en améliorant le fonctionnement du SAMU/SMUR dans une nouvelle construction.

Le projet prévoit la restructuration de 71 170 m² DO et la construction de 35 991 m² DO : soit 90 % des surfaces dédiées à l'hospitalisation.

1.4.1 Répartition spatiale des activités

Hospitalisation

- Dans l'IGH de la Timone adultes :

- 28 lits sur 26 chambres à 1 lit dont 2 PMR + 2 chambres doubles ;
- Deux unités par étage avec double circulation ce qui limite les distances pour le personnel.

- Dans l'IGH Mistral :

- 2 unités de 25 lits par étage (19 chambres à un lit + 3 chambres à 2 lits) en simple circulation, du fait de l'épaisseur du bâtiment ; ce qui augmente les distances pour le personnel (73 m entre le poste de soins et la chambre la plus éloignée) ;
- tertiaire et locaux communs pour les deux unités.

Consultations/HdJ médicaux

- IGH Timone adultes :

- regroupement des consultations, explorations fonctionnelles et HdJ :
 - 3 000 à 3 500 consultations/an/cabinet ;
 - 2 000 à 2 500 pour les consultations longues.
- pôle neurosciences ;
- pôle cardio vasculaire thoracique ;
- pôle médecine interne et gériatrique ;
- pôle M AD ;
- pôle ortho/traumatisme/mains ;
- pôle anesthésie adultes ;
- implantés au rez-de-chaussée : R+1- R+2.

Les consultations sont organisées en module de 4 salles regroupées par 3 avec un plateau exploration fonctionnelle commun. Les HdJ sont organisées en module de 1 à 10 places regroupées par 2 à proximité du plateau d'exploration fonctionnelle des consultations.

Recommandation n°1 : Le positionnement du poste de soin des unités d'hospitalisation de l'IGH Mistral doit être revu pour limiter les déplacements du personnel. La taille des Hd] de cardio/ thoracique (5 places) et celle de l'Hd] de médecine interne et gériatrique (7 places) sont insuffisantes. Un regroupement avec d'autres spécialités est à envisager pour un dimensionnement adapté aux ressources humaines nécessaires.

- IGH Mistral :

Consultations sont regroupées grâce à une extension au rez-de-chaussée et R+2 (pour l'ophtalmologie et Chirurgie maxilo-faciale) et organisées en quatre sous-modules.

- pôle digestif (2 salles + 1salle technique)/vasculaire (2 salles + 2 salles techniques)/HGE (4 salles + 3 salles techniques) + mutualisables ;
- pôle traumatologie (3 salles + 1 salle technique)/médecine interne (2 salles + 2 salles techniques)/neurochirurgie (3 salles + 3 salles techniques) ;
- pôle anesthésiologie (5 salles + 1 salle technique)/Télé suivi (1 salle + 1 salle technique)/cardiologie (3 salles + 1 salle technique)
- pôle ophtalmologie (13 salles + 34 salles techniques)/CMF (1 consultation + 1 salle technique)/Dermatologie (7 salles + 7 salles techniques)

Recommandation n°2 : Au vu du nombre de consultations très important en ophtalmologie, il serait préférable de l'implanter au rez-de-chaussée et ainsi limiter les déplacements des flux consultants.

UCA

- IGH Timone adultes :

- 17 places réparties en 3 box individuels ; 2 salles de 5 fauteuils, 4 fauteuils dans 1 salle semi cloisonnée.

Observation : Flux vers le plateau technique à travailler. Pas de possibilité d'accueil du J0. Un circuit court et un circuit long mais pas de circuit mixte [court à l'aller, long au retour]. Pas de détail sur le secteur de programmation.

- UCA Nord :

- 24 à 25 places réparties en 5 alvéoles individuelles ; 3 salles avec 5 fauteuils ;
- 5 box individuels.

- UCA Enfant Timone :

- 12 places réparties en :
- 2 box individuels ;
- 1 salon entrées/attente/jeux ;
- 1salon sorties/jeux.

- UCA Enfant Nord

- 6 places : le descriptif manque dans le PTD (?)

Tertiaire

Dans les surfaces disponibles après restructuration des unités d'hospitalisation :

- IGH Timone adultes :

- 120 bureaux possibles + 20 autres

- IGH Mistral :

- Dans la tour C 40 bureaux (4 par étage) - Complément au R+ 12 (26 bureaux)

Bâtiment Mère Enfant

- Mère Enfant :

- 116 lits obstétrique/gynéco/néonate (50 lits obstétriques + 10 lits gynéco + 20 lits néonate + 18 lits SI néonate + 18 lits réa néonate) ;
- bloc obstétrical : 3 500 naissances/an ;
- urgences gynéco ;
- consultations : 26 box ;
- plateau technique gynéco/obstétrique :
 - 2 modules : 1 module urgences (2 salles de césarienne + 1 salle intervention prénatale) et 1 module de 3 salles d'opérations ;
 - SSPI – 8 places
 - 4 salles de pré travail
 - 7 salles de naissance
 - 1 salle nature
- UCA : 12 places gynéco + 3 obstétriques ;
- PMA en liaison avec biologie de la reproduction ;
- tertiaire.

- Pédiatrie :

- 174 lits médecine et chirurgie pédiatrique (70 lits chirurgie + 58 médecine + 20 lits oncologie + 6 lits Soins Intensifs oncologie + 12 lits SC oncologie + 8 lits UHCD) ;
- consultations :
 - 13 box (30 000/an en médecine) ;
 - 25 box exploration fonctionnelle en chirurgie (40 000/an).
- urgences : 13 box et imagerie (2 salles conventionnelles + 1 écho + 1 scanner) ;
- HdJ médecine :
 - 20 places médecine + 24 places onco ;
 - 7 places dialyse.
- tertiaire.

L'ensemble sera relié au plateau technique existant du BMT qui comprend le bloc opératoire pédiatrique et l'UCA pédiatrique.

- Hospitalisation Néonate

3 secteurs :

- 20 berceaux néonate : 10 parents/enfant et 10 enfants ;
- 18 lits Soins Intensifs
- 18 lits de réanimation en 3 modules de 6 lits.

- Hospitalisation pédiatrique :
 - Unités de 24 lits dont 20 chambres à 1 lit + 2 chambres doubles + 1 chambre à 2 lits
- Hospitalisation onco pédiatrique :
 - 1 unité de 20 lits dont 18 chambres à 1 lit + 1 chambre à 2 lits
- Centre scolaire :
 - 4 salles de classe + 2 salles d'activité
- Hyperbarie :
 - 1 salle de déchoquage ;
 - 2 box examens ;
 - 1 salle hyperbare avec poste de commande.

Observation : Il n'est pas prévu de chambre parents/enfants ni de salle parents en pédiatrie, notamment pour la fin de vie en oncologie.

SAMU :

Il comprendra :

- 1 garage pour les 17 véhicules du SMUR, au rez-de-chaussée ;
- 1 centre de régulation des appels CRRA (34 postes) avec salle de débordement et salle de gestion de crise (24 postes) ;
- Des espaces de vie communs.

1.5 Mutualisation/évolutivité

Les unités d'hospitalisation sont standardisées ce qui permet une adaptation aux changements de capacités dans les disciplines.

La structure plateaux/poutres des IGH Timone et Nord permet de faire évoluer plus facilement les plateaux mais les surcharges planchers sont relativement faibles, avec des trames resserrées de poutrelles hourdi ; ces dispositions devront être complétées.

Afin d'anticiper l'avenir, des réserves de capacités pour les installations techniques rénovées sont prévues dans les documents techniques du dossier.

1.6 Principe retenu en matière de développement durable

Le projet a peu d'ambition spécifique en matière de développement durable. Les diminutions de consommations qui pourraient être enregistrées seront dues aux remplacements d'éléments techniques actuellement très vétustes tels que :

- les menuiseries extérieures ;
- les centrales de traitement d'air simple flux par des caissons double flux ;
- les traitements partiels de façades de l'IGHT Timone.

Une recherche de certificats d'économie d'énergie est en cours pour financer les opérations plus importantes d'isolation. Aucune donnée particulière sur le pilotage des équipements de

production de froid dont les puissances vont fortement augmenter suite aux nouveaux éléments de confort hôtelier. Le PTD du bâtiment Mère Enfant, pourtant neuf, ne prévoit rien de particulier dans ce domaine.

Recommandation n°3 : Dans le cadre de la Loi Elan qui imposera des réductions de consommations de 40 % en 2030 et 60 % en 2050 par rapport à des standards, il est nécessaire que ces aspects soient approfondis avant le démarrage des travaux.

1.7 Prescriptions techniques

Les diagnostics techniques qui ont été réalisés sur les bâtiments existants à restructurer ont mis en évidence une vétusté très importante des installations techniques :

Pour l'IGH Timone :

On note : des façades, une production de chaud et froid peu efficace, des installation plomberie, de désenfumage, d'appels malades, de gaz médicaux et d'ascenseurs à rénover.

Pour l'IGH Nord :

On note des problèmes de stabilité au feu de la structure ; de production de chaleur surdimensionnée (+250 %) ; de rendement à améliorer pour la production de froid ; de distribution de chaud et froid vétuste ; de centrales de traitement d'air vétustes et sans récupération thermique ; de plomberie, de gaz médicaux.

Les principales rénovations sont prises en charge, dans le cadre du dossier COPERMO, d'autres dans le PPI d'investissement courant.

Observation : Le remplacement des éléments techniques vétustes doit être intégré et sanctuarisée s'il est financé dans le PPI courant.

Pour les constructions neuves, il n'y a aucun élément pour apprécier les exigences techniques. Il faut rappeler que ce point est essentiel dès le programme pour un montage en conception/réalisation.

1.8 Analyse des surfaces

La surface actuelle de l'AP-HM est 655 805 m² DO.

Le projet prévoit :

- la restructuration 71 170 m² DO dont 44 778 m² à la Timone et 26 392 m² DO à l'hôpital Nord ;
- la construction de 35 991 m² DO soit 90 % des surfaces dédiées à l'hospitalisation seront restructurées ;
- les démolitions/ventes de 107 419 m² DO ;
- la désaffectation de 8 207 m² DO.

A l'issue du projet COPERMO la surface totale sera de 576 170 m² DO (-79 635 m² DO/-12 %)

1.8.1 Analyse des surfaces par secteur fonctionnel

Hospitalisation

IGH Timone Adultes

La taille d'une unité standard d'hospitalisation est évaluée à 790 m² SU ; celle des locaux communs à 2 unités à 555 m² SU. Cette notion ne peut être qu'indicative, s'agissant de travaux de restructuration dans un bâtiment existant, avec sa propre trame.

IGH Mistral Nord

La taille d'une unité standard d'hospitalisation est évaluée à 639 m² SU ; celle des locaux communs à 156 m² SU.

L'indication de la surface DO ne peut être qu'indicative, s'agissant de travaux dans un bâtiment existant, avec sa propre trame.

Recommandation n°4 : Le PTD des unités d'hospitalisation de l'IGH Mistral doit être complété car il ne parle que du niveau R+2

1.8.2 Consultations/HdJ médecine

IGH Timone Adultes

Les surfaces du programme correspondent à un ratio de 32 m² DO/support. Cet indicateur n'est pas très utile dans le cadre de travaux dans un bâtiment existant car ayant déjà sa propre trame.

Recommandation n°5 : Vu le faible intérêt du ratio SDO/SU pour ces secteurs, il serait préférable de dessiner un projet plus détaillé pour vérifier la faisabilité.

IGH Mistral Nord

Les surfaces des consultations de chirurgie digestive, de vasculaire, d'HGE, de traumatologie, de médecine interne et d'anesthésie sont conformes aux référentiels ; mais dépendent des faisabilités architecturales.

Celles d'ophtalmologie, de CMF et de dermatologie présentent un déficit de surfaces de 676 m² DO (-36 %) par rapport au PTD (1 848 m² DO).

Observation : Les surfaces des consultations d'OPH doivent être adaptées à l'activité.

1.8.3 UCA

UCA IGH Timone Adultes

Le PTD prévoit une surface de 670 m² DO pour 17 places.

Par ailleurs, s'agissant de réhabilitation, la surface DO a peu d'intérêt (trame existante).

UCA Nord

Le PTD prévoit une surface de 764 m² DO pour 24/25 places conforme aux référentiels mais, qui présente peu d'intérêt en raison de travaux de réhabilitation (trame existante).

UCA Enfants Timone

Le PTD prévoit une surface de 386 m² DO pour 12 places conforme aux référentiels mais, à nouveau, cet indicateur présente peu d'intérêt en raison de la nature des travaux de (réhabilitation : trame existante).

Enfants Nord

Il manque le descriptif dans le PTD.

Recommandation n°6 : Au vu du faible intérêt du ratio SDO/SU pour les secteurs, il serait préférable de dessiner un projet plus détaillé pour vérifier la faisabilité.

Tertiaire

Les bureaux des IGH Timone (120+20) et de l'IGH Mistral (40+26) sont implantés dans les espaces disponibles après restructuration des unités d'hospitalisation.

Observation : Ce point qui peut être sujet à crispation de la part des professionnels est à approfondir dans le cadre des faisabilités architecturales.

Mère Enfant

- *Consultations gynéco/obstétrique* : le PTD prévoit une surface de 1 161 m² DO pour 26 salles conforme à la fourchette basse du référentiel (45 m²/support)
- *HdJ gynéco/obstétrique* : le PTD prévoit une surface de 572 m² DO pour 15 places, pour une surface théorique, selon référentiels, de 450 m² DO (+21 %).
- *Consultations pédiatriques médicales* : le PTD prévoit une surface de 588 m² DO pour 13 box, conforme au référentiel.
- *Consultations pédiatriques chirurgicales* : le PTD prévoit une surface de 838 m² DO pour 25 box, insuffisant selon les référentiels, à porter à 1 125 m² DO (+ 36 %) (45 m² DO/support).
- *HdJ médecine et dialyse* : le PTD prévoit une surface de 1 380 m² DO conforme aux référentiels.
- *Urgences + Imagerie + UHCD pédiatrique* : le PTD prévoit une surface de 1 969 m² DO conforme aux référentiels.
- *Gynéco/obstétrique (urgences/bloc/naissances)* : le PTD prévoit une surface de 2 870 m² DO conforme mais dans la fourchette haute des référentiels.
- *AMP/Biologie de la reproduction* : le PTD prévoit 1 183 m² DO. Surfaces manquantes : environ 250 m² DO par rapport aux référentiels.

Observation : Manque pièce spécifique de stockage azote.

- *Hospitalisation néonatal* : le PTD prévoit une surface de 2 573 m² DO, avec un ratio SDO/SU de 1,35. Ce ratio est insuffisant (plutôt 1,55) ce qui engendre 381 m² DO (11 %) de surfaces supplémentaires.
- *Hospitalisation gynéco* : le PTD prévoit une surface de 2 287 m² DO, pour 60 lits conforme aux référentiels.
- *Hospitalisation pédiatrie* : le PTD prévoit une surface de 4 699 m² DO, conforme aux référentiels.
- *Hospitalisation onco pédiatrie* : le PTD prévoit une surface de 1 715 m² DO, dans la fourchette basse des référentiels notamment, en rajoutant des chambres/parents enfants et des lieux de vie parents, soit + 295 m² DO (17 %).
- *Centre scolaire* : le PTD prévoit une surface de 333 m² DO, conforme aux référentiels.
- *Hyperbarie* : le PTD prévoit une surface de 912 m² DO, conforme aux référentiels.
- *Récapitulatif surfaces FME* : 18 755 m² SU et 30 606 m² DO. La proportion de circulations générales de 5 % est insuffisante, prévoir plutôt 9 % de la surface totale. Les surfaces des locaux techniques sont conformes (10 %).

