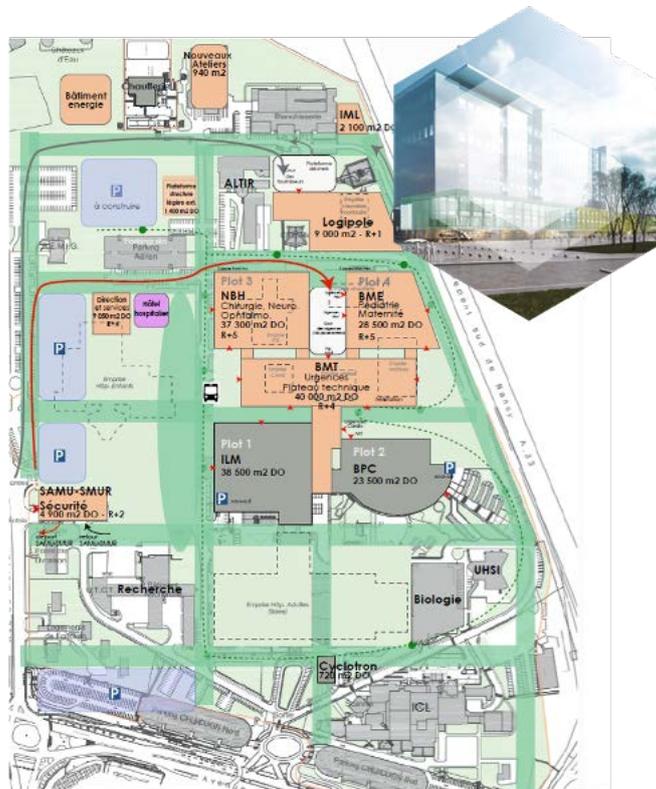


**Contre-expertise
de l'évaluation socio-économique
du projet de modernisation du CHRU de Nancy**



[Source : ARS GE]

18 Juin 2021

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 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 la contre-expertise indépendante du dossier d'évaluation préalable de ce projet.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par l'ARS du Grand EST, et l'établissement du CHRU de Nancy, ainsi que 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

SOMMAIRE	3
1 ELEMENTS INTRODUCTIFS	4
2 ANALYSE DU VOLET IMMOBILIER ET TECHNIQUE	5
2.1 LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER.....	5
2.2 LE PROJET IMMOBILIER.....	7
2.3 LA PROGRAMMATION ARCHITECTURALE ET TECHNIQUE	9
2.4 LES COUTS D'INVESTISSEMENTS	12
2.5 LE PLANNING PREVISIONNEL ET LA DEVOLUTION DES ETUDES ET DES TRAVAUX.....	14
3 ADEQUATION DU PROJET AVEC L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE. 16	
3.1 LE DIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE.....	16
3.2 LE VOLET RH.....	17
4 LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET	19
4.1 LA MAITRISE DE L'ENDETTEMENT	20
4.2 L'AMELIORATION DE LA MARGE BRUTE PAR DES GAINS FINANCIERS	21
4.3 LES VALEURS BILANCIELLES :	24
5 SYNTHESE	25

1 Elements introductifs

Le CHU de Nancy travaille depuis de nombreuses années sur l'élaboration de sa stratégie immobilière optimisée. Plusieurs Schémas Directeurs Immobiliers ont été produits avant d'aboutir au scénario d'investissement envisagé tel qu'il est présenté dans ce dossier.

Pour l'établissement, il s'agit de solutionner des problèmes récurrents qui pèsent lourdement sur son développement, à savoir :

- l'éparpillement sur plusieurs sites de ses activités qui limitent l'impact de ses efforts continus de recherche d'efficience médico-économique ;
- la vétusté de son immobilier illustrée par l'avis défavorable de la Commission de Sécurité Incendie concernant la « tour » de l'Hôpital Brabois ;
- les surfaces considérables maintenues en exploitation.

Les perspectives démographiques pour les prochaines années (+ 0,05 %/an jusqu'en 2040) sont compatibles avec le volume capacitaire envisagé dans le projet. L'ARS valide les choix opérés à partir de l'évolution de l'activité hospitalière de l'établissement dans le GHT et dans le territoire.

Mais ce projet est confronté à une situation financière, certes en amélioration depuis 2018, mais qui reste très dégradée avec un déficit cumulé qui représente 50 % du coût de la reconstruction et un fort endettement de départ.

Le dossier soumis à la contre-expertise a le mérite d'apporter une solution qui répond sans compromis à l'ensemble de ces problématiques.

Il présente en l'assumant, une solution particulièrement ambitieuse, complexe et onéreuse qui mobilisera durablement les forces vives de l'Hôpital.

Ce projet offre par ailleurs des opportunités de développement à ses partenaires principaux : les collectivités locales, l'université et le monde économique.

2 Analyse du volet immobilier et technique

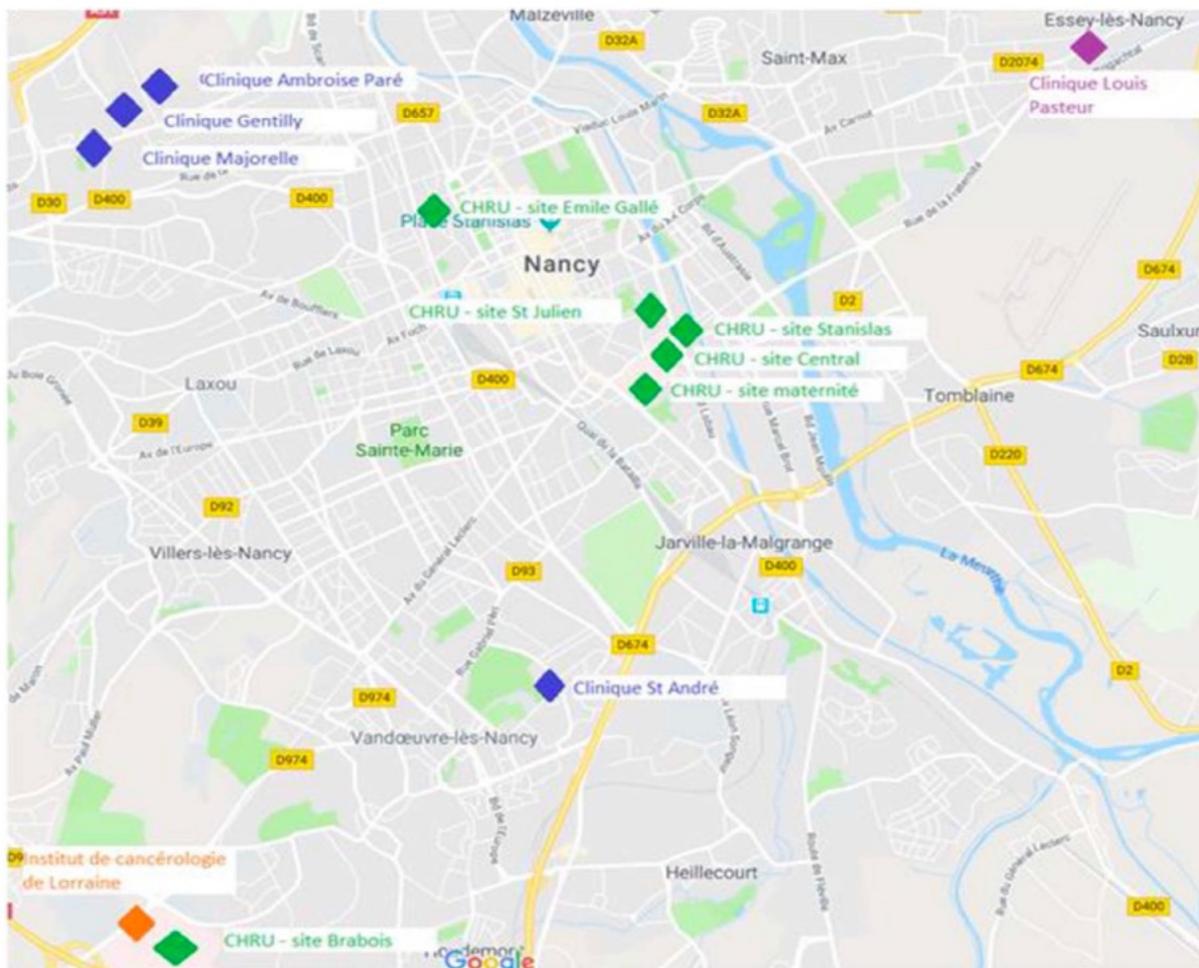
2.1 Le schéma directeur immobilier

Le CHRU de Nancy est implanté sur 7 sites de soins distants de 8 km environ :

- l'Hôpital Brabois, Vandoeuvre-les-Nancy, composé de l'hôpital d'enfants, de l'institut de cardiologie Louis Mathieu, du bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton, de l'hôpital d'adultes et du bâtiment Recherche ;
- l'Hôpital Central ;
- la Maternité Régionale et Universitaire de niveau III ;
- le Centre chirurgical Emile Gallé, Orthopédie, traumatologie et chirurgie de la main ;
- l'Hôpital Saint Julien, Unité de Soins Palliatifs, SSR et USLD ;
- le Centre de long séjour Saint Stanislas, Nancy ;
- le centre d'odontologie Heydenreich, Nancy.

Ce qui représent au total 1 560 lits et 209 places occupant 459 000 m².