SAMU

Le PTD prévoit

- une surface totale de 3 897 m² DO dont :
 - CRRRA 786 m² DO ;
 - administration 541 m² DO ;
 - SMUR 1 483 m² ;
 - CAP 116 m² DO.
- des circulations générales de 4 % ;
- des locaux techniques de 4 % : c'est insuffisant prévoir plutôt 10 % soit + 205 m² DO.

En portant le ratio de la salle de régulation (35 postes) et de la salle de crise de 24 postes à 7 m² SU au lieu de 9 m² SU (dans PTD) ; le gain pourrait être de 135 m² DO.

4.8.2- Analyse globale des surfaces

Pour les activités (hospitalisation, consultations, HdJ, UCA) qui seront implantées dans les bâtiments restructurés, le PTD raisonne en surface programme sans tenir compte des locaux existants et de leur trame ; ce qui pourrait modifier fortement les surfaces. En effet, certaines surfaces prescrites pourraient ne pas pouvoir s'implanter sur des plateaux aux dimensions existantes.

Recommandation n°7 : Des faisabilités architecturales doivent être réalisées pour vérifier les possibilités.

Pour ce qui concerne les constructions neuves, celle du SAMU est globalement conforme, celle du Mère Enfant doit être majorée de 4 % soit 1 300 m² DO, ce qui pourrait avoir comme conséquence, une augmentation du coût de construction.

Observation : Les surfaces doivent être harmonisées car elles diffèrent selon les documents du dossier.

Le futur ratio m²/lot de l'AP-HM (195 m² DO/lit et places) restera bien au-dessus des valeurs moyennes observées dans les CHU (166 m² DO/lit et place).

1.9 Analyse des coûts du projet (valeur juillet 2019)

1.9.1 Coût des travaux

Restructuration IGH Timone

Tableau 1 : Analyse de la restructuration IGH Timone

Eléments restructuration	Caractéristiques proposés	Avis
Hospitalisation type :	19 064 760 € HT (pour 15 730 m ² DO) soit 1 212 € HT/m ² DO	montant un peu faible plutôt 1 350 € HT/m ² DO
Consultations :	3 187 500 € HT (pour 2 550 m ² DO) soit 1 250 € HT/m ² DO	Conforme
Hdj :	3 837 500 € HT (pour 3 070 m ² DO) * soit 1 250 € HT/m ² DO.	un peu faible plutôt 1 300 € HT/m ² DO
Hospitalisation spécifique	5 347 440 € HT (pour 3 183 m ² DO) soit 1 680 € HT/m ² DO	Conforme
Connexions unités	607 500 € HT et 1 755 000 € HT (pour 1 350 m ² DO et 1 800 m ² DO). soit 450 € HT/m ² DO et 975 € HT/m ² DO	Conforme
Paliers et circulations :	4 275 000 € HT (pour 4 500 m ² DO) soit 950 € HT/m ² DO	Conforme
Tertiaire :	8 120 000 € HT (pour 8 120 m ² DO) soit 1 000 € HT/m ² DO	Conforme
UCA :	989 000 € HT (pour 989 m ² DO) soit 1 000 € HT/m ² DO	montant trop faible plutôt 1 300 € HT/m ² DO
Opérations techniques (production, étanchéité, façades, réseaux, ascenseurs)	25 114 080 € HT	Conforme
Le sous total des travaux sur le site de Timone :	75 819 680 € HT (pour 44 728 m ² DO), soit un ratio (hors opérations techniques majeures mais compris réseaux) de 1 380 € HT/m ² DO.	ratio global satisfaisant

Source : Contre-expertise

Restructuration IGH Nord

Tableau 2 : Analyse de la restructuration IGH Nord

Eléments restructuration	Caractéristiques proposés	Avis
Hospitalisation type	10 629 120 € HT (pour 7 680 m ² DO) soit 1 384 € HT/m ² DO	Conforme
Consultations :	7 190 062 € HT (pour 5 402 m ² DO) soit 1 331 € HT/m ² DO	Conforme
Unités spécifiques :	4 149 600 € HT (pour 2 280 m ² DO) soit 1 820 € HT/m ² DO	Conforme
Connexions unités :	999 000 € HT (pour 2 220 m ² DO) soit 450 € HT/m ² DO	Conforme
Paliers de circulations :	1 083 600 € HT (pour 1 548 m ² DO) soit 700 € HT/m ² DO	montant un peu faible plutôt 950 € HT/m ² DO
Tertiaire :	4 501 000 € HT (pour 4 501 m ² DO) soit 1 000 € HT/m ² DO	Conforme
UCA :	1 265 180 € HT (pour 980 m ² DO) soit 1 291 € HT/m ² DO	Conforme
Opérations techniques (production, étanchéité, façades, réseaux, ascenseurs)	12 726 920 € HT	Conforme
Sous total travaux Nord ;	44 355 757 € HT (pour 26 392 m ² DO). Soit un ratio (hors opérations techniques sauf réseaux) 1 417 € HT/m ² DO	ratio global satisfaisant

Source : Contre expertise

SAMU

Tableau 3 : Analyse de la restructuration du SAMU

Eléments restructuration	Caractéristiques proposés	Avis
SAMU	5 600 000 € HT (pour 3 897 m ² DO) soit 1 437 € HT/m ² DO	plutôt 1 500 € HT/m ² DO soit +245 000 € HT travaux

Source : Contre expertise

Mère Enfant

Tableau 4 : Analyse de la restructuration Pôle Mère Enfant

Eléments restructuration	Caractéristiques proposés	Avis
Pole ME	63 500 000 € HT travaux (pour 30 606 m ² DO) soit 2 074 € HT travaux/m ² DO	conforme aux référentiels

Source : Contre-expertise

Démolition IGH enfants

Tableau 5 : Analyse de la démolition IGH enfant

Eléments restructuration	Caractéristiques proposés	Avis
IGH	7 500 000 € HT travaux (pour 38 000 m ² DO) soit 197 € HT travaux/m ² DO (77 € HT/m ² DO pour le curetage ; 120 € HT/m ² DO pour l'écèlement)	conforme si pas ou très peu d'amiante

Source : Contre-expertise

Au total, le coût global travaux est de 196 774 K€ HT Travaux

1.9.2 Prestations intellectuelles

Les honoraires de maîtrise d'œuvre pour une mission de base (hors OPC si corps d'états séparés) sont :

- 11,07 % pour la Timone ;
- 13,55 % pour l'hôpital Nord ;
- 18 % pour le SAMU (en incluant les autres prestations intellectuelles : CT, CSPPS, SSI, OPC) ;
- 18 % pour le Mère Enfant (en incluant les autres prestations intellectuelles : CT, CSPPS) ;

L'ensemble de ces montants sont conformes

Les honoraires de l'AMO sont de 0,44 % du coût des travaux. Le pourcentage semble peu élevé (plutôt 1 % à 1,5 %). Un coût moins important pourrait conduire à une présence insuffisante pour le suivi des opérations. Même si ce montant peut s'expliquer par le choix de travaux de réhabilitation en entreprise générale, par rapport à des travaux réalisés en corps d'états séparés. (ce choix présente d'autres risques de surcoûts liés à des demandes de rémunérations supplémentaires par les majors du BTP).

Le coût global des prestations intellectuelles est de 32 685 K€ HT soit, 16,6 % du montant des travaux.

Pour ce type d'opérations complexes, le taux global moyen serait plutôt de 18 % soit + 2 734 K€ HT (notamment, en incluant des assurances dommage ouvrage pour la construction du Mère/Enfant et du SAMU).

1.9.3 Provisions pour aléas

14 636 K€ HT soit, 7,4 % en moyenne. Elles sont plutôt de 10 % en restructuration et 5 % pour les constructions neuves. Soit, + 836 K€ HT.

1.9.4 Provisions pour révision de prix (selon calendrier du dossier)

18 955 K€ HT estimé à 2 %/an. La durée de l'opération doit conduire à la prudence et un taux minimum d'évolution des prix de 2,5 %/an est préférable soit + 1 695 K€ HT.

1.9.5 Coût global

Tableau 6 : Le coût global du projet

Eléments de coûts	Montant (K€ HT)
Travaux	196 774
Prestations intellectuelles	32 685
Provisions pour aléas	14 636
Provisions pour révision de prix	18 955
TVA	52 610
TOTAL	315 660 (TDC VFE)

Source : Contre-expertise

1.9.6 Synthèse des coûts

Le coût des travaux de restructuration de l'IGH Timone, l'IGH Nord, et démolition de l'IGH Enfants sont conformes ; ceux du SAMU et du Mère / Enfants sont légèrement sous-évalués (- 245 K€ HT travaux). La balance des coûts totaux intègre l'écart de surface différentielle.

Le coût des prestations intellectuelles est sous-évalué de -2 734 K€ HT.

La provision pour aléas, pour les opérations de restructuration est insuffisante et un peu surévaluée pour les constructions neuves (au total -836 K€ HT).

Les provisions pour révisions de prix sont insuffisantes au vu de la durée et les risques de décalage des opérations (2,5 %/an pour 2 %/an dans le dossier) soit (-1 695 K€ HT).

Au total, le montant de l'opération est à réévaluer de 6 612 K€ TTC, soit un écart de relativement faible ampleur (2 %), pour une opération de cette taille.

Observations : Si les délais de réalisation devaient fortement dérapier (notamment pour les restructurations), l'incidence en terme de coût peut être estimé à environ 850 K€ TTC en moyenne par année de décalage.
--

1.10 Planning et phasage

1.10.1 Phasage

Le projet prévoit de réaliser les travaux de mise en sécurité avant ceux de restructuration.

Des localisations temporaires sont envisagées pour des secteurs tertiaires, les consultations ou ambulatoire sans lien avec le plateau technique.

Le site de la Conception sera utilisé comme "tiroir" pour implanter provisoirement des unités d'hospitalisation.

Les travaux doivent commencer par l'IGH Timone début 2021, en même temps que ceux de l'IGH Mistral Nord. Ceux du SAMU au dernier trimestre 2022 ; ceux du Mère/Enfant au 2ème trimestre 2022.

La fin des travaux de la Timone est prévue fin 2ème fin trimestre 2028 ; ceux de l'IGH Mistral Nord mi 2026 ; ceux du SAMU fin 2024 ; ceux du Mère/Enfant mi 2025.

IGH Timone

Les travaux sont prévus en 6 phases (IGH coupé en 3 parties dans le sens de la longueur) :

Tableau 7 : Calendrier des travaux du site de la Timone

Phase 1 24 mois	travaux au R+4 (UHA 1 et 2) travaux au R+3 (UHA 2 et 3) travaux Rdc (UHA 1 et 2) (4 rocares)
Phase 2 15 mois	travaux au R+4 (UHA 1 et 2) travaux au R+2 (UHA 2 et 3) travaux au R+5 (UHA 2) travaux Rdc (UHA 2) (4 rocares)
Phase 3 15 mois	travaux au R+8 (UHA 2) travaux au R+9 (UHA 2) travaux au R+11 (UHA 2) travaux R+12 (UHA 2) (7 rocares)
Phase 4 12 mois	travaux au R+12 (UHA 1) travaux au R+11 (UHA 1) travaux au R+9 (UHA 1) travaux R+6 (UHA 2) (8 rocares)
Phase 5 12 mois	travaux au R+8 (UHA 1) travaux au R+7 (UHA 1) travaux au R+6 (UHA 1) travaux R+5 (UHA 1) (5 rocares)
Phase 6 12 mois	déconstruction bâtiment Timone Enfant (du R+17 au R+4) l'ex tour des blocs (du R+2 au R+4)

Source : contre-expertise d'après le dossier d'évaluation socio-économique

Observations : La durée des travaux de chaque phase est optimiste. En effet, il aurait été préférable d'accentuer la logique de travaux par zone (exemple : le secteur UHA 1) mais sur toute la hauteur du bâtiment pour limiter les impacts inévitables et importants dans les étages du dessous et du dessus (encore en activité) pour les gaines de désenfumage, pour les douches au sol, etc.

Une découpe des travaux en 3 réelles tranches verticales, du R + 12 au RdC, serait beaucoup moins contraignante pour l'activité ; quitte à ré intervenir dans des niveaux déjà restructurés. Ce qui permettrait de mieux gérer les risques de délais même si ce nouveau phasage engendrerait des dépenses supplémentaires. Elles seraient largement compensées par la réduction du délai global et de ses incidences.

Cette logique n'est présente que partiellement, sur quelques phases comme la phase 5.

L'impact du scénario de travaux choisi par l'établissement, rallongera les durées de travaux de plusieurs mois (+6 mois pour la phase 2 ; pas d'impact de durée pour la phase 3 si libération du R+10 (zone UHA 2) ; + 6 mois pour la phase 4 ; + 4 mois pour la phase 5).

Soit un délai global de +16 mois minimum, sans compter les temps du transfert qui semblent négligés (impact + 3 mois entre chaque phase, soit + 9 mois).

Au total, le dérapage de calendrier pourrait atteindre 25 mois.

IGH Mistral Nord

Tableau 8 : Travaux prévus en 5 phases :

Phase 1 18 mois	travaux au Rdc ; R+1 ; R+11 ; R+13 (dans aile A) travaux au R+2 ; R+12 R+13 (tour C) travaux au R+12 ; R+13 (aile B)travaux au R+2 ; (tour D) travaux extension Rdc + SS 1 (2 rocades)
Phase 2 12 mois	travaux au Rdc partiel ; R+2 ; R+3 ; R+4 ; R+5 ; R+6 (aile A) travaux au R+4 ; R+5 ; R+6 (tour C) travaux au Rdc (aile B) travaux au R+3 ; (tour D) (2 rocades)
Phase 3 12 mois	travaux au R+7 ; R+8 ; R+9 ; R+10 (aile A) travaux au R+7 ; R+9 (tour C) (2 rocades)
Phase 4 12 mois	travaux au R+11 (tour C) travaux au R+2 ; R+3 ; R+4 ; R+5 ; R+6 ; R+7 ; R+8 (aile B)
Phase 5 12 mois	travaux au R+9 ; R+10 ; R+11 (aile B)

Source : contre-expertise d'après le dossier d'évaluation socio-économique

La durée des travaux est ainsi évaluée à 6 ans.

Observation : La durée des travaux de chaque phase est optimiste de la même manière que pour la Timone, il aurait été préférable d'accentuer la logique de verticalité comme pour la phase 4.
En intégrant le décalage de chaque phase travaux (plutôt 16 mois que 12 mois) et en rajoutant deux mois de transfert entre chaque phase, le dérapage total pourrait atteindre 14 mois.

SAMU

Les travaux du SAMU sont prévus pour une durée de 2 ans ce qui est correct à condition que le terrain d'assiette soit libéré.

MERE/ENFANT

Les travaux doivent durer 3 ans ce qui est correct à condition que le terrain d'assiette soit disponible.

1.10.2 Calendrier global

Le projet doit se dérouler sur une période commençant au troisième trimestre 2019 et s'achèvera au deuxième trimestre 2028 pour l'IGH Timone, soit pendant 9 ans (études et travaux).

Les travaux de l'IGH Nord doivent durer 6 ans. Il convient de revoir le planning et rajouter 14 mois au calendrier.

L'opération qui se termine la dernière (2028) est celle de l'IGH Timone. Il convient de recalculer le planning et de rajouter 25 mois au calendrier total ; soit une fin des travaux au deuxième trimestre 2030.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée sur la coexistence de nombreux chantiers sur le site de la Timone et sur les risques qui en découlent.

1.11 Coût d'exploitation technique

Le dossier ne comporte aucun élément sur les dépenses d'exploitation technique des bâtiments (maintenance ; énergie ; GER). L'ambition est de stabiliser les dépenses de classe 6 grâce à la rénovation des installations techniques et à l'amélioration des performances énergétiques.