Figure 1 : Implantation des différents sites



Source : Dossier d'évaluation socio économique

Le schéma global du schéma directeur immobilier (SDI) du CHRU de Nancy consiste pour l'essentiel à :

Ce projet propose enfin une réponse opérationnelle à la mise en conformité de l'immeuble « tour » de Brabois en programmant sa démolition.

Il répond aux dispersions particulièrement coûteuses en exploitation de ses sites en les regroupant sur un site unique et profite de cette opportunité pour constituer des pôles médicaux.

Il règle de fait les problématiques diverses de mise en conformité induit par la vétusté et l'hétérogénéité de son patrimoine.

Il libère des espaces précieux en centre-ville de Nancy à valoriser.

Il met à disposition des terrains sur le site de Brabois permettant des développements ultérieurs.

Un simple indicateur de la pertinence de cette ambition : sa réalisation permet de réduire de 40 % la surface totale exploitée !

En contrepartie, sa mise en œuvre débouche sur une opération d'investissement, complexe, longue et onéreuse.

2.2 Le projet immobilier

Le projet comporte deux phases.

La phase 1

La phase 1 est un préalable dans le domaine logistique et technique pour enclencher la seconde.

Elle permet le regroupement des fonctions logistiques, le renouvellement de la production énergétique et la préparation/libération du site de la Phase 2. Elle comporte deux étapes :

Etape 1 :

- construction du bâtiment SAMU-SMUR, PC sécurité en entrée de site ;
- construction du bâtiment Chaufferie ;
- construction du bâtiment Energie ;
- construction du Bâtiment IML (Institut médico-légal et chambre mortuaire).

Etape 2 :

- construction du logipôle (PUI, magasin, cuisine) ;
- restructuration des nouveaux ateliers techniques.

Elle est estimée à **70,6 M€ TDC** Valeur Finale.

Les livraisons s'achèveront en premier semestre 2025. Elles conditionnent le début des chantiers de la phase 2.

Le nombre d'opérations à conduire et la variété de leur contenus techniques rendront le respect des délais annoncés problématiques.

La phase 2

Elle est composée de plusieurs étapes :

Etape 1 :

- construction d'un bâtiment médico-technique (BMT), pour abriter tous les blocs opératoires du CHU adultes et pédiatriques (à l'exception de ceux existant dans l'ILM et les salles de césariennes de la Maternité), la stérilisation, les urgences adultes, les

soins critiques du centre-ville, le regroupement de l'imagerie adulte et pédiatrique du CHU, la médecine nucléaire, la dialyse et l'UCA (en lien avec le bloc opératoire) ;

- construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation (NBH), pour abriter les lits de la barre et de central ;
- construction de la plateforme extérieure (espace dédié au futur chantier).

Etape 2 :

- construction du bâtiment mère-enfant (BME), pour accueillir la maternité (urgences, salles de naissance & bloc gynéco-obstétrical, consultations et hébergements), la pédiatrie (urgences, consultations, réanimation et médecine néonatale, hébergements) ;
- travaux au rez-de-chaussée de l'Institut Louis Mathieu (ILM) pour convertir une unité d'hospitalisation (transférée au NBH) en centre ambulatoire cardio-pneumo ;
- travaux au Bâtiment Philippe Canton (BPC) pour création d'une USC gériatrique ;
- construction des liens entre les différents bâtiments permettant de relier les services entre eux et construction des galeries pour la logistique automatisée de l'ensemble (connectées au Logipôle réalisé en phase 1).

Etape 3 :

- démolition de l'hôpital d'enfants ;
- démolition de la barre de Brabois.

Etape 4 :

- création de parkings afin d'augmenter la capacité d'accueil sur le site (hors dossier COPERMO) ;
- valorisation de l'emprise libérée par les démolitions en lien avec l'hôpital et le technopole.

Les étapes 1, 2 et 3 sont estimées à **486 M€ TDC** Valeur Finale.

Il est regrettable que le financement des parkings silo ne soit pas intégré au dossier car l'accès aux soins et par conséquent la possibilité pour les patients âgés ou handicapés d'accéder facilement à l'établissement autrement qu'en utilisant les transports en commun, est un facteur clé de succès du projet.

Les travaux commenceront au deuxième semestre 2025 et s'achèveront en 2030.

Tableau 1 : Calendrier des 3 phases

	N	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9
Année	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
		mi-N1 > fin N1 : VRD et démolition								
Actions Phase 1	consultations - études (2ans)		chantier (2 ans - début jan. N2 - fin mi N3)							
Actions Phase 2			consultations - études (2 ans)		chantier (4 ans - début jan. N4 - fin mi N7)			Mise en service (6 mois)		
Actions Phase 2				consultations - études (2 ans)		chantier (3 ans - début jan. N6 > fin N8)		Mise en service (6 mois)		

Source : Dossier d'évaluation socio économique

Selon le calendrier ci-dessus, les deux premières étapes donneront lieu à deux chantiers distincts qui par contre se réaliseront pour partie simultanément de 2027 à 2030. Des interventions sont même prévues dans les existants conservés.

On notera la complexité de réalisation et par conséquent de conduite de cette phase qui conjugue la juxtaposition de deux opérations majeures et des interventions dans l'existant ou à proximité puisqu'il faut mettre en place des jonctions, le tout en maintenant les existants en fonctionnement.
C'est certainement une des difficultés majeures de ce projet, notamment en terme de respect des calendriers, mais pas seulement.
La persistance de nuisances consécutive au chantier pourrait impacter l'attractivité du CHU et peser sur son climat social.

Il est indiqué dans le dossier que le bâtiment Philippe Canton, construit en 2010 sous BEH, présente des faiblesses d'ossature béton pour lesquelles des experts ont été mandatés fin 2020 par le CHRU de Nancy pour mener une expertise sur l'ensemble du bâtiment.

Il est impératif que ce risque soit levé avant le début du chantier de la phase 2 en intégrant une nouvelle phase de travaux de confortation de la structure si nécessaire.

2.3 La programmation architecturale et technique

La programmation architecturale générale du projet repose sur des regroupements d'activités afin de constituer un ensemble de « plots ».

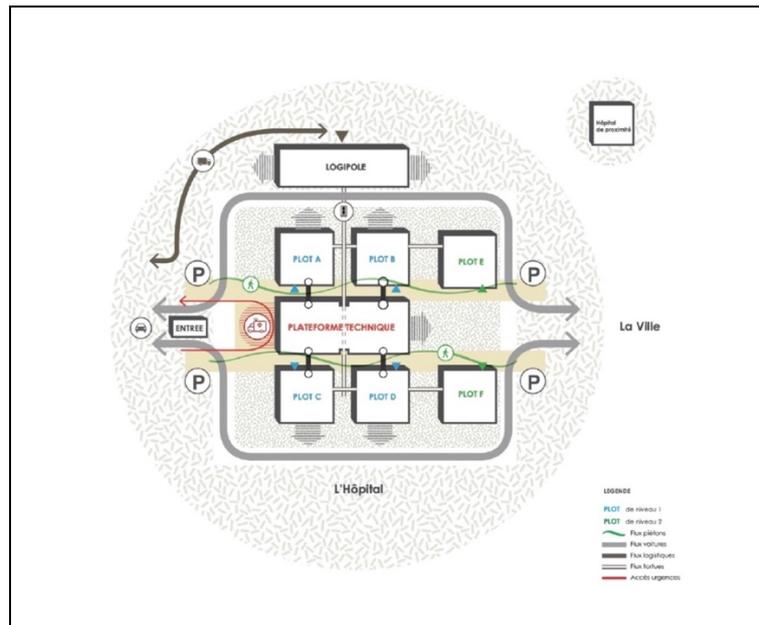
Chaque « plot » accueille un ensemble de prises en charge par filière. Il est installé autour d'un bâtiment médicotechnique central constituant lui-même un plot.

Ainsi, sont identifiés les « plots » suivantes :

- l'institut Louis Mathieu (ILM) existant et réemployé, après restructuration mineure ;
- le bâtiment Philippe Canton (BPC) existant et réemployé, après restructuration mineure ;
- le nouveau bâtiment d'hospitalisation (NBH) permettant de loger les unités de la barre et de l'hôpital central ;
- le nouveau pôle mère enfants ;
- un nouveau bâtiment Médico-Technique (BMT) pour y accueillir les activités de blocs, soins critiques, urgences et imagerie ainsi que la médecine nucléaire, l'UCA et la dialyse du CHRU.

Le schéma ci-dessous illustre ce concept particulièrement intéressant. Il donne une grande lisibilité à l'ensemble et permet d'intégrer et de conserver les bâtiments existants les plus récents qui abritaient déjà des ensembles de parcours patients homogènes.

Figure 3 : Vision d'ensemble de la programmation architecturale et technique



Source : Dossier d'évaluation socio économique

La programmation détaillée a décliné ce concept.

Elle a également intégré les leçons issues de la crise de la COVID 19 ayant un impact fonctionnel et architectural.