Même si l'on peut, à juste titre, imaginer de meilleurs rendements, il faut intégrer les nouvelles consommations liées à l'augmentation du confort hôtelier.

Ces bonnes intentions mériteraient d'être développées dans le cadre des études techniques de réalisation de travaux.

1.12 Valorisation du patrimoine

Plusieurs cessions de terrains et de bâtis sont prévues dans le dossier :

- | | |
|--|---------|
| - un terrain le long d'un boulevard urbain | 2,2 M€ |
| - bâtiment, parcelle, parcs, terrain de sport San Salvador | 17 M€ |
| - bâtiment historique et parcelle restant dans l'hôpital Sainte Marguerite | 23,4 M€ |

Soit, 40,4 M€ de recettes à diminuer des coûts de relocalisation (17,3 M€) ce qui procurerait une recette nette de 23 M€.

D'autres cessions sont imaginées :

- parking de la Conception, mais en DSP (2 à 3 M€) ;
- fin anticipée du BEA avec la CRLCC (26,5 M€). La Signature de l'acte d'engagement est en cours ;
- Villa Gaby, mais en AOT jusqu'à juin 2030 (6,7 M€) ;
- logements infirmiers Nord ; Capolette et Hôpitaux Sud actuellement en BEA (70 ans) (2,5 à 2,8 M€).

Soit, un montant total de cessions de 2019 à 2028 de 104 825 M€.

Observation : Si plusieurs incertitudes subsistent sur ces montants et sur les possibilités de cessions ; telles que la fin avant l'échéance des BEA, AOT, DSP et sur le classement du site de San Salvator en espace boisé classé, on peut noter que l'objectif ambitieux de cession en 2019 à hauteur de 43 M€ a été atteint.

1.13 Suivi du projet

Une équipe dédiée au suivi et au pilotage de l'ensemble des opérations est constituée. Elle est complétée par un comité institutionnel et un Copil mensuel.

Le pilotage opérationnel sur chaque site est réalisé en coordination avec les directeurs de site;

Un AMO est chargé d'identifier les points critiques suivre les actions préventives et correctrices ainsi que les plannings et les coûts en lien avec le pilotage opérationnel.

Observation : Outre les différents AMO ; maîtres d'œuvre, l'établissement doit absolument s'organiser pour pérenniser le pilotage de ce projet, très long dans le temps, donc susceptible de changements importants pouvant faire déraiser les estimations financières et le calendrier.
En effet, l'AMO, notamment au vu de ses honoraires, pourrait avoir tendance à minimiser les différents qui surviendraient pendant le chantier pour faciliter l'exécution de sa mission. Les arbitrages non réalisés rapidement, peuvent conduire à des litiges financiers au moment de la clôture du DGD (décompte général définitif) avec les entreprises.

1.14 Synthèse de la conception technique du projet

L'analyse des surfaces des constructions neuves fait apparaître un déficit de 1300 m²DO, pour le futur bâtiment Mère et Enfants. Pour ce qui concerne les travaux de restructuration, le PTD raisonne en surfaces programme, sans tenir compte de la trame des locaux existants. Des plans plus détaillées doivent être réalisés et validés par les utilisateurs avant le lancement des appels d'offres travaux.

Le coût des prestations intellectuelles, des provisions pour aléas et révision de prix doit être réévalué (+ 6,6 M€ TTC) auquel il faut rajouter l'incidence du dérapage prévisionnel de calendrier (+ 1,7 M€ pour la Timone et 1 M€ pour le Mistral).

La contre-expertise recommande de revoir le phasage des restructurations pour limiter la durée globale des travaux et l'impact sur les activités.

D'autre part, la réalisation des travaux de réhabilitation en entreprise générale pourrait engendrer des dépassements de budgets importants en cas de dérive du calendrier. Une procédure en corps d'états séparés limiterait ce risque mais nécessite une présence des équipes techniques et de l'AMO, beaucoup plus forte (soit des honoraires complémentaires d'AMO qui passerait de 0,44 % à 1,5 % ; + 2,3 M€ TTC).

L'incidence des réductions de consommations imposées par la loi Elan, doit conduire l'établissement à réinterroger la conformité des investissements prévus, sur les infrastructures techniques, sous peine d'obligation de nouvelles dépenses pour répondre aux exigences réglementaires d'ici 2030.

La durée de l'opération nécessite d'améliorer la structuration de l'équipe projet pour limiter les risques de modifications importantes de programme ainsi que les dérapages financiers et de délais.

2 Analyse de l'offre de soin

2.1 Analyse de l'offre de soins : projet médical et schéma directeur immobilier.

2.1.1 Les enjeux du projet médical

Le projet médical 2017-2021 de l'APHM fixe trois orientations majeures :

- une offre de soins répartie sur trois sites, Nord (Hôpital Mistral), Centre (Timone et Conception) et Sud (Sainte-Marguerite et Salvator), en complémentarité et facilitant l'accessibilité sur la métropole marseillaise ;
- réduire les capacités d'hospitalisation complète et offrir de nouveaux modes d'hospitalisation (ambulatoire, consultation) dans une logique de parcours de soins ;
- ouvrir le Centre Hospitalier Universitaire au territoire et aux partenaires.

Les enjeux de ce vaste projet sont les suivants :

- accentuer le virage ambulatoire ;
- renforcer l'activité chirurgicale, notamment en neurochirurgie, orthopédie et digestif, par une réorganisation et une thématisation des sites ;
- renforcer les parts de marché de l'APHM, notamment sur les actes peu invasifs (en particulier endoscopie en HGE) ;
- ouvrir des lits de soins critiques pour éviter les transferts ;
- filiariser le posturgences pour garder cette activité à l'APHM.

2.1.2 Répartition et organisation de l'offre de soins sur les différents sites de l'APHM

L'offre de soins est répartie sur trois sites, Nord (Hôpital Mistral), Centre (Timone et Conception) et Sud (Sainte-Marguerite et Salvator), en complémentarité et facilitant l'accessibilité sur la métropole marseillaise.

Le positionnement sur trois sites est justifié par leur accessibilité.

Les principaux éléments sont :

- les indicateurs sociodémographiques sont dégradés sur PACA et plus particulièrement sur l'agglomération marseillaise par rapport à la moyenne nationale ;
- la population reste très précaire, notamment dans les quartiers Nord ;
- une interrogation demeure sur le devenir des sites de la Conception et des Hôpitaux Sud (Sainte-Marguerite et Salvator) ;
- concernant le site de la Conception, les activités maintenues sur ce site concernent le pôle tête et cou, la chirurgie plastique, l'endocrinologie, dans le cadre du projet actuel ;
- le site sera également utilisé pour servir d'opération tiroir pendant les travaux de restructuration du site de la Timone.

<p>Observations : le devenir à moyen terme du site de la Conception devrait être précisé et intégré au schéma directeur immobilier, afin d'anticiper au mieux le devenir des activités du site. Sur ce sujet, l'APHM renvoie au prochain projet médical.</p>

Transferts et regroupement d'activités prévus par le projet médical et le projet de modernisation.

L'objectif est de renforcer la thématisation et la complémentarité des sites.

- Concernant l'Hôpital Nord sont prévus :

Tableau 9 : Les actions engagées sur l'hôpital Nord

HGE et chirurgie digestive	- Transfert de 23,3 lits de la Timone vers l'Hôpital Nord.
Soins critiques	- Renforcement de l'Hôpital Nord par transfert de la Timone. + 3,1 lits de réanimation et 0,5 lit de SC/SI
OPH	- Suppression de 11 lits d'HC sur la Timone après transfert de 5 lits sur l'Hôpital Nord. - Transfert de 10 places d'UCA sur l'hôpital Nord. *
Dermatologie	- Implantation sur Hôpital Nord et maintien urgences sur Timone.
Opérations préalables	- Réouverture de 10 lits de réa médicale (pb : aspergillose)

* Discordance : Seules 5 places d'UCA OPH sont transférées de la Timone vers l'hôpital Nord selon certains documents.

Tableau 10 : Les actions prévues sur l'hôpital de la Timone

Regroupement mère et enfant sur Timone enfants	- Transfert de la maternité Conception vers la Timone. - Regroupement médecine et chirurgie pédiatrique avec maintien d'une offre de proximité à l'Hôpital Nord.
Renforcement des filières neurosciences	- Regroupement neurologie, neurochirurgie, UNV (de la base du crâne au vasculaire et à la prise en charge tumorale). - Maintien de l'activité d'urgence à l'Hôpital Nord.
Hyperbarie	- Transfert de l'Hôpital Sud vers la Timone.
Urgences psychiatriques	- Transfert de la Conception vers la Timone.

Tableau 11 : Les actions prévues à l'hôpital de la Conception

Regroupement du pôle tête et cou (ORL, maxillo-faciale)	- Transfert hôpital Nord vers Conception.
Chirurgie plastique	- Transfert hôpital Nord vers Conception en 2015.
Pôle endocrinologie (depuis 2015)	- Regroupement depuis 2015 sur Conception en provenance de l'Hôpital Nord, la Timone et l'Hôpital Sud. - Maintien d'urgence cardio-métabolique à l'Hôpital Nord.

Tableau 12 : les actions prévues dans les hôpitaux Sud

MPR	
Gériatrie	
Rhumatologie	
Psychiatrie	
Pédopsychiatrie	- Urgences sur la Timone.

Observation : La mise en cohérence de ces différentes opérations justifierait d'un tableau de synthèse pour une meilleure visibilité des thématiques propres à chaque site. Elle permettrait de relever certaines discordances relatives au nombre de lits et places concernés par les opérations de transfert.

L'accessibilité dans ces sites justifie t'elle d'une double implantation de certaines activités sur Hôpital Nord et Timone ?

Activités concernées :

- urgences ;
- spécialités médicale et chirurgicales post urgence immédiat (traumato, digestif, spécialités médicales et chirurgicales, dermatologie) ;
- obstétrique et néonatalogie (2 maternités de niveau 3) ;
- Spécialités médicotéchniques et soins critiques liés aux surspécialités des deux sites principaux :
 - hôpital Nord : Soins critiques respiratoires, Traumatologie, Transplantations ;
 - hôpital Timone : Chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie.
- oncologie : une UMA sur chacun des deux sites principaux.

Observations : La taille de l'agglomération marseillaise justifie ces doubles implantations en réponse à l'urgence et à une prise en charge de proximité.

Organisation des surspécialités

- recherche d'équilibre et de complémentarité Nord-Centre ;
- activités de recours regroupées selon leur thème sur un seul site afin de supprimer des doublons :
 - surspécialités médicales et chirurgicales pédiatriques sur l'Hôpital de la Timone ;
 - surspécialités chirurgicales.
 - Neurochirurgie : regroupement sur la Timone. Toutefois la neuro traumatologie est maintenue à l'Hôpital Nord en lien avec le Trauma-Center.
 - Chirurgie colorectale (forte valence oncologique), gastroentérologie et chirurgie digestive : regroupement sur la Timone.
 - Chirurgie Hépato-pancréatique : regroupement sur Hôpital Nord (Centre régional référent pour la chirurgie du foie et du pancréas).
 - OPH : regroupement sur Hôpital Nord.
 - Chirurgie ORL et maxillo-faciale (regroupement sur l'Hôpital de la Conception).

Organisation en pôles Hospitalo-universitaires.

Les paramètres retenus autour de la logique de pôle :

- service de même spécialités regroupés dans un même pôle (ex : Orthopédie, Dermatologie, cardiologie interventionnelle et rythmologie, etc.) ;
- constitution de pôles intersites ;
- maintien sur chaque site d'une offre de proximité et d'une valence hospitalo-universitaire.

La réorganisation des pôles a permis de passer de 25 à 22 pôles intersites en 2018.

La composition des pôles ci-après paraît cohérente :

- cardiovasculaire et thoracique ;
- maladies de l'appareil digestif ;
- urologie Néphrologie ;
- locomoteur ;
- maladies infectieuses ;
- maladies métaboliques et endocrinologie ;
- médecine interne et oncologie dont hématologie.

Observations : Le pôle GEST RUSH ne correspond à aucune logique médicale. Il regroupe en effet la gériatrie, les urgences de l'Hôpital Nord, la réanimation médicale et des urgences, l'hyperbarie et le SAMU.

Recommandation n°8 : les niveaux de regroupement en pôles pourraient être plus structurants. Ainsi les dix pôles suivants pourraient être regroupés au sein de quatre pôles :

- Regroupement des pôles Promod (tête et cou), ORL, Maxillo-faciale, Odontologie.
- Regroupement des pôles MICA (Urgences Réa et Anesthésie, réanimation Nord) et Anesthésie Réa Centre.
- Regroupement des pôles Femme-enfant-parents et Pédiatrie.
- Regroupement des pôles Dermatologie et Chirurgie réparatrice.

Ces niveaux de regroupement ne sont donnés qu'à titre d'exemple. Sur le fond, la réflexion stratégique sur l'organisation en pôles est à poursuivre afin d'identifier des identités polaires traduisant une véritable stratégie hospitalo-universitaire.

Création d'une filière transversale d'oncologie.

Observations : l'organisation de cette filière n'est pas précisée ni son articulation et sa mise en cohérence avec les pôles d'activités ci-dessus.

2.2 Réduire les capacités d'hospitalisation complète et offrir de nouveaux modes d'hospitalisation (ambulatoire, consultations) dans une logique de parcours de soins.

2.2.1 Evolution des capacités et traduction par site.

Analyse des évolutions capacitaires en lits et places

Les données globales des évolutions capacitaires en lits et places peuvent être résumées sous la forme du tableau suivant :

Tableau 13 : Synthèse des évolutions capacitaire en lits et places

	Lits					Places		
	Avant projet	Cible 2019 avant opérations. nouvelles	Opérations nouvelles	Cible après projet	Ecart	Avant projets	Après projet	Ecart
Médecine	1 429	1 338	68	1 406	- 23	263	276	+ 13
Chirurgie	824	655	/	655	- 169	81	92	+ 11
Obstétrique	145	127	/	127	-18	19	9	-10
Total	2 398	2 120	68	2 188	-210	363	377	+ 14

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Compte tenu de la création de 68 lits au titre des opérations nouvelles, la réduction capacitaire avant-projet est de -278 lits HC sur le périmètre APHM (- 11,6 %) et - 138 lits HC sur le périmètre du projet.

Au total, l'évolution capacitaire ambulatoire est de : + 14 places.

Données globales, par site, sur le périmètre du projet, après opérations nouvelles.

Tableau 14 : Evolutions capacitaire sur le périmètre du projet

	TA		TE		HN		Total		Ecart
	Avant projet	Après projet	Avant projet	Après projet	Avant projet	Après projet	Avant projet	Après projet	
HC	954	863	360	322	707	698	2 021	1 883	≠ 138
HDJ	97	104	51	50	42	52	190	206	+ 16
UCA	24	17	6	14	29	38	59	69	+ 10
HDJ Obs.	/	/	14	7	5	2	19	9	- 10
Total	121	121	71	71	76	92	268	284	- 16

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Selon les documents, les chiffres divergent concernant les créations de lits au titre des opérations nouvelles. Il est fait état de création tantôt de 68 lits (39 de soins critiques et 29 d'UNV), tantôt de 70 lits (38 de soins critiques et 32 d'UNV). Les différences proviennent du décompte UNV (29 lits au lieu de 32 lits), et du décompte des soins intensifs de néonate (+3 lits au lieu de +1).

Dans la suite de l'analyse, nous retiendrons le chiffre de 68 créations au titre des opérations nouvelles, soit +32 UNV et +36 soins critiques selon le tableau capacitaire (document 30).

Au global, sur le périmètre de l'APHM, la réduction capacitaire en HC avant-projet est de - 278 lits et l'augmentation de places en ambulatoire est de + 14 lits.

Observation : La prudence de ces évolutions sur l'ambulatoire interroge sur la réflexion médicale qui y a conduit.

Réductions capacitaires par site et par activités MCO en HC.

Tableau 15 : Réductions capacitaires sur Timone adultes

	Avant projet (1)	Cible 2029 Après projet Hors opérations nouvelles (2)	Ecart (2-1)	Opérations nouvelles (4)	Après projet Y compris opérations nouvelles (5)	Ecart (5-1)
Médecine	642	580	- 62	32	612	- 30
Chirurgie	312	250	- 61	/	251	- 61
Obstétrique	/	/	/	/	/	/
Total	954	831	- 123	- 32	863	- 91

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Tableau 16 : Réductions capacitaires sur Timone enfants

	Avant projet (1)	Cible 2029 Après projet Hors opérations nouvelles (2)	Ecart (2-1)	Opérations nouvelles (4)	Après projet Y compris opérations nouvelles (5)	Ecart (5-1)
Médecine	180	180	/	12	192	+ 12
Chirurgie	118	80	- 38	/	80	- 38
Obstétrique	62	50	- 1	/	50	- 12
Total	360	310	- 50	12	322	- 38

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Tableau 17 : Réductions capacitaires sur Hôpital Nord

	Avant projet (1)	Cible 2029 Après projet Hors opérations nouvelles (2)	Ecart (2-1)	Opérations nouvelles (4)	Après projet Y compris opérations nouvelles (5)	Ecart (5-1)
Médecine	531	427	- 5	24	451	+ 19
Chirurgie	225	199	- 26	/	199	- 26
Obstétrique	50	48	- 2	/	48	- 2
Total	707	674	- 33	24	698	- 9

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Hôpital de la Conception : réduction de 292 à 240 lits en HC

Hôpitaux Sud : réduction de 85 à 65 lits en HC

2.2.2 Nouveaux modes de prise en charge ambulatoire.

Virage ambulatoire

Sur la base du rapport IGAS-IGF relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, le taux cible applicable à l'APHM et retenu pour le dimensionnement, est de 45,20% en 2020.

Le taux actuel est de 32,9%.

Evolution capacitaire des UCA au global sur le périmètre du projet.

Tableau 18 : Evolution capacitaire des UCA

Site	UCA	
	Avant projet	Après projet
TA	24	17
TE	6	14
H Nord	29	38
Total	59	69
Ecart	+ 10	

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Timone adulte.

- Capacité actuelle : 24 places.
- Capacité future : 17 places (- 7 places dont - 5 par transfert à HÖPITAL Nord et suppression de 2 places).
- Rotation : 142%

Observations :

La capacité envisagée de 17 places pour une capacité de HC Chirurgie de 251 lits paraît d'autant plus faible que les disciplines chirurgicales implantées à la Timone adulte constituent un potentiel significatif en faveur du virage ambulatoire.

Malgré la réduction en nombre de places à la Timone, l'activité prévisionnelle de l'UCA est multipliée par 2 par rapport à l'activité actuelle.

Timone Femme-enfant.

- Chirurgie pédiatrique : Evolution capacitaire de 4 à 12 places.
- Rotation : 103% du fait de la spécificité pédiatrique.
- Gynécologie : Maintien de la capacité à 2 places.

Hôpital Nord

Evolution capacitaire de 29 à 38 places dont + 3 en chirurgie pédiatrique et + 6 autres spécialités dont OPH.

Rotation : 128% sauf chirurgie pédiatrique : 320% (ce taux de rotation est étonnant comparé à celui de la chirurgie pédiatrique Timone enfant).

A l'appui des évolutions capacitaires en HC et en ambulatoire, l'APHM évoque plusieurs facteurs :

- la faible culture de l'ambulatoire au sein de l'établissement ; quasi inexistence d'unités dédiées à ce jour ;
- une DMS moyenne de 2,1 jours sur l'entité juridique justifiant du maintien du taux actuel d'ambulatoire médical.

Observations : La DMS moyenne de 2,1 jours sur l'entité juridique est probablement erronée au vu des DMS par activité figurant au tableau capacitaire (document 30).

Pour justifier la faiblesse du virage ambulatoire projeté, l'APHM argumente également sur :

- le niveau de recours, de 6,07% en 2017 versus 5,51% moyenne CHU.
- Niveau de sévérité 3 et 4 : 11,37% versus 10,45% moyenne CHU.

De surcroît l'APHM avance que les établissements privés ont pris les devants et que l'impact financier serait trop important si le taux ambulatoire était trop relevé.

Observations : Ces faibles évolutions capacitaires semblent refléter une réflexion non aboutie sur la stratégie médicale à moyen terme de l'établissement.
Sur ce point la documentation est silencieuse sur les projets médicaux de pôles et leur stratégie médicale.
L'APHM ne tient donc pas compte des transferts HC vers ambulatoire en lien avec le virage du même nom.

2.2.3 Dimensionnement des plateformes HDJ et consultations externes.

Tableau 19 : Evolution capacitaire en places sur le périmètre du projet

Site	HDJ		HDJ Obs.	
	Avant projet	Après projet	Avant projet	Après projet
TA	97	404	/	/
TE	51	50	14	7
OH Nord	42	52	5	2
Total	190	206	19	9
Ecart	+ 16			- 9

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Rappel du contexte : l'augmentation d'activité est plafonnée à l'évolution démographique.

Les paramètres retenus sont :

- HDJ :
 - Ouverture de 250 jours
 - Rotation : 130% sauf pédiatrie 100% et sauf cancérologie 160%
- Consultations :
 - Ouverture de 230 jours, 5 jours par semaine.
 - Vacation : 2 fois 4 heures par cabinet/par jour.
- Consultations courtes orthopédie et anesthésie
 - 3 patients par heure

- 5 000 CS par an et par cabinet.
- Consultations longues : vasculaire, digestif, médecine interne et gériatrie.
 - 1 patient par heure
 - 2 500 CS par an et par cabinet

Observations : Il est possible d'optimiser ces paramètres :

CS courtes : 4 patients par heure.

CS longues : 1,5 à 2 patients par heure.

Possibilité d'optimiser et donc de réajuster le nombre de cabinets de consultations sur les bases ci-dessus.

Les capacités projetées sont :

- Timone Adultes
 - HDJ : Evolution capacitaire de 97 à 104 places (+ 7 places)
 - Consultation : 51 cabinets avec possibilité de réajustement. Cf. Ci-dessus
- Timone Femme-enfant
 - HDJ : Réduction de 65 à 57 places (-8 places)
 - CS 42 cabinets avec possibilité de réajustement. Cf. Ci-dessus
- Hôpital Nord
 - HDJ : Evolution capacitaire de 47 à 54 places (+7 places)
 - Consultation : 53,2 cabinets avec possibilité de réajustement. Cf. Ci-dessus

2.2.4 Opérations nouvelles.

Impact capacitaire

Les opérations nouvelles conduisent à créer 68 lits d'HC

Tableau 20 : Synthèse des opérations nouvelles :

Disciplines	Timone adultes	Timone enfants	Hôpital Nord	
UNV	+ 32	12 SI 20 HC		
Soins critiques		+ 1 SI néonate + 3 Réa néonate + 4 Ceredih	15 4	5 Réa poly 5 SC de réa poly 5 SC de réa méd. SC de réa ped
Oncologie thoracique et multidisciplinaire			+ 5	
Posturgence cardiovasculaire			+ 4	
Total	32	8	28	

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

On note un problème de cohérence des chiffres selon les documents :

- en neurologie : le nombre de lits supplémentaires est de 29 ou 32 selon les documents. Nous retiendrons le nombre de 32 soit 12 SI + 20 HC ;
- concernant les soins critiques enfants : le nombre de lits à créer de SI néonate est soit 1, soit 3 selon les documents. Nous retiendrons le chiffre de 1 (référence document capacitaire n°30).

Séjours additionnels.

Les opérations nouvelles ne concernent que les disciplines médicales et plus particulièrement les soins critiques et la neurologie. Ces évolutions sont en conformité au schéma régional de santé.

5 630 séjours additionnels sont projetés à l'horizon 2029.

Observations : Les évolutions capacitaires en UNV sont conformes aux recommandations de l'ARS.
Toutefois, concernant la création de 20 lits froids en HC, une meilleure prise en charge de proximité pourrait justifier un déploiement de lits sur les établissements de santé du GHT.
La gestion des flux de patients à l'échelle du GHT n'est pas décrite. Ceci ne permet pas d'apprécier la coordination de l'aval des urgences sur l'ensemble des services de médecine du GHT.

Recommandation n°9 : Une cellule de gestion des flux de patients à l'échelle du GHT serait pertinente.

Observation : Les évolutions capacitaires en soins critiques tant en pédiatrie qu'en médecine adulte sont validés par l'ARS (conformité au SROS-PRS).

Hypothèse d'évolution d'activité médicale.

Paramètres retenus relatifs à l'évolution de l'activité :

- DMS : 2,1 jours (Cf. commentaire supra sur ce ratio) ;
- taux d'occupation : taux prévisionnels conformes aux préconisations de l'Anap ;
- médecine et chirurgie : 95% ;
- obstétrique : 85% ;
- IPDMS inférieur à 1, soit en médecine 0,93 et en chirurgie et obstétrique 0,94 ;
- évolution de la demande en soins sur le GHT à l'horizon 2025 : + 9% ;
- évolution de la population sur le GHT à l'horizon 2040 : + 0,32% par an ;
- taux de capture prudentiel: 30% sur les recettes additionnelles et les récupérations d'activité.

Evolution des parts de marché :

La part de marché actuelle de l'APHM est de 18,2% sur son territoire.

- Médecine : 22%
- Chirurgie : 12,8%
- Obstétrique : 18,8%

L'évolution de la part de marché se caractérise par :

- une perte de part de marché en 2017 par rapport à 2016 : - 1,6% au global ;
- d'ici à l'année cible 2029, soit plus trois ans après l'ouverture, la prospective effectuée évalue l'impact tendanciel de la concurrence à - 0,6% en moyenne ;
- l'évolution du marché étant évaluée à 0,9% par an, les projections d'évolution d'activité avant opérations nouvelles sont évaluées à +0,3% par an.

LAPHM perd des parts de marché sur des spécialités à fort potentiel de développement :

- cardiologie ;
- Chirurgie plastique (- 20 points) ;
- OPH et neurochirurgie (- 10 points) ;
- radiothérapie (- 7 points) ;
- urologie et MPR (- 4 points) ;
- médecine interne (-1 point).

LAPHM estime être en capacité d'augmenter ses parts de marché sur les activités priorisées suivantes :

- cardiovasculaire thoracique avec le développement de la cardiologie interventionnelle ;
- neurosciences avec l'augmentation capacitaire en UNV ;
- maladies de l'appareil digestif avec le développement de l'endoscopie ;
- orthopédie traumatologique ;
- oncologie avec le renforcement des capacités, notamment à l'hôpital Nord.

Observations : Pour ce qui concerne les activités cardiovasculaires-thoraciques et maladies de l'appareil digestif, les prévisions à l'horizon 2029 ne reflètent pas clairement la capture de parts de marchés supplémentaires alors que la demande en soins est susceptible de progresser de 9% sur le GHT à l'horizon 2025.

Prévisions d'activité.

On observe une stabilité en nombre de séjours HC en lien pour l'essentiel avec le paramètre de l'évolution populationnelle (+ 0,32% par an jusqu'en 2040) conformément au SROS.

Les transferts HC vers HDJ et UCA, en lien avec le virage ambulatoire, se traduisent par une baisse d'activité en HC, dans certaines disciplines, couplée à une augmentation relative en HDJ :

- chirurgie digestive ;
- chirurgie de la main ;
- urologie ;
- ORL et maxillo-faciale ;
- chirurgie pédiatrique.

En ophtalmologie les prévisions sont à la baisse en HC ainsi qu'en HDJ.

Observations : Le projet médical est peu explicite sur les problématiques d'attractivité et d'évolution des parts de marché sur les disciplines à fort potentiel concurrentiel. Le prochain projet médical devrait approfondir la réflexion sur ce point de façon prioritaire. Notamment, l'impact tendanciel de la concurrence, évalué à -0,6 % laisse à penser que l'évolution de la demande en soins sur le territoire sera captée en totalité par les autres acteurs de santé

Taux d'évolution annuel moyen en volume des séjours sur l'entité APHM, 2019-2029.

Avant plan d'action :

- Hospitalisation complète : +0,32% ;
 - Médecine : +0,26 % ;
 - Chirurgie : +0,41 % ;
 - Obstétrique : +0,54 %.
- Séjours 0 jours
 - HDJ et ambu : +0,06 % ;
 - Médecine : +0,11 % ;
 - Chirurgie : -0,20 % ;
 - Obstétrique : +0,82 %.

- Séances : +0,92 % ;
- Total GHS : +0,50 %.

Après plan d'action :

- Hospitalisation complète : +0,54 % ;
 - Médecine : +1,07 % ;
 - Chirurgie : +0,76 % ;
 - Obstétrique : +0,54 %.
- Séjours 0 jours
 - HDJ et ambu : +2,91 % ;
 - Médecine : +0,91 % ;
 - Chirurgie : +8,07 % ;
 - Obstétrique : +0,83 % ;
- Séances : +1,54 % ;
- Total GHS : +1,56 %.

Après plan d'action et hors opérations nouvelles :

Sont pris en compte le virage ambulatoire et le développement d'activités, hors impact des évolutions capacitaires UNV et soins critiques.

- Hospitalisation complète : +0,12 % ;
 - Médecine : +0,46 % ;
 - Chirurgie : -0,76 % ;
 - Obstétrique : +0,54 %.
- Séjours 0 jours
 - HDJ et ambu : +2,91 % ;
 - Médecine : +0,91 % ;
 - Chirurgie : +8,07 % ;

- Obstétrique : +0,83 %.
- Séances : +1,54 % ;
- Total GHS : +1,42 %.

Observations : L'hypothèse retenue d'évolution des séjours après plan d'action et hors opérations nouvelles est inférieur au scénario médian de l'étude Omphale 2010. Cette hypothèse n'est pas cohérente avec l'ambition de développer les activités concurrentielles prioritaires et de récupérer des parts de marché.

Taux d'évolution annuel moyen des journées sur l'entité APHM, 2019-2029.

Tableau 21 : Taux d'évolution annuel moyen des journées sur l'entité APHM, 2019-2029.

Journées	Taux d'évolution sur la période	Taux d'évolution annuel moyen
HC	+5,18%	+0,43%
Journées HDJ	+13,33%	+1,11%
Total journées dont activités nouvelles	+5,86%	+0,49%
Total journées hors activités nouvelles	+5,15%	+0,43%
Journées HC hors activités nouvelles	+2,05%	+0,17%

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Observations : Une étude prospective, sur la base des DMS cible/GHS, permettrait de fiabiliser l'évolution du nombre des séjours et les besoins théoriques en lits, par discipline.

2.2.5 Logique de parcours.

Développement ci-après sur le GHT.

Observations : La logique de parcours est peu documentée dans le projet médical et le PMP.

2.3 Ouvrir le CHU au territoire et aux partenaires.

2.3.1 Structuration du GHT.

Le GHT 13 comporte treize établissements de santé représentant 9 300 lits et places.

Un Projet Médical Partagé (PMP) a été établi qui identifie 7 filières (ou 8) selon les documents :

- cardio interventionnelle (qui n'apparaît pas dans tous les documents) ;
- neurovasculaire ;

- orthopédie traumatologie ;
- psychiatrie ;
- urgences ;
- pharmacie ;
- biologie ;
- imagerie.