Il s'agit de :

- l'adaptation graduée des locaux pour faire face à des niveaux de crise différenciés ;
- la possible conversion temporaire d'une unité d'hospitalisation conventionnelle (30 lits) du NBH en unités de réanimation. Cette unité convertible est positionnée au NBH de plain-pied avec le plateau de soins critiques du BMT et dispose d'une architecture (positionnement, surfaces et aménagements) et d'une technique (traitement d'air et fluides médicaux) conçues pour le confinement ;
- la capacité des locaux de certains secteurs à être convertis temporairement en unité de type réanimation (conversion possible d'unités de soins intensifs et de surveillance continue en lits de réanimation (surfaces, fluides et traitement d'air adaptés) ;
- l'anticipation technique et organisationnelle pour monter des structures temporaires sur une plateforme extérieure ad-hoc disposant de fluides techniques en attente ;
- les besoins de renforcement, dès la conception de certaines installations techniques (traitement d'air notamment) ;
- l'organisation et le dimensionnement des accès à un site, aux urgences, aux bâtiments et aux services, en identifiant un circuit de crise et un circuit général.

Ces mesures semblent bien adaptées aux problèmes rencontrés pendant la crise. Elles sont également confortées par le concept de plot qui permet d'isoler les fonctions de soin par nature.

Sur la base de son projet médical de territoire et en y intégrant les effets attendus du regroupement de l'ensemble de ses activités sur un site unique (notamment la mutualisation des unités soins), l'établissement a révisé son dimensionnement capacitaire, conférer le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Evolution du capacitaire

	CHRU ACTUEL (2018)		CHRU FUTUR	
	LITS	PLACES	LITS*	PLACES*
Hôpital Brabois	805	165	1294	244
Site central	349	6		
Site Emile Gallé	91	20		
Site maternité	134	18		
Hôpital Saint Julien (Soins palliatifs)	15	0		
TOTAL MCO	1394	209	1294	244

Source : dossier d'évaluation socio économique

Il intègre également :

- l'augmentation du taux d'ambulatoire en chirurgie : passage de 41 % à 51 % ;
- l'amélioration de l'IP-DMS : passage de 0,97 à 0,84 ;
- l'amélioration de la DMS HC en prenant en compte la bascule ambulatoire : passage de 6,2 jours à 5,9 jours ;
- l'amélioration du taux d'occupation : passage de 86 % à 88 % au global.

Ces objectifs sont particulièrement ambitieux notamment pour ce qui concerne l'IP-DMS.

Cette ambition est également illustrée par le tableau regroupant les surfaces exploitées avant et après la réalisation du projet.

Tableau 3 : Les évolutions des surfaces

Nom du site	Surface totale bâtie avant-projet (m ² SDO)	Surface totale bâtie après projet (m ² SDO)
Hôpital Central	93 260	0
Centre de santé publique	0	3042
Hôpitaux de Brabois	233 240	248 478
Hôpital St Julien	28175	0
Maternité	43 802	0
Centre Saint Stanislas	5 136	0
Marin - Centre informatique	2885	0
Internat	1 510	1510
Odontologie	3 608	0
Tour Marcel Brot	9342	9 342
UPC	2 504	0
Centre Chirurgical Emile Gallé	15154	0
Crèche MVF	1 470	0
TOTAL	440 086	262 372

Source : Dossier d'évaluation socio économique

Concernant sa programmation détaillée, le projet s'inscrit dans les ratios ANAP.

Dans les nouveaux locaux, chaque unité sera dimensionnée à 30 lits dont une chambre bariatrique ou dédoublable.

Afin de permettre des mutualisations et pour assurer une flexibilité des activités, les 4 bâtiments de soins sont organisés par filières de soin cohérentes et non par service. L'ensemble est connecté,

horizontalisé, ce qui permet à chaque spécialité d'utiliser les moyens des différents plateaux techniques.

Au sein de chaque filière, les partages et mutualisations sont facilités et les frontières entre spécialités peuvent être revues en permanence, selon l'affectation des locaux.

On notera néanmoins le maintien de blocs opératoire dans le bâtiment Philippe Canton. Cette disposition dérogatoire du concept général a vraisemblablement été imposée par le mode de réalisation de ce bâtiment, à savoir un BEH qui rend par nature, difficile toutes les évolutions fonctionnelles substantielles.

En conclusion, la programmation des locaux a été optimisée et standardisée le plus possible. Elle devrait permettre de faciliter les mutualisations et favoriser l'évolutivité des organisations.

Le projet réduira considérablement l'impact environnemental du CHU de Nancy.

La réduction des surfaces exploitées (40 %) et les constructions neuves conformes à la RT 2020 réduiront considérablement les consommations d'énergie.

Le regroupement de ses activités sur un site unique devrait également faciliter son accessibilité et réduire les émissions de gaz à effet de serre induites d'autant plus qu'il est desservi par un tramway. Cependant cet équipement n'obère pas les besoins de stationnement de proximité, ce qui rend indispensable la réalisation rapide des parkings silo.

Par ailleurs, le CHU manifeste son intention de nouer un partenariat avec la section architecture bois de l'Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Nancy et l'Ecole Nationale Supérieure de Technologie et de Construction Bois d'Epinal avec l'intention de réaliser des investissements exemplaires utilisant notamment des matériaux bio sourcés.