Il est prévu dans un second temps que soit étudiées les filières suivantes :

- digestif ;
- cancérologie ;
- pédiatrie ;
- gynécologie ;
- gériatrie.

Un des objectifs fixés est de faire évoluer le flux des patients publics, actuellement adressés au secteur privé, vers l'APHM.

Pour ce faire, les mesures suivantes sont projetées :

- développement de postes à temps partagé (37 postes sont à ce jour à l'effectif de l'APHM) ;
- développement de la télémedecine ;
- consultations avancées ;
- admissions directes sans passage aux urgences.

Parallèlement l'APHM a constitué un GCS avec le CLCC.

Les séjours de cancérologie du département 13 sont actuellement à 70 % réalisés au sein du GHT, à raison de :

- 30 % à l'APHM ;
- 29 % au CLCC ;
- 9 % dans les établissements publics du GHT.

Observations : Les développements relatifs aux filières au sein du GHT apparaissent à ce stade comme des déclarations de principe assez classiques dans leur contenu. Les modalités opérationnelles de mise en œuvre ne sont pas décrites avec précision. L'organisation en filières mériterait d'être plus structurée et mieux documentée. Notamment la formalisation de protocoles communs de prise en charge, supports d'un véritable projet médical partagé permettrait d'identifier des parcours de soins intégrés, dans une logique gagnant-gagnant, et non pas seulement une amélioration de l'adressage par les ESP du GHT vers l'APHM.

La gouvernance et le pilotage du GHT.

L'APHM est l'établissement support du GHT.

La structuration du GHT, sa gouvernance ne sont pas décrites de façon détaillée. Les moyens mis à disposition du GHT sont modestes comparés à d'autres GHT.

Observations : Il n'est pas démontré l'existence d'une dynamique collective au sein du GHT.
L'APHM met en avant l'objectif de réorienter des patients vers ses services plutôt que vers le secteur privé.
Aucun élément ne permet de vérifier que le GHT consolide les autres établissements de santé du GHT.
Le budget annexe du GHT ne comporte pas de logique intégrative.

3 Enjeux organisationnels et fonctionnels.

Le ROI global est évalué à 142 000 000 d'euros sur la période 2019-2029. Il comporte trois volets générateurs d'économies de charges et de recettes supplémentaires :

- CREF	47 786 052 euros
- Plan de transformation des organisations	85 889 707 euros
- Opérations nouvelles	8 791 379 euros

L'impact du ROI en économies de charges seules est le suivant :

- CREF	- 44 648 316 euros
- Plan de transformation des organisations	- 53 686 369 euros
- Opérations nouvelles	+ 12 375 634 euros

Les transformations organisationnelles envisagées et génératrices de gains sur marge par économies de charge s'articulent autour de 4 objectifs :

- efficacité sociale :
 - efficacité des fonctions RH, PNM et PM.
- efficacité médicale :
 - thématization des sites par spécialité ;
 - organisation de pôles intersites. ;
 - réduction capacitaire ;
 - conversion ambulatoire.
- efficacité du parcours de soins :
 - standardisation des unités de soins et mutualisation des lits au sein des pôles ;
 - regroupement ambulatoire et consultations en secteurs dédiés et facilement accessibles ;
 - réorganisation des activités concurrentielles.
- efficacité budgétaire :
 - réorganisation des secteurs hôteliers, logistiques et administratifs ;
 - gestion des achats et des recettes.

3.1 Efficacité sociale

3.1.1 Fonction RH personnel non médical

Tableau 22 : Réduction des postes en ETP

Période 2015-2018	-139 ETP se décomposant en -346 ETP (réorganisation des activités) et +207 ETP (activités nouvelles).
Période 2019-2029 Hors Op. nouvelles	-859 ETP dont -400 au titre de la réorganisation des soins.
Opérations nouvelles	+ 303 ETP se décomposant comme suit : + 142 ETP (réajustement capacitaire, soins critiques, UNV) + 161 ETP (crédits ciblés ou issus de projets médicaux)

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

3.1.2 Pistes d'efficience.

Dans le cadre du CREF, pour la période 2016-2018, différentes mesures d'optimisation du temps de travail ont été identifiées.

Le taux de réalisation fin 2018 est en deçà des prévisions notamment concernant les actions suivantes :

Tableau 23 : Actions d'efficience

Actions	Economies attendues	Taux de réalisation fin 2018
Réduction de l'absentéisme	4 000 000 euros	63%
Optimisation de la valorisation du temps de travail	1 000 000 euros	27%
Orthodoxie réglementaire appliquée à la gestion RH	3 100 000 euros	24%

Source : contre-expertise d'après les données du dossier d'évaluation socio-économique

Sur la base du coût moyen annuel d'un agent autour de 48 000 euros, ces objectifs d'économies représentent l'équivalent de 169 ETP soit 1,41 % de l'effectif de 12 027 ETP au 31-12-2018.

Malgré cet objectif limité, le taux de réalisation est inférieur aux prévisions.

Un chantier Présentéisme a été lancé en 2019 dans le cadre du CREF.

L'objectif est de ramener le taux d'absentéisme qui est actuellement de 10,3 % sur l'ensemble APHM à 8 %, taux actuel moyen des CHU.

Les actions à engager portent sur :

- la réorganisation du temps de travail ;
- le renforcement de l'encadrement ;
- la modification des modalités de remplacement ;
- les conditions de travail et le QVT.

Observations : Le gain attendu du chantier présentéisme est de 2 500 000 euros, converti par l'établissement en 260 ETP présents en plus chaque jour. 260 ETP représentent un coût de 12 480 000 euros, ce qui ne correspond pas au gain attendu.

Recommandation n°10 : Par ailleurs et fin 2019, le taux d'absentéisme reste supérieur à 10 %. Un bilan et un ajustement des actions projetées doivent être engagés pour tenir l'objectif fixé.

Le plan de transformation des organisations, plan Avenir APHM, s'inscrit dans la continuité du CREF et en reprend certaines mesures d'optimisation de l'exploitation :

- Révision des maquettes organisationnelles des unités de soins (28-30/32 lits)
- Nouvelle maquette, matin, après-midi et nuit 2 IDE / 2 AS sur 12h ou 7h48
- En neurologie et oncologie 1 IDE de jour en plus

- En pédiatrie, matin, après-midi : 3 IDE / 3AS
- nuit : 2 IDE / 2AS
- Les maquettes des autres secteurs d'activités ont également été révisées (blocs, UCA, CS).
- Evolution des personnels non soignants : Sur un effectif total de 361 ETP de secrétariats médicaux est prévu un projet d'économie de 25 ETP, soit un gain de 5% des effectifs. Ce gain pourrait être réévalué après mise à plat des organisations actuelles et mériterait une déclinaison opérationnelle d'un projet métier adapté aux évolutions numériques.

Observations : La numérisation des process (compte-rendu, prise de rendez-vous) qui vient en appui des économies envisagées, nécessiterait un travail approfondi sur l'évolution des métiers de secrétaire médicale et d'agent administratif d'accueil et de recouvrement vers un nouveau métier d'assistant médico-administratif (AMA).

Le projet de modernisation : les opérations nouvelles.

Ce projet génère bien évidemment des charges supplémentaires liées au fonctionnement des nouvelles activités. La plupart de ces activités disposent d'effectifs normés (ex : soins critiques). Le taux de capture prudentiel retenu est de 30 % des recettes additionnelles.

Observations : Les effectifs d'ETP de personnels non médicaux sont projetés à l'horizon 2029 à 11 520 ETP, contre 12 027 ETP en 2019. Les objectifs d'économie concernant le personnel non médical sont relativement modestes, en regard des écarts à la norme largement détaillés dans le plan CREF et le plan Avenir APHM.

Fonction RH personnel médical

- Période 2015-2018 : + 40 ETP (dont 37 postes à temps partagé dans le cadre du GHT)
- Période 2019-2029 : + 8 ETP séniors.
- Stabilité à hauteur de 1240 ETP dès 2023

Une politique de recrutement dynamique, notamment sous la forme de contrats individualisés, est prévue.

Observations : La politique de recrutements individualisés génère des surcoûts par rapport au cadre réglementaire.

3.2 Efficiences médicales

Elle repose sur :

- Une réorganisation des pôles avec notamment la mise en place de pôles intersites regroupant les services de même discipline et/ou complémentaires sur le plan de la prise en charge médicochirurgicale ;
- La thématization des sites et la suppression des doublons concernant les activités de recours, accompagnées d'un redimensionnement capacitaire ;
- Le renforcement des soins critiques à l'hôpital Nord et de l'UNV à la Timone ;
- Le regroupement dans le futur bâtiment Timone enfants de la pédiatrie et de l'obstétrique ;

- L'amélioration de l'attractivité auprès des PH moyennant une politique de recrutement individualisé (contrats assortis de conditions supérieures au cadre réglementaire).

Observations :

Selon l'établissement il existe une dynamique médicale par l'association au projet de réorganisation des responsables médicaux.

Cependant le dossier manque d'exemples permettant d'illustrer cette association des médecins dans le cadre d'une gouvernance médico-administrative.

Ainsi aucun détail n'est apporté sur la traduction dans les projets de pôles des actions projetées, ni même sur l'existence de ces projets de pôles et sur la gouvernance des pôles.

3.3 Efficiences du parcours de soins

Elle repose sur les actions suivantes :

- standardisation des US et mutualisation des lits au sein des pôles ;
- conversion ambulatoire :
 - regroupement de l'ambulatoire et des consultations externes dans les niveaux bas des bâtiments sur les différents sites ;
 - création d'unités dédiées en HDJ et UCA ;
 - organisation des consultations externes en sous-ensembles regroupant des activités complémentaires avec mutualisation des cabinets.
- urgences générales regroupées à la Timone ;
- dynamisation des activités concurrentielles : cardiovasculaire et thoracique, neurologie, digestif, orthopédie, oncologie. Les modalités opérationnelles renvoient au développement de l'ambulatoire, à une meilleure programmation des séjours ainsi qu'un meilleur adressage, au développement des actes interventionnels, à un renforcement de la prise en charge en soins critiques, à une restructuration des filières oncologiques ;
- organisation de filières dans le cadre du GHT (Cf. supra).

Observations : Ces différentes actions, notamment les deux dernières, constituent plus une déclaration d'attention qu'un véritable plan d'action.

Il importe de traduire concrètement dans les projets de pôles, les modalités opérationnelles de mise en œuvre coordonnées de ces actions.

Les prévisions d'activité ne traduisent pas l'impact de la dynamisation des activités concurrentielles.

3.4 Efficiences budgétaires

Elle concerne en particulier :

- Le plateau technique

Tous les secteurs du plateau technique sont impactés dès le CREF par de nombreuses mesures : organisation de la fonction pharmaceutique, imagerie médicale, maîtrise médicalisée des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, ...

Toutefois la mise en œuvre de ces mesures rencontre des résistances sur le terrain.

- Les secteurs logistiques, administratifs et la fonction achats
 - Economies sur les secteurs logistiques, techniques et administratifs.
 Dans le cadre du CREF, un objectif de réduction de 300 ETP sur ces secteurs a été posé, sur les exercices 2016 à 2020.
 A ce jour, ce résultat n'est pas atteint puisqu'il est chiffré à - 104 ETP sur la période 2017-2019.
 - Réorganisation de l'ensemble des fonctions logistiques et administratives.
 La finalisation de la plateforme logistique rencontre des problèmes de mise en œuvre.
 - Economies sur les achats.
 Les actions portent sur la réorganisation de la fonction achats et sur la maîtrise des consommations
 L'objectif de 16 100 000 euros affichés dans le CREF pour la période 2016-2020 a atteint un taux de réalisation supérieur à 100%.

Recommandation n°11 : Les modalités opérationnelles de mise en œuvre des plans d'actions sont à affiner afin de garantir l'effectivité des actions engagées et leur réajustement éventuel par un suivi régulier des résultats intermédiaires. En effet des difficultés de mise en œuvre sont rencontrées et nécessiteraient la mise en place de dispositifs d'alerte pour y faire face.

3.5 Observations générales sur le ROI

Plusieurs observations se dégagent de l'analyse :

- L'articulation des différents plans d'actions, CREF, Plan de transformation des organisations, manque de visibilité. Le plan Avenir APHM comporte de nombreuses actions qui s'apparentent plus à un diagnostic qu'à de véritables plans d'actions.
- Les taux de capture prudentiels, annoncés à 70 % pour les charges, seraient en fait à 50 % au vu des compléments d'informations apportés. Cette modification crée une incertitude sur le taux qui sera effectivement retenu dans le cadre du plan de transformation des organisations.
- Les modalités de mise en œuvre des réductions d'effectifs ne sont pas précisées. Le seul élément précisé concerne le volume des départs naturels permettant de fiabiliser la politique de réduction des effectifs.
- Il serait utile d'établir un plan d'accompagnement des transformations organisationnelles et des réductions d'effectifs qui en résultent en évaluant précisément les actions à conduire (formation, coaching, renforcement des équipes lors des étapes de transition, accompagnement des déménagements et des transferts, ...). Le pilotage de ce projet de management du changement est une priorité dans un contexte social tendu.
- Plus globalement, en termes de pilotage et de gouvernance, l'articulation des différents projets (CREF, plan de transformation des organisations, projet immobilier) manque de clarté. Le niveau stratégique de gouvernance est formel et ne garantit pas la coordination de l'ensemble des projets sur la durée.
- Tous les secteurs d'activité sont concernés par le CREF et, dans sa continuité, par le plan de transformation des organisations.

Les enjeux sont considérables.

Il convient de souligner l'ambition de l'APHM de mener de front de très nombreux chantiers touchant à la structuration même de chaque secteur d'activité.

La coordination de l'ensemble de ces actions est un enjeu majeur.

Le risque de décalage dans l'atteinte des résultats est réel.

Recommandation n°12 : Ce risque rend nécessaire un pilotage suffisamment fort sur le plan de l'accompagnement des professionnels afin de rendre plus visible auprès des acteurs la vision d'ensemble qui préside à la définition et à l'ingénierie de ces projets.

3.6 L'efficience à l'épreuve du pilotage et de la gouvernance d'ensemble du projet

Les compléments apportés par l'APHM sur le pilotage global des différents volets du projet (réorganisation immobilière, transformation des organisations, opérations nouvelles, schéma directeur immobilier de long terme) apportent des réponses formelles aux interrogations sur le niveau de pilotage stratégique du projet.

La description de l'équipe projet reste très théorique, dans sa composition, ses missions, sa méthodologie, ses marges de manœuvre.

Nécessité d'une task force médico-administrative, chargée d'une mission clairement définie et en capacité de coordonner les différents chantiers au plus près des acteurs de terrain, de proposer toute mesure d'accompagnement, d'actualisation.

Un projet de management constituerait un instrument utile pour donner plus de lisibilité aux différentes transformations envisagées, pour l'ensemble des acteurs impactés par ces évolutions.

Ce projet de management devrait en toute logique comporté un volet puissant d'accompagnement au changement (plans de formation, coaching; mesures transitoires d'aide opérationnelles, déroulement de carrière, QVT, etc.) facilitant l'acculturation des professionnels aux évolutions projetées et leur implication dans leur mise en œuvre.

La conduite de ce projet nécessite une implication conjointe du Directeur Général, du Président de la CME, des Doyens, de tous les responsables médicaux et de tous les niveaux hiérarchiques administratifs, techniques et logistiques.

Le Directoire devrait être le garant de cette dynamique.

Recommandation n°13 : Proposition d'accord de méthode pour l'accompagnement du changement dans le cadre du projet de modernisation de l'APHM. L'accord de méthode se traduit par une contractualisation avec les différents pôles médicaux et non médicaux, après concertation avec les instances hospitalières.

3.6.1 Les enjeux de la démarche :

- Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des transformations issues du projet de modernisation ;
- Développer une approche managériale permettant aux acteurs de s'approprier les enjeux stratégiques du projet et de les décliner au niveau de leur secteur d'activité et responsabilité ;

- Au regard des objectifs fixés au niveau institutionnel, définir le contenu de projets de pôles ;

3.6.2 La méthodologie

- A partir :
 - Du calendrier de déroulement des opérations immobilières ;
 - Du plan d'action Efficience précédant et accompagnant le projet immobilier dans la durée.
- Elaborer au niveau de chaque pôle ou secteur d'activités :
 - Une déclinaison du plan d'action institutionnel sur ses différents versants immobilier et organisationnel ;
 - Un projet de pôle associant à la fois la traduction des objectifs institutionnels en objectifs adaptés au pôle concerné et des objectifs spécifiques aux pôles.
- Identifier les seuils d'alerte propre à chaque pôle, avant, pendant et après travaux et/ou transfert et établir un plan de gestion des alertes.
- Identifier les pistes d'efficience à prioriser sur chacun des pôles :
 - Conduire un travail participatif propre à chaque pôle, permettant d'adapter l'approche managériale à la situation de chaque pôle,
 - Identifier les actions d'accompagnement des professionnels (formation, coaching, mesures transitoires, plans de carrières, ...).

4 La soutenabilité financière du projet

4.1 La pertinence du projet n'est pas à remettre en cause

La position résumée dans le DIPI renseigné en août 2019 selon laquelle :

« l'impact en cas de non réalisation du projet de modernisation de l'APHM serait celle d'une dégradation de la situation financière » de l'établissement

est partagée par la contre-expertise après analyse des différents documents transmis.

Dans le cas contraire,

« l'Etat se verrait non seulement contraint de verser des aides exceptionnelles en trésorerie, (...) et l'établissement pourrait faire face à un risque de situation de blocage institutionnel, avec une gouvernance médicale désolidarisée de la Direction, et une alliance potentielle avec les organisations représentatives du personnel comme ce fut le cas en 2014-2015, entravant toute capacité d'action de la Direction » (DIPI MMO, point 2.2, Description synthétique du projet dans son contexte, 30 août 2019).

Observation : Sur la pertinence de l'opération de modernisation : l'avis est favorable et sans réserve

Cette conclusion converge avec les avis émis par le groupe technique (GT) du COPERMO (avis de complétude du 12 septembre 2019) et confirme :

- le caractère prioritaire et efficient du projet au regard de la modernisation attendue de l'offre de soins sur le territoire de santé ;
- la cohérence du projet d'investissement avec le projet médical et le schéma directeur immobilier ;
- le caractère adapté des modalités de mise en œuvre, qu'elles soient techniques, organisationnelles ou financières

Cette opération n'en reste pas moins « complexe », les itérations successives sur le projet dans le cadre de son instruction selon la procédure COPERMO conduisant progressivement l'établissement à sortir certaines opérations du périmètre du projet tout en les fléchant par ailleurs dans le PPI, ainsi qu'à réduire la voilure des opérations de réhabilitation (avis du GT, page 2).

4.2 La fiabilité du scénario

L'analyse conduite ici dans le cadre de la contre-expertise confronte les dernières données et informations disponibles sur ces sujets telles que transmises à date, apprécie la fiabilité du scénario proposé et ses « points forts » (avis du GT page 9s) sous les deux angles de l'efficacité et de la soutenabilité financière. Le premier a été largement développé plus haut tant sur le plan architectural et organisationnel, que sur les éléments plus particuliers de la mutualisation engagée grâce à la spécialisation des 3 sites, la réduction du capacitaire et le développement du virage ambulatoire.

La fiabilité du scénario peut être appréciée sous l'angle plus directement financier.

L'enjeu principal ici ne consiste pas tant à démontrer une situation financière fragile et dégradée et connue, mais plutôt à s'inquiéter d'une possible dégradation de cette situation du fait de l'opération qu'on peut apprécier au regard des dernières informations disponibles, voire du risque de la faisabilité même de l'opération.

En effet, le principal risque financier pour l'AP-HM est celui de la persistance à long terme d'une situation d'exploitation insuffisante sur le périmètre complet de l'opération.

Ces différents points importants du dossier repris dans l'avis du GT nécessitent une documentation, une clarification ou une fiabilisation. Nous examinerons en quoi les réponses et compléments apportés par l'APHM permettent de mesurer la bonne appréhension de ces sujets, avec le souhait affiché que les réponses à ces insuffisances puissent être apportées sans modifier l'économie de l'opération.

Il convient de rappeler que la situation financière de l'APHM, dégradée, a déjà fait l'objet d'une analyse et d'un diagnostic partagé antérieurement au projet de modernisation objet de la présente contre-expertise. En effet, le CPOM de l'établissement de 2012 met en exergue les caractéristiques suivantes (annexe 2, pages 37 et suivantes) :

- Maîtrise des dépenses de personnels :

L'indicateur de suivi « dépenses T1 / produits nets, en % » situe en 2011 l'APHM à un taux de 64,7 %. Si l'AP-HM estime que la marge de progression sur cet indicateur reste faible et propose de le porter à 63 % à l'issue du CPOM l'ARS quant à elle estime que le ratio correspondant à une situation d'équilibre structurel s'élève pour l'APHM plutôt à 61,7 % et demande en conséquence à l'AP-HM de préciser ces éléments ultérieurement dans le cadre d'un avenant au présent CPOM.

La question de la part des dépenses de personnels / recettes et la capacité de l'APHM à en maîtriser la progression est ainsi identifiée de longue date comme un sujet à part entière appelant un soin particulier et des actions spécifiques de l'établissement.

- Préserver ou restaurer l'équilibre financier et les capacités d'investissement :

Sur la base des données de l'époque (Taux de marge brute opérationnelle = 2,87 %), d'un côté l'ARS précise que le taux correspondant à un état d'équilibre structurel a été calculé à 7,31 %, à savoir lorsque la marge brute dégagée par le cycle d'exploitation permet d'une part l'équilibre du compte de résultat (résultat de l'exercice excédentaire) et d'autre part le cycle de financement des investissements par le biais de l'autofinancement et du remboursement de la charge de la dette, annuité en capital et intérêt (soit CAF nette positive). L'ARS indique même que la direction de l'établissement a le libre choix des moyens pour y parvenir mais qu'il lui est demandé de préciser son plan d'actions ultérieurement dans le cadre d'un avenant au présent CPOM.

La documentation mise à disposition de la présente contre-expertise n'a pas permis d'identifier cet avenant au CPOM. Par ailleurs, la trajectoire financière, à date, de l'APHM est non pas celle de « l'équilibre structurel » visé dans le CPOM de 2012 comme un objectif à atteindre, mais « marquée par la précarité de sa situation initiale » (avis du GT page 6 et suivantes). Celle-ci est largement documentée, que ce soit à travers :

- une situation bilancielle à fin 2018 très dégradée (capitaux propres négatifs à hauteur de -217 M€, taux d'endettement à hauteur de 70 % des produits, fonds de roulement négatif à - 58 M€) ;
- une situation d'exploitation très fragile : TMB brute hors aide 2019 prévue à 1,8 % en forte dégradation par rapport à 2018 (3,2 %), CAF nette négative notamment et qui resterait inférieure aux remboursements d'emprunt sur la période du projet ;
- des indicateurs de performance qui se situent à des niveaux hétérogènes (IP DMS, taux d'occupation, tailles d'unités peu optimisées, taux de chirurgie ambulatoire notamment).

Observation : Ainsi, non seulement la trajectoire financière préoccupante puis dégradée de l'APHM est un sujet identifié de longue date, régulièrement documenté et partagé avec la tutelle, mais celle-ci s'inscrit au seuil d'un projet ambitieux et complexe de réhabilitation et de constructions immobilières.

Dans le cadre de cette préparation, l'APHM indique « avoir voulu tirer les enseignements de ses investissements précédents » de la période 2000-2014 (TOME 1 page 6 et suivantes).

Deux types d'enseignements à tirer sont mis en exergue par l'établissement :

- d'une part le fait de « n'avoir pas su accompagner ces restructurations des réorganisations nécessaires pour en obtenir l'abaissement de ses coûts de fonctionnement » (TOME 1), et
- d'autre part la nécessaire maîtrise du déroulement des opérations de travaux. A ce titre, l'Annexe 4 du CPOM, page 50, illustre concrètement les modifications de périmètre, l'allongement consécutif des délais et des coûts associés de l'opération de construction du BMT : d'un montant initial du projet de 234,55 M€ TDC VF, le maître d'ouvrage a notifié successivement 3 avenants financiers au marché initial de travaux de septembre 2008 se traduisant par une augmentation du coût de l'opération de + 11,8 % (hors effet périmètre lié aux équipements).

Observations : Ce dernier point a notamment vocation à illustrer l'impérieuse nécessité pour l'APHM de se doter d'une Direction de projet à même de garantir la tenue des délais et donc des coûts associés de l'opération de modernisation à venir (voir les développements spécifiques *supra* sur ce sujet).

Les principaux postes de la trajectoire financière présentée par l'AP-HM pour la période 2019-2029, et les hypothèses sous-jacentes, en rapport avec le projet de modernisation peuvent être résumées par les items suivants (voir le document « EPRD PGFP 2019-2029 » pages 85 et suivantes) :

Sont retenus au titre du cycle d'exploitation :

- des gains cumulés au titre du « plan de transformation » à hauteur de 166 M€ sur la période ; une hypothèse d'évolution des charges, tous types confondus, qui n'excède pas +0,3 % par an sur l'ensemble de la période ; plus spécifiquement, une hypothèse de taux d'évolution annuel moyen des charges de personnel non médical de + 0,3% sur la période, et de + 1,2% pour le personnel médical (après plans d'action) ;
- une hypothèse d'évolution des recettes d'activité liés aux séjours MCO à hauteur de 1,2 % en moyenne, effets volume et valorisation confondus, dont une baisse des tarifs T2A de - 0,5 % en 2020 et 2021, puis de respectivement -0,2% et 0% sur la période. Cela sans dégel au titre du coefficient prudentiel actuellement appliqué à hauteur de 0,7 %. Cette hypothèse de volume d'activité est qualifiée de « réaliste » et de « conservatrice » pour ce qui est de la valorisation.

Sont retenues au titre du cycle d'investissement :

- un projet de modernisation d'un coût de 303 M€ (hors Biogenopole) ; d'autres opérations d'un montant cumulé de 159 M€ sur la période, pour un total de 502 M€ (compris Biogenopole) ; une reprise de crédits AC et FIR à partir de 2023 et jusqu'à la fin de la période pour un montant cumulé de - 90 M€ ;
- des produits de cessions d'actifs pour 77 M€, dont 44 M€ sur le seul exercice 2019, qualifiée « d'ambitieuse » ; des subventions selon une hypothèse centrale d'une aide à

50 % (dont 70 % en capital et 30 % en crédits AC linéarisés sur respectivement 8 et 20 ans) ; un accompagnement financier « substantiel » de la part des collectivités locales ; un désendettement progressif à hauteur de - 36 % sur la période, l'encours de dette passant de 964 M€ à 612 M€ ;

Pour autant, si l'évolution de la marge brute non aidée progresserait sensiblement sur la période pour s'établir à près de 6,5 % en 2029, les indicateurs financiers relatifs à l'endettement tels qu'ils sont définis par le décret du 14 décembre 2011, ainsi que l'évolution de la trésorerie, resteraient dégradés à l'issue de la période.

Au total, la trajectoire financière de l'APHM qui en résulterait sur la période 2019-2029 resterait ainsi à la fois fragile et dégradée, telle que déjà largement documentée et exposée dans les travaux respectifs de l'ARS comme du Groupe Technique COPERMO en 2019.

Les conclusions de ces travaux sont toujours d'actualité.

Observation : le risque principal identifié sur le projet est bien celui de la mise en œuvre réelle du RSI – retour sur investissement – attendu du projet et des actions d'efficience indispensables au redressement de l'exploitation alors que celle-ci est incontestablement marquée par la faible dynamique de redressement observée depuis 3 ans.

La contre-expertise reprend en conséquence l'une des principales recommandations qui insiste sur la nécessité pour l'établissement « **de renforcer fortement la gouvernance en matière de pilotage de la démarche globale d'efficience et de conduite du changement** ».

4.3 Les conclusions sur la trajectoire financière

Les conclusions qui suivent tirent parti d'une analyse systématique cherchant à challenger la capacité de l'APHM à respecter les principales hypothèses retenues dans le PGFP 2019-2029, appréciées à la lumière des dernières données disponibles à date (données issues du RIA 1 2019, plan « investir pour l'hôpital » notamment), de sorte à apprécier *in fine* la crédibilité du scénario retenu et sa soutenabilité financière pour l'établissement.

L'analyse s'appuie sur l'examen de :

- des angles morts en recettes et en dépenses p 8 et p 13 ;
- de la crédibilité du scénario des gains d'efficience retenus, appréciée à l'aune des données du RIA 1 2019, qui accrédite (ou non) la capacité de l'APHM à atteindre la cible : oui sur les recettes, non sur la trajectoire des dépenses, et tout particulièrement le PNM.

4.3.1 Les points d'alertes

Les surcoûts, ponctuels ou pérennes, sont insuffisamment pris en compte dans la trajectoire financière.

Interrogée sur le sujet, l'APHM confirme « *n'avoir pas identifié à ce jour de surcoûts ponctuels au titre des travaux, ni de surcoût pérenne (du fait de l'évolution des technologies que vont connaître les installations techniques)* ».

La contre expertise invite néanmoins l'établissement à considérer le chiffrage et la prise en compte dans la trajectoire financière de plusieurs postes de dépenses, dans le prolongement des observations formulées précédemment par l'ARS sur ce thème (Rapport d'évaluation socio-économique préalable, pages 81 et 86), et tout particulièrement sur les points suivants ;

Des renforts RH :

Des renforts RH (ressources humaines) doivent être envisagés en amont des opérations de transfert des activités sur les secteurs Direction des soins, brancardage, informatique, pharmacie, opérations préalables à la réception, magasin, ateliers, biomédical, blanchisserie, électricien, menuisier principalement. Cela en distinguant d'une part les postes créés en avance de phase et qui seraient ensuite compensés par des redéploiements de postes dans le cadre des réorganisations, et d'autre part les renforts liés à une surcharge de travail ponctuelle dans le cadre de la préparation aux nombreuses phases de mise en service successives et qui n'auront pas vocation à perdurer au-delà de l'ouverture des nouveaux bâtiments.

Cette alerte rejoint notamment « l'élément majeur » indiqué dans le document « Dimensionnement, programmes, surfaces, phasages et coûts », TOME 4, page 116, qui pointe la nécessité pour le MOA de s'adjoindre d'une compétence technique pour laquelle il se renforcera.

Le type de procédure retenue « impose compétences et disponibilité, en particulier dans la période de préparation des études et en réception d'ouvrage ».

Il convient de noter ici que la trajectoire retenue des effectifs non médicaux sur la période prévoit à contrario une diminution sensible des ETPR, y compris sur les services techniques et logistiques, de même que sur l'encadrement soignant (cf TOME 1 pages 43 et 278 notamment).

Les autres points de dépenses à considérer :

- surcoûts dotations pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux)
- prestations de paramétrages informatiques
- prestation déménagement (dont frais d'AMO le cas échéant au titre de la préparation, du pilotage et de la coordination des opérations de transfert des activités)
- prestation coordination des opérations de livraison des matériels neufs
- gardiennage et protection des locaux pendant les opérations de transfert
- sûreté (contrôles d'accès)
- (bio)nettoyage et prélèvements surfaciques
- surcoût assurances
- locations éventuelles de bâtiments modulaires
- plan de communication en interne et en externe
- nouveaux contrats de maintenance pour accompagner la montée en charge technique des équipements dans les nouveaux bâtiments (sur le périmètre des Services Economiques, Systèmes d'Information, Biomédical et Services techniques)

Interrogée sur le sujet, l'APHM indique à ce stade « aboutir à une estimation de l'ordre de 2 M€, échelonnés sur l'ensemble de la période 2020-2027 » au titre des seules opérations de déménagement proprement dites. L'analyse de ce poste de dépenses mérite d'être complété et fiabilisé.