De la même manière, sa recherche constante de l'évolutivité réelle des locaux projetés et l'intégration dans la programmation du bilan des besoins exprimés à l'occasion de la récente crise sanitaire, apporte la preuve que l'établissement veut détenir un immobilier durablement pertinent et résilient.

Néanmoins, il serait opportun de structurer encore plus cette volonté en :

- engageant un certification HQE garante de la démarche RSE de l'établissement tout au long de la réalisation de l'opération et même au-delà en phase d'exploitation ;
- réalisant un Bilan d'Emission de Gaz à Effet de Serre (BEGES) avant et après afin de monitorer les résultats de cette politique ;
- réalisant de la même manière un Plan de Déplacement (PDE) avant et après pour les mêmes motifs.

On rappellera que les énergies représentent 15 % des émissions, les déplacements de 30 à 40 % et les achats 30 à 40 % également.

2.4 Les coûts d'investissements

Les deux tableaux synthétiques joints au dossier détaillent l'ensemble des dépenses.

Le premier concerne les travaux, le second précise les honoraires et les frais divers.

Le coût de construction moyen du m² neuf à savoir 2 325 euros, tient compte des résultats des derniers appels d'offre qui montraient une hausse sensible des coûts de construction. Le projet

intégrant pour chaque bâtiment une typologie de locaux marquée permettant d'adapter les logiques constructives aux justes besoins :

- stockages pour le Logipôle, permettant de modérer les besoins de chauffage ;
- espaces hôteliers dans les « plots » d'hospitalisation ;
- espaces tertiaires pour la direction ;
- espaces techniques lourds et complexes pour le plateau technique.

Il est raisonnable de penser que l'estimation des travaux pourra être confirmée par les appels d'offre.

Tableau 4 : Description des coûts du projet

	HT	TTC 18,8%	TTC 20%
Cout du foncier	0	0	0
Frais d'honoraires / architectes / bureau d'études/ Assurances...	74 301 856 €	88 270 605 €	89 162 227 €
Travaux préliminaires (Frais de démolition, terrassement...)	6 500 000 €	7 722 000 €	7 800 000 €
Frais de désamiantage et de dépollution	20 000 000 €	23 760 000 €	24 000 000 €
Provision pour aléas	15 336 945 €	18 220 291 €	18 404 334 €
Coût de la construction (hors VRD)	309 080 993 €	367 188 219 €	370 897 191 €
Coût de la restructuration (hors VDR)	6 371 679 €	7 569 554 €	7 646 015 €
Coût des VRD et aménagement des abords et plateforme	4 840 000 €	5 749 920 €	5 808 000 €
Coût des parkings (précisez enterré, non enterré)	en concession		
Sous-total travaux	436 431 473 €		523 717 767 €
dont : évaluer le coût de la construction neuve (a)	309 080 993 €	274 612 496 €	370 897 191 €
dont évaluer le coût de la restructuration (b)	6 371 679 €	7 391 355 €	7 646 015 €
Coût d'acquisition du mobilier et équipements	26 535 856 €	36 680 478 €	31 843 027 €
Coût des SI	pm		
Coût Total valeur actuelle (date à préciser)	26 535 856 €		31 843 027 €
Impact de la révision des prix (taux à préciser)	40 607 587 €	43 529 756 €	48 729 105 €
Coût Total en valeur fin de chantier	40 607 587 €		48 729 105 €
Ratio coûts construction / m ² construits SDO (=a/m ² SDO construits)	2 325 €		
Ratio coûts restructuration / m ² restructurés SDO (=b/m ² SDO restructurés)	1 671 €		
Calcul du coût selon le décret CGI			
Coût Total HT en valeur fin de chantier	503 574 916 €	598 247 000 €	604 289 899 €
Subventions des collectivités territoriales et européennes (FEDER)			

Source : Dossier d'évaluation socio économique

L'ensemble des valeurs reprises concernant les prévisions d'honoraires sont également correctes et exhaustives.