La contre expertise rappelle à toutes fins utiles que la circulaire DGOS/R5/2011/315 du 1^{er} août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation permet un accompagnement financier des établissements au titre de « l'aide à la restructuration hors PRE pour accompagner des surcoûts ponctuels liés à la réorganisation ou à la restructuration de plateaux techniques, aux frais relatifs à un déménagement ».

Phasage des opérations et calendrier des décaissements du projet :

dans le prolongement des « aléas susceptibles de faire glisser ces échéances (...) qui correspondent à des déroulements d'opérations sans incident majeur » (Rapport d'évaluation socio-économique, page 16), il paraît prudent de modéliser un scénario avec une hypothèse de

surcoût des travaux de l'ordre de + 10 M€ et d'allongement du délai des opérations de construction de + 14 mois pour l'hôpital NORD et de + 25 mois pour le site TIMONE comme détaillé *supra*. Il convient dès lors de revoir en conséquence un scénario de programmation des aides qui épouse celui des décaissements prévisionnels dans le but de décaler dans le temps le recours à l'emprunt afin d'améliorer pendant cette phase du PGFP l'ensemble des ratios liés à la dette

L'enveloppe globale des équipements

L'enveloppe globale des équipements a été arrêtée, toutes choses égales par ailleurs, à 7 % des travaux soit 21,2 M€ répartis en 16,8 M€ pour le biomédical, 2,9 M€ pour l'hôtelier et 1,45 M€ pour le système d'information. Cette enveloppe paraît sous dimensionnée, tout particulièrement en ce qui concerne les deux derniers postes (hôtelier et SI). A titre de comparaison, la récente mise en service du BMT avait retenu un budget de 10 % des coûts travaux pour les équipements biomédicaux (sur une hypothèse d'un transfert des équipements depuis des services déjà existants à hauteur de 52 %) et hôteliers, hors système d'information (cf CPOM Annexe 4, page 51). L'objectif de mettre en adéquation les nouveaux bâtiments avec les standards de confort hôtelier en vigueur et les attentes des usagers, de surcroît dans un contexte concurrentiel fort avec le secteur privé, de même que la progression du ratio de chambres simples, plaident pour un réexamen attentif de la stratégie choisie consistant en de nombreux transferts de mobiliers existants tant que faire se peut. Par ailleurs, le principe retenu d'un transfert du matériel en usage complexifie et allonge mécaniquement les délais de transfert de chacune des activités tout au long du projet.

Interrogée sur ce point, l'APHM confirme sa position.

Recommandation n°14 : La contre-expertise maintient sa recommandation de retenir une hypothèse d'un niveau d'enveloppe consacrée aux équipements comprise dans le haut de la fourchette de la maille métier comprise entre 10 % et 15 % du coût travaux.

Les valeurs nettes comptables des opérations de déconstruction

Ces valeurs « n'ont pas été intégrées à la trajectoire financière présentée, faute de temps » précise l'APHM interrogée sur ce point dans le cadre de la contre-expertise. Invitée à donner un premier ordre de grandeur, l'APHM l'estime autour de 7 M€ pour les sites de la Conception et de la Timone. Ce point devra faire l'objet d'une fiabilisation et d'une prise en compte dans la trajectoire financière projetée.

La maîtrise des effectifs (TPER) du PNM

La maîtrise de ces effectifs apparaît comme un élément essentiel de la sécurisation de la trajectoire financière de l'APHM sur l'ensemble de la durée du projet. Or, les dernières données disponibles sur le sujet dans le cadre du RIA 1 arrêté le 15 novembre 2019 font état de la situation suivante :

Un taux d'absentéisme qui s'établit à fin novembre 2019 à un niveau élevé de 10,9 %, quand la cible retenue par l'établissement est de 8 %. Interrogée sur les déterminants de cette situation, l'APHM apporte des éléments de réponse conjoncturels (non fermeture de lits, épisode de crise estivale aux urgences) sans indiquer les effets pourtant attendus d'actions structurelles sur ce thème par ailleurs largement développées dans les différents documents du « plan de transformation ». Pour mémoire, les économies liées au Chantier Présentéisme sont retenues à

hauteur de -2,5 M€ dans la trajectoire financière sur la période 2019 -2029 (note « masse salariale et effectifs » page 5) ;

Un gain attendu en 2019 au titre de l'absentéisme est estimé à - 1,9 M€ (via une moindre dépense d'heures supplémentaires et d'intérim). Or le RIA 1 retient une hypothèse de dépassement de + 1,3 M€ (+0,9 M€ sur les heures supplémentaires et +0,4 M€ sur l'intérim). L'écart par rapport à la trajectoire retenue est donc de + 3,2 M€ sur 2019, sensiblement différente des ambitions affichées sur ce thème depuis le CREF, confirmé dans le document « note de suivi des recommandations COPERMO » (page 22). Cette prévision prolonge le constat établi à fin 2018 sur ce sujet, le Rapport Financier 2018, tome 2, page 18 indiquant que « l'effet d'une partie des mesures CREF qui ont permis de réaliser 1,3 M€ d'économie est totalement neutralisé par l'évolution des dépenses d'heures supplémentaires et d'intérim qui ont augmenté de + 1,3 M€ ».

La cible des effectifs PNM retenue dans la trajectoire financière projetée à fin 2019 est de 12 027 ETPR, en diminution de - 49 ETPR par rapport à 2018 (note « masse salariale et effectifs » page 8, EPRD 2019 initial approuvé page 11). Le document de suivi mensuel des effectifs à fin août 2019 fait état d'une situation projetée au 31/12/2019 d'un effectif moyen rémunéré sur 12 mois de 12 056 soit un dépassement de + 22 ETPR pour un surcoût associé de + 1 M€ (page 3). Le document de suivi mensuel à fin septembre (RIA 1) fait état d'une situation projetée au 31/12/2019 d'un effectif moyen rémunéré sur 12 mois de 12 060 soit un dépassement de + 26 ETPR pour un surcoût associé de +1,2 M€ (page 4).

Observation : Ainsi, sur cet aspect essentiel de la soutenabilité financière, l'ensemble de ces évolutions les plus récentes renforcent les doutes légitimes quant à la capacité qu'a l'APHM à maîtriser la masse salariale et à respecter la feuille de route proposée sur la durée du projet. Ces assertions de la contre-expertise complètent et confortent les recommandations et les constats déjà formulés par le Groupe Technique et résumés dans les courriers ARS des 29 avril et 5 août 2019 sur le sujet.

Ces différents points d'alerte sont autant de postes de dépenses à chiffrer lorsqu'ils n'ont pas encore été pris en compte, ou à actualiser lorsqu'ils apparaissent sous-estimés. Il n'en reste pas moins que l'exercice 2019 devrait se traduire par un résultat consolidé à l'échelle de l'APHM en ligne avec les prévisions, grâce à des recettes d'activité plus dynamiques que prévu et un certain nombre de recettes non récurrentes parmi lesquelles des produits de cessions d'éléments d'actif. C'est donc grâce à un scénario de sortie « par le haut » davantage qu'à l'effet des mesures de maîtrise des dépenses que la trajectoire financière 2019 s'annonce vraisemblablement conforme au scénario retenu. Le même constat s'appliquait déjà à l'exercice 2018 (cf. rapport financier 2018, tome 1) : aide en trésorerie et aide complémentaire de l'ARS, reprises sur provisions et montant des dotations.

4.3.2 Les points favorables

Plusieurs éléments de contexte financier jouent favorablement en faveur de l'APHM et sont également à prendre en compte, non encore intégrés à ce stade dans la trajectoire financière.

On notera déjà ces premiers points.:

- l'établissement dispose d'une cartographie précise des dysfonctionnements et des marges de progrès, cela depuis la structuration du CREF de 2016 et son actualisation et approfondissement regroupé dans un « plan d'action » étoffé (voir les documents TOME 1 & 2) ;

- l'engagement formalisé de chacune des quatre collectivités territoriales à participer au plan de financement à hauteur de 130 M€ cumulé.

On considèrera ensuite plusieurs points qui méritent plusieurs commentaires :

Une hypothèse volontairement très (trop ?) prudentielle sur les recettes d'activité :

Le niveau de réalisation du volume d'activité (+2,7 %) et de sa valorisation associée (+1,5 %) actualisée au RIA 1 se traduit par un dépassement de la prévision initiale de recettes de +3,6 M€ sur les GHS. A cela s'ajoute le dégel du coefficient prudentiel T2A au titre de 2019 et dont le montant communiqué par l'ARS le 4/12/2019 s'établit à 4,1 M€, lequel a vocation, toutes choses égales par ailleurs, à améliorer d'autant la clôture de l'exercice.

Ce dynamisme de l'activité constaté en 2019, tant en volume qu'en valorisation, est naturellement conforté pour la période 2020-2022 avec la Mesure 12 du plan « investir pour l'hôpital » annoncé le 20 novembre 2019. Celle-ci intègre en effet dans la trajectoire de l'Ondam hospitalier une hausse moyenne des tarifs des GHS de +0,2 % par an.

Selon les chiffrages établis par l'APHM, l'impact de cette augmentation se traduit, toutes choses égales par ailleurs, par une amélioration de l'ensemble des ratios d'exploitation de + 3,5 M€ à la fin de la trajectoire par rapport au scénario initial (amélioration du résultat d'exploitation, de la marge brute retraitée des aides et de la CAF).

La synthèse des chiffres clés après intégration de cette augmentation tarifaire en 2020, 2021 et 2022 est présentée dans le tableau joint, établi par l'APHM.

Tableau 24 : Chiffres clefs intégrant la hausse de tarif prévue par le plan « investir pour l'Hôpital »

CHIFFRES CLES DE LA TRAJECTOIRE FINANCIERE AVEC AUGMENTATION DES TARIFS DE +0,2% DE 2020 à 2022										
RESULTATS	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
RESULTAT CRPP	- 32 330 468	- 19 844 213	- 7 248 434	7 797 166	14 502 399	14 784 129	7 228 415	1 740 606	313 573	3 047 585
RESULTAT CONSOLIDE	- 20 830 468	6 705 787	- 5 448 434	13 457 166	14 502 399	29 784 129	7 228 415	2 740 606	313 573	3 047 585
CAF/IAF	25 167 202	35 453 332	50 638 172	65 317 770	70 631 179	71 104 089	63 608 865	57 664 627	52 994 137	50 680 438
CAF NETTE	- 31 908 947	- 25 102 132	- 14 470 626	342 610	1 796 974	249 248	- 8 362 055	- 13 655 670	- 19 762 523	- 24 678 166
MARGE BRUTE NON AIDEE	38 454 626	48 689 164	64 953 663	82 124 569	89 776 454	93 827 047	89 604 094	87 108 967	82 764 755	78 754 774
TAUX DE MARGE BRUTE NON AIDEE	3,02%	3,80%	5,00%	6,24%	6,77%	7,03%	6,69%	6,48%	6,13%	5,80%
Investissements	70 801 585	85 312 607	72 506 867	86 857 317	85 316 263	66 326 926	27 965 201	40 455 389	19 951 484	19 951 484
Produits de Cessions	11 500 000	26 550 000	1 800 000	5 660 000	0	15 000 000	0	1 000 000	0	0
subventions	18 264 479	24 970 537	36 952 307	45 534 359	49 655 749	37 798 482	13 486 288	14 844 914	11 791 514	11 791 514
EMPRUNTS	70 801 585	85 312 607	61 630 837	73 828 719	51 189 758	39 796 156	16 779 121	25 610 476	19 951 484	19 951 484
APPORT OU PRELEVEMENT SUR FR	- 2 144 468	26 418 405	13 405 651	38 508 371	17 326 218	26 516 959	- 6 061 847	- 12 655 670	- 7 971 009	- 12 886 652
DONT ENCOURS DE LA DETTE FINANCIERE A LONG TERME	959 849 365	988 106 508	988 128 546	961 982 105	944 337 658	913 278 972	858 087 173	812 377 351	759 572 175	704 165 055
EVOLUTION DE L'ENCOURS DE DETTE	-0,29%	2,94%	0,00%	-2,65%	-1,83%	-3,29%	-6,04%	-5,33%	-6,50%	-7,29%
TAUX D'ENDETTEMENT (DETTE/TOTAL DES PRODUITS)	70%	72%	71%	69%	67%	65%	61%	58%	54%	50%
DUREE APPARENTE DE LA DETTE	38	28	20	15	13	13	13	14	14	14
TAUX D'INDEPENDANCE FINANCIERE	121%	117%	114%	108%	102%	96%	95%	94%	94%	94%

Source : Eléments complémentaires fournis dans le cadre de la contre-expertise par l'ARS

Un potentiel de recettes annexes liées aux nouvelles conditions hôtelières et d'hébergement à exploiter :

le Plan d'action 2019-2029 « Avenir APHM » développe le gain potentiel, substantiel, lié aux suppléments pour chambres particulières (dont le ratio va augmenter sensiblement dans le

nouveau capacitaire lits et places) et autres redevances associées de type TV, internet patient, cafétéria et distributeurs automatiques de boissons. Ce potentiel de gains, dont la mise en œuvre et le portage de l'investissement sont transférés sur un prestataire tiers pour une durée longue, présente un niveau élevé de réalisation, sans coût marginal pour l'APHM.

Interrogée sur le sujet, l'APHM indique que ces recettes annexes supplémentaires n'ont pas été intégrées à la trajectoire financière en tant que telles à ce stade (cadrage actuellement en cours). Afin d'éclairer le potentiel de recettes induit par les seules chambres supplémentaires, il en ressort un nombre de + 200 par rapport à la situation actuelle. En appliquant le tarif moyen actuellement en vigueur à l'APHM, à nombre de jours et taux de facturation identique, le potentiel de recettes supplémentaires serait de l'ordre de + 3,2 M€ par an.

Contrat de cession de créances sur les recettes T2A :

Ce risque est maîtrisé. L'APHM a mis en place en septembre 2018 un contrat d'affacturage dont les montants utilisés sur l'année 2019 s'élèvent à 695,6 M€, soit une moyenne mensuelle de 57,9 M€. La publication du décret du 29 août 2019 qui en encadre le recours dans le sens d'un durcissement de ses conditions d'éligibilité a fait l'objet d'une analyse partagée entre l'APHM, la CPAM, l'ARS PACA et l'organisme bancaire concerné le 17 octobre 2019.

Concernant le circuit d'autorisation introduit par le décret, pour les établissements qui ne respectent pas les ratios énoncés comme c'est le cas de l'APHM, l'ARS PACA a confirmé que la demande de dérogation qui serait formulée serait accordée.

Concernant l'impact financier lié au changement d'assiette et à l'introduction d'une valeur plafond de 45 jours des recettes des séjours T2A, une simulation a été réalisée afin de mesurer les impacts en mobilisation de financements courts terme que pouvaient représenter ce nouveau périmètre. Il en ressort qu'en moyenne mensuelle, sur 2019, le montant des seules recettes GHS, plafonnées à 45 jours, représenteraient 76,5 M€, montant sensiblement supérieur à celui mobilisé en moyenne mensuelle. L'application du nouveau décret n'emporterait pas de conséquences en termes de montants mobilisés.