Tableau 5 : Détail des honoraires et des frais annexes

COUTS TDC - Tranche ferme (tranche conditionnelle exclue)			
Intitulé	taux	assiette	Avec les équipements somme
1) COUT TRAVAUX HT valeur 2T 2020			340 894 727 €
2) AUTRES DÉPENSES			
AMO	1,0%	340 894 727 €	3 408 947 €
Equipe : Maîtrise d'œuvre + programmiste			
Programmation	0,05%	340 894 727 €	170 447 €
Indemnités 2 concepteurs non retenus (hors BIM)	1,2%	340 894 727 €	3 972 924 €
Mission de base au sens de la loi MOP	12,0%	340 894 727 €	40 907 367 €
Missions complémentaires confiées à la maîtrise d'œuvre:			
BIM	0,8%	340 894 727 €	2 727 158 €
Synthèse (MOE ou entreprise)	2,0%	340 894 727 €	6 817 895 €
Prestataires Intellectuels			
Ordonnancement - Pilotage - Coordination des travaux	1,5%	340 894 727 €	5 113 421 €
Contrôle Technique	0,5%	340 894 727 €	1 704 474 €
Coordination S.P.S	0,2%	340 894 727 €	681 789 €
CSI	0,5%	340 894 727 €	1 704 474 €
Prestataires Complémentaires			
Etude géotechnique G1, G2AVPPRO	0,02%	340 894 727 €	68 179 €
Relevée de géométrie: Abord et bâtiment	0,02%	340 894 727 €	68 179 €
Etudes complémentaires et diag divers (Ariante, Plomb, Structure, ESSP)	0,02%	340 894 727 €	68 179 €
Assurances: CCRD, Dommage Ouvrage, TRC	1,6%	340 894 727 €	5 454 316 €
Frais divers			
Taux de tolérance études	2%	54 425 343 €	1 088 507 €
Taux de tolérance travaux	4%	340 894 727 €	13 635 789 €
Frais de reproductions et publications	0,05%	340 894 727 €	170 447 €
Autres frais			
s/t COUT AUTRES DEPENSES HT			87 762 491 €
3) TOTAL TRAVAUX HT + AUTRES DEPENSES HT			428 657 218 €
4) PROVISIONS ET TVA			
PROVISION REVISION DE PRIX (ACTUALISATION)			36 641 209 €
TVA (CHRU assujetti à la TVA partielle, abattement de 6%, soit TVA de 18)	0,188	465 298 427 €	87 476 104 €
5) EQUIPEMENTS BIOMÉDICAUX TTC			
EQUIPEMENTS BIOMÉDICAUX TTC			30 875 823 €
PROVISION REVISION DE PRIX (ACTUALISATION)			3 918 885 €
TOTAL TDC (m0 2T 2020) - Y COMPRIS equipt biomed.			587 569 238 €
<small>(coûts éventuels de sortie du BPC (liés au contexte PPP) exclus</small>			<small>1,2%</small>

Source : Dossier d'évaluation socio économique

Dernière observation, les démolitions ne semblent pas incluses dans l'estimation des dépenses.

Enfin les économies d'exploitations annoncées, à savoir le passage d'un coût d'exploitation de 220 euros/m² à 65, ce qui combiné à la réduction des surfaces utilisées, correspond à une économie de 6,6 millions d'euros ne sont pas suffisamment justifiées et sans doute surestimées.

2.5 Le planning prévisionnel et la dévolution des études et des travaux

Le planning général figurant dans le dossier est trop peu détaillé pour pouvoir le valider en l'état. De fait il pourrait ne pas être respecté.

Cette remarque concerne surtout la phase 2 et ses deux séquences consultation/étude qu'il faudrait détailler notamment pour ce qui concerne les phases administratives.

Tableau 6 : Planning prévisionnel

	N	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9
Année	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
		mi-N1 > fin N1 : VRD et démolition								
Actions Phase 1	consultations - études (2ans)	chantier (2 ans - début jan. N2 - fin N2)								
Actions Phase 2			consultations - études (2 ans)	chantier (4 ans - début jan. N4 - fin mi N7)				Mise en service (6 mois)		
Actions Phase 2				consultations - études (2 ans)	chantier (3 ans - début jan. N6 > fin N8)			Mise en service (6 mois)		

Source : Dossier d'évaluation socio-économique

La maîtrise d'ouvrage a prévu deux marchés distincts pour la phase 2 recourant à chaque fois à conception réalisation.

Le recours à la conception réalisation est motivé par :

- la complexité technique des ouvrages ;
- l'absence d'interface avec l'existant, du fait qu'il s'agit de construction neuve avec des aléas ainsi réduits ;
- la meilleure sécurité financière possible au budget de l'opération.

Ce choix soulève plusieurs remarques :

- de nombreuses opérations de complexité technique identique sont en cours de réalisation en Loi MOP conduite par des CHU au motif qu'elle permettra sans doute des ajustements de programme quasiment inévitable pour ce type d'opération qui dure près d'une décennie ;
- si le recours à la conception construction fige le coût de l'opération au moment du choix de l'ensemble concepteur/entreprise puisqu'il s'agit d'un marché de travaux, ce qui sécurise effectivement le plan de financement, il rend périlleux toute évolution de programme ;
- il peut également réduire la concurrence et donc augmenter les coûts, surtout si l'opération est importante car peu d'entreprise ont la compétence pour conduire de telles opérations et supporter les risques encourus ;
- il limite également le panel des maitres d'œuvre susceptibles d'être consultés.