Cet outil qui permet une diversification des outils de gestion de la trésorerie et une amélioration de des délais de paiement aux fournisseurs est indispensable à l'APHM, le risque lié à la nouvelle réglementation apparaît maîtrisé.

Recourir à la production immobilisée pendant la durée des opérations de travaux et de mise en service des nouveaux bâtiments.

Cette possibilité, prévue par la M21, n'est pas intégrée à ce stade dans la trajectoire financière de l'APHM. Interrogé sur ce point, l'établissement indique être en cours de réflexion pour mettre en place ce type de comptabilisation sur l'ensemble des investissements, selon un effet de seuil à définir. Sans négliger les aspects techniques liés au suivi des quotités de temps agents consacrées par projet, ainsi que le travail préparatoire à conduire en lien avec le commissaire aux comptes et le comptable public, le potentiel de recettes de titre 3 attaché à cette méthode de comptabilisation justifie que ce chantier budgétaire et comptable soit mené à bien.

Cela d'autant plus que le maître d'ouvrage est invité par ailleurs à :

- Renforcer ses équipes techniques pour le suivi des opérations ;
- Associer les utilisateurs aux opérations préalables à la réception ;
- Investiguer et fiabiliser les coûts liés aux opérations de mise en service ;
- Augmentant ainsi mécaniquement l'assiette des recettes correspondantes qui profiteraient alors directement à l'amélioration du cycle d'exploitation de l'APHM.

L'endettement à l'aune de la mesure 14 du plan « Investir pour l'hôpital » :

Le gouvernement a annoncé le 20 novembre 2019 la reprise par l'Etat d'un tiers de la dette hospitalière totale (30 Mds€) sur trois ans.

Au 31 décembre 2018, la dette de l'APHM représente 986 M€, soit 3 % de la dette hospitalière et peut donc en théorie prétendre à une reprise de dette à hauteur de 3 % du montant proposé par l'Etat, soit 328 M€. En se fondant sur les anticipations des marchés, le montant des frais financiers est attendu à évoluer ainsi à l'horizon 2022 : de 30 M€ en 2019 à 24,5 M€ en 2022, sous l'effet conjugué de la diminution du capital restant dû au fil des années et de l'augmentation de la part d'encours à taux fixe sur les prochaines années.

Les critères et les modalités de reprise de cette dette ne sont pas encore connus. Néanmoins, à la demande de la contre-expertise, l'APHM a réalisé une simulation en partant des hypothèses suivantes :

- Reprise de la dette de l'APHM pour un montant de 328 M€ ;
- Reprise étalée sur trois ans sur la période 2020-2022, à raison d'1/3 par an.

Toutes choses égales par ailleurs, les impacts de cette reprise sont très significatifs sur la trajectoire (amélioration du résultat d'exploitation via la baisse des frais financiers, amélioration des ratios bilanciaux via la hausse de l'encours). Les ratios liés à l'endettement s'améliorent nettement sur la période et s'approchent des valeurs seuils à l'issue de la période (voir tableau joint établi par l'APHM).

Tableau 25 : Chiffres clefs intégrant une hypothèse de reprise de dette dans le cadre du plan « investir pour l'Hôpital »

CHIFFRES CLES DE LA TRAJECTOIRE FINANCIERE AVEC REPRISE DE LA DETTE A HAUTEUR DE 328 M€										
RESULTATS	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
RESULTAT CRPP	- 33 468 516	- 19 291 692	- 5 231 516	12 285 439	18 175 245	17 990 504	9 947 520	3 948 173	2 006 081	4 157 199
RESULTAT CONSOLIDE	- 21 968 516	7 258 308	- 3 431 516	17 945 439	18 175 245	32 990 504	9 947 520	4 948 173	2 006 082	4 157 199
CAF/IAF	24 029 155	36 005 852	52 655 091	69 806 043	74 304 025	74 310 464	66 327 969	59 872 193	54 686 645	51 790 053
CAF NETTE	- 33 046 995	- 18 919 586	- 1 130 361	22 085 859	22 780 676	20 586 826	11 196 951	4 895 172	- 1 674 782	- 6 638 422
MARGE BRUTE NON AIDEE	37 316 579	46 402 366	61 494 049	78 655 772	86 297 108	90 335 820	86 099 683	83 590 103	79 230 193	75 203 298
TAUX DE MARGE BRUTE NON AIDEE	2,93%	3,62%	4,75%	5,99%	6,52%	6,79%	6,45%	6,23%	5,88%	5,56%
Investissements	70 801 585	85 312 607	72 506 867	86 857 317	85 316 263	66 326 926	27 965 201	40 455 389	19 951 484	19 951 484
Produits de Cessions	11 500 000	26 550 000	1 800 000	5 660 000	0	15 000 000	0	1 000 000	0	0
subventions	18 264 479	24 970 537	36 952 307	45 534 359	49 655 749	37 798 482	13 486 288	14 844 914	11 791 514	11 791 514
EMPRUNTS	70 801 585	85 312 607	61 630 837	73 828 719	51 189 758	39 796 156	16 779 121	25 610 476	19 951 484	19 951 484
APPORT OU PRELEVEMENT SUR FR	- 3 282 516	32 600 951	26 745 916	60 251 620	38 309 920	46 854 537	13 497 159	5 895 173	10 116 733	5 153 093
DONT ENCOURS DE LA DETTE FINANCIERE A LONG TERME	850 197 377	774 432 557	676 125 954	667 234 488	666 900 897	652 973 415	614 621 518	585 254 972	548 845 029	510 368 039
EVOLUTION DE L'ENCOURS DE DETTE	-11,68%	-8,91%	-12,69%	-1,32%	-0,05%	-2,09%	-5,87%	-4,78%	-6,22%	-7,01%
TAUX D'ENDETTEMENT (DETTE/TOTAL DES PRODUITS)	62%	56%	49%	48%	47%	46%	44%	42%	39%	36%
DUREE APPARENTE DE LA DETTE	35	22	13	10	9	9	9	10	10	10
TAUX D'INDEPENDANCE FINANCIERE	108%	91%	76%	71%	67%	63%	61%	59%	58%	56%

Source : Eléments complémentaires fournis dans le cadre de la contre-expertise par l'ARS

Tableau 26 : Ratios clefs intégrant une hypothèse de reprise de dette dans le cadre du plan « investir pour l'Hôpital »

Ratio liés à la dette avec reprise d 1/3 de la dette APHM par l'Etat sur la période 2020 à 2022												
En k€	FY18	FY19	FY20	FY21	FY22	FY23	FY24	FY25	FY26	FY27	FY28	FY29
Encours de dette	989 873	965 629	850 197	774 433	676 126	667 229	666 891	652 958	614 601	585 230	548 815	510 333
Variation de l'encours -	1 373	- 24 244	- 115 432	- 75 765	- 98 307	- 8 897	- 339	- 13 933	- 38 357	- 29 371	- 36 415	- 38 482
Annuité de la dette	99 725	97 331	87 329	82 268	79 566	71 289	75 007	77 163	78 139	76 883	77 360	78 213
Dont capital	59 400	58 144	57 076	54 925	53 785	47 720	51 523	53 724	55 131	54 977	56 361	58 428
Dont FF	40 324	39 187	30 253	27 342	25 781	23 569	23 483	23 440	23 008	21 906	20 998	19 784
Indicateurs de performance												
[22] Ratio remb. annuité dette / amo	98,6%	93,5%	90,7%	90,9%	84,8%	74,0%	79,4%	80,1%	80,5%	80,0%	85,4%	94,8%
Tx Annuité / Marge brute aidée	123%	222%	144%	118%	93%	71%	72%	74%	81%	87%	94%	100%
Tx Annuité / Marge brute non aidée	258,0%	414,6%	231,5%	175,2%	127,5%	89,3%	86,0%	84,8%	89,7%	91,1%	97,4%	103,7%
Apurement de la dette (>2)	2,05	2,15	2,53	2,89	3,41	3,59	3,72	3,90	4,19	4,47	4,80	5,20
Indépendance financière (<50%)	118%	120%	108%	91%	76%	71%	67%	63%	61%	59%	58%	56%
Durée apparente de la dette (10 ans)	26	124	36	22	13	10	9	9	9	10	10	10
Encours de dette sur produits (<30%)	70%	71%	62%	57%	49%	48%	47%	46%	44%	42%	39%	36%

Source : Eléments complémentaires fournis dans le cadre de la contre-expertise par l'ARS

Ces premiers éléments, qui devront être fiabilisés une fois le dispositif technique de reprise de la dette par l'Etat précisé, permettent d'envisager en tout état de cause l'existence d'une « marge » supplémentaire (moindres dépenses de titre 4) pour faire face aux aléas et impondérables qui ne manqueront pas de survenir tout au long de la réalisation du projet.

Le risques écartés sur les cessions et la question de l'affectation

Cet élément favorable s'inscrit également dans une trajectoire 2019 conforme aux attentes en termes de produits de cessions. En effet, une hypothèse de ventes d'actifs pour un montant de 43 M€ est retenue à l'EPRD 2019 (CRPAnnexe – Dotation non affectée), soit près de la moitié du produit total attendu sur la période 2019-2029. Au 30/9/2019, le produit réalisé s'établit à hauteur de 18,8 M€ soit un taux de réalisation de 42,6 %. Le montant de la cession complémentaire attendue concerne la vente d'un terrain avec l'IPCalmettes, pour un montant de 26,75 M€ dont la signature et le paiement comptant quittancé à l'acte a été effectué le 4/12/2019.

Le montant de 44 M€ de produits de cessions sur l'année 2019 peut donc être confirmé et sera même légèrement dépassé (44,5 M€), confirmant d'autant la crédibilité d'une clôture consolidée de l'exercice 2019 en ligne avec la trajectoire financière retenue.

Ce respect de l'objectif fixé s'inscrit dans une stratégie globale où l'intégralité des produits de cessions est affectée à la recapitalisation de la structure et non pas au plan de financement du projet. En fonction de l'impact réel de la mesure 14 du plan « Investir pour l'hôpital » relative à la reprise partielle de la dette hospitalière par l'Etat, l'APHM pourrait être amené à envisager une affectation différente de ces produits de cessions, en vue notamment de couvrir certains postes de dépenses du projet encore non identifiés et / ou insuffisamment fiabilisés à ce stade.

5 Conclusion

1. Le projet de modernisation de l'APHM, indispensable à la bonne prise en charge sanitaire du territoire de santé qu'elle dessert, présente une double complexité, technique et managériale. Compte tenu des contraintes urbanistiques et foncières, le choix fait d'une implantation des activités autour d'un site central intégré au tissu urbain et la thématisation par spécialités apparaît adapté à la situation. En effet, si d'autres options étaient envisageables, leur faisabilité n'apparaissait pas démontrée dans le respect d'une économie globale de l'opération soutenable financièrement et dans des délais raisonnables. Par ailleurs, le projet médical nécessite un approfondissement sur le plan du positionnement concurrentiel de l'établissement, du virage ambulatoire et de son positionnement dans le cadre du GHT.
2. Sa mise en œuvre dans des conditions satisfaisantes appelle tout à la fois un strict respect de son calendrier de réalisation, ainsi qu'un accompagnement au changement des organisations qui puisse s'inscrire dans la durée de l'opération telle qu'elle est prévue. Ce sont deux chantiers distincts mais synchrones, complexes, qu'il s'agit de conduire simultanément dans le strict respect des délais prévus, au risque de sortir du périmètre de la soutenabilité financière de l'opération.
3. Concernant le volet « accompagnement du changement » des organisations, la contre-expertise souligne l'impérieuse nécessité qu'une politique de conduite du changement s'incarne et se décline de manière opérationnelle au plus près des acteurs de terrain. A cet effet, il conviendrait très certainement d'identifier plusieurs pôles cliniques à même de décliner et de traduire concrètement dans les organisations les évolutions attendues, avant d'en étendre et d'en amplifier le déploiement à l'échelle de l'établissement. Un « accord de méthode » contractualisant ces engagements réciproques pourrait utilement être examiné.
4. Concernant la conduite des opérations de travaux, la contre-expertise souhaite alerter le maître d'ouvrage sur le nécessaire et juste dimensionnement du dispositif de pilotage et de coordination de plusieurs chantiers simultanés et interdépendants. A cet égard, la conduite de la mission de pilotage et de coordination des opérations de travaux pourrait être réinterrogée en vue de son internalisation, la volumétrie / jours de l'AMO apparaît notablement sous dimensionnée à ce stade du projet.
6. Concernant le phasage des différentes opérations de travaux, la contre-expertise recommande au maître d'ouvrage d'expertiser la faisabilité d'un scénario qui conduirait à intervenir plus massivement dans certains des bâtiments à réhabiliter, avec pour objectif premier de sécuriser davantage la tenue du délai global de l'opération et de son incidence sur les coûts (de l'ordre de 3% environ du coût travaux de l'opération).
7. La trajectoire financière de l'APHM à la fin de l'exercice 2019, telle qu'elle se dessine sur la base des derniers éléments de recettes et de dépenses portés à la connaissance de la contre-expertise, accreditte la thèse d'une clôture en ligne avec les hypothèses de l'EPRD approuvé. Il n'en reste pas moins que cet objectif serait atteint grâce à un scénario de sortie « par le haut », où le dynamisme des recettes excède celui des dépenses, ainsi que par des produits de cessions par définition non récurrents. En conséquence, la maîtrise des dépenses de personnels non médical dans le respect des effectifs (ETPR) validés et conformément à la trajectoire retenue dans le projet doit rester l'objectif prioritaire du cycle d'exploitation, garant de la soutenabilité financière à court et moyen terme de la structure. Les chantiers du « présentisme » appellent une mobilisation forte de la part des acteurs, pour des résultats à ce stade en deçà des attentes retenues.

Table des tableaux

Tableau 1 : Analyse de la restructuration IGH Timone.....	14
Tableau 2 : Analyse de la restructuration IGH Nord.....	15
Tableau 3 : Analyse de la restructuration du SAMU.....	15
Tableau 4 : Analyse de la restructuration Pôle Mère Enfant	16
Tableau 5 : Analyse de la démolition IGH enfant.....	16
Tableau 6 : Le coût global du projet.....	17
Tableau 7 : Calendrier des travaux du site de la Timone	18
Tableau 8 : Travaux prévus en 5 phases :	19
Tableau 9 : Les actions engagées sur l'hôpital Nord.....	24
Tableau 10 : Les actions prévues sur l'hôpital de la Timone.....	24
Tableau 11 : Les actions prévues à l'hôpital de la Conception	24
Tableau 12 : les actions prévues dans les hôpitaux Sud.....	25
Tableau 13 : Synthèse des évolutions capacitaire en lits et places	27
Tableau 14 : Evolutions capacitaire sur le périmètre du projet.....	27
Tableau 15 : Réductions capacitaires sur Timone adultes.....	28
Tableau 16 : Réductions capacitaires sur Timone enfants.....	28
Tableau 17 : Réductions capacitaires sur Hôpital Nord	28
Tableau 18 : Evolution capacitaire des UCA.....	29
Tableau 19 : Evolution capacitaire en places sur le périmètre du projet.....	30
Tableau 20 : Synthèse des opérations nouvelles :	31
Tableau 21 : Taux d'évolution annuel moyen des journées sur l'entité APHM, 2019-2029.....	35
Tableau 22 : Réduction des postes en ETP	38
Tableau 23 : Actions d'efficience.....	39
Tableau 24 : Chiffres clefs intégrant la hausse de tarif prévue par le plan « investir pour l'Hôpital »	52
Tableau 25 : Chiffres clefs intégrant une hypothèse de reprise de dette dans le cadre du plan « investir pour l'Hôpital ».....	54
Tableau 26 : Ratios clefs intégrant une hypothèse de reprise de dette dans le cadre du plan « investir pour l'Hôpital ».....	55