Concernant le projet du CHU de Nancy, malgré la grande qualité du travail de programmation qui va jusqu'à prédéfinir la localisation des locaux par niveau dans les bâtiments neufs, il est difficile de penser qu'il n'advient aucune modification de programme dans les cinq années à venir.

Quant au risque de limitation de la concurrence, il est accentué par la réalisation de la phase 2 en deux étapes et donc en deux consultations. Quid de la concurrence dans le cadre d'une consultation réalisation pour l'étape 2 alors que l'étape 1 est en travaux et donc des entreprises à demeure.

Par ailleurs, il faut aussi remarquer que l'exercice de la maîtrise d'ouvrage en conception réalisation est plus périlleux et réclame plus de compétences et d'expérience, la maîtrise d'œuvre étant structurellement proche de l'entreprise dans ce type de montage.

Le montage proposé devrait donc être comparé au recours à la loi MOP de la façon suivante :

- organisation d'une consultation d'ingénierie et d'architecture pour l'ensemble de la phase 2 ;
- réalisation de l'ensemble des études de la phase 2 ;
- lancement d'un seul appel d'offre prévoyant la réalisation des travaux en deux étapes pour permettre la livraison la plus rapide possible du bâtiment médico-technique (BMT) et du nouveau bâtiment d'hospitalisation (NBH), cessant ainsi l'exploitation de la barre interdite d'exploitation.

3 Adéquation du projet avec l'organisation de l'offre de soins du territoire

3.1 Le dimensionnement capacitaire

Le rapport indique une évolution démographique très modérée (2040 + 0,05 %/an) marquée par une évolution notable de la population des plus de 75 ans (+23,39 % entre 2015 et 2030). Les évolutions se traduisent déjà sur l'activité hospitalière :

- augmentation sur des disciplines/organes ; ophtalmologie, uro-néphro, digestif, cardio-vasculaire, pneumologie, cancérologie et soins palliatifs ;
- diminution sur secteurs : obstétrique, pédiatrie, orthopédie, transplantation d'organes, ORL-Stomatologie.

Il est à noter une surmortalité liée aux cancers. Ce point lié à l'évolution démographique doit inciter l'établissement à renforcer sa collaboration avec l'Institut de Cancérologie de Lorraine, d'autant que la concurrence est élevée entre établissements publics et privés (Elsan, Pasteur).

Tableau 7 : Equipement (public et privé) en lits et places pour 1000 habitants

	Meurthe-et-Moselle (54)	Meuse (55)	Moselle (57)	Vosges (88)	Grand Est	France
Médecine	2,7	2,2	2,3	2,3	2,3	2,1
Chirurgie	2,0	0,9	1,1	1,3	1,4	1,3
Gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes de 15 ans et plus	0,8	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7
Hospitalisation à domicile	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2

Source : Dossier contre expertisé (STATISS Grand Est 2016, ARS Grand Est, Mai 2017)

Le dimensionnement capacitaire proposé est cohérent avec l'évolution de l'activité et du besoin évalué (DMS-GHM) : moins 101 lits d'hospitalisation complète en MCO et + 35 places d'ambulatoires et avec le taux d'équipement supérieur constaté au taux national.

Cependant, le choix argumenté à un IPDMS performant doit engager d'emblée l'établissement à accentuer les partenariats au sein du GHT et hors GHT afin de fluidifier le parcours des personnes hospitalisées.

Le CHRU de Nancy a un rôle important à jouer dans l'attractivité du territoire.

Les conditions de réussite de ce nouveau dimensionnement passent par un renforcement des coopérations effectives du CHRU de Nancy avec l'institut de cancérologie de Lorraine (effectivité des conventions), les établissements de proximité et médico-sociaux du GHT 7 et le renforcement des relations avec le GHT 8 dans le cadre du GCS Sud Lorraine, et avec le premier recours.

L'évolution démographique des plus de 75 ans conjuguée à une diminution des lits doit être corrélée à une optimisation du parcours. Sur l'amont : éviter les hospitalisations inutiles et collaborer avec les hopitaux de proximité (développement des consultations avancées, télémédecine avec les CPTS). En aval : fluidité des lits de SSR et l'HAD et le secteur médico social.

3.2 Le volet RH

3.2.1 Climat social

L'établissement a engagé plusieurs opérations de restructuration de 2014 à 2018 avec une suppression de 300 ETP. Une CLASMO a été mise en place à cette occasion et elle perdure aujourd'hui sous l'intitulé de « cellule de mobilité » financée par l'ARS.

Il est indiqué que le climat social est stable avec peu de mouvements sociaux sur ces années de restructuration. Il est à noter la signature d'un pacte local de confiance.

Ce point sur les relations sociales est bien étayé et apparaît comme un élément favorable à la mise en œuvre du projet de restructuration. La méthodologie de projet inclut la participation large des personnels. L'ampleur du projet de regroupement et la diminution annoncée du nombre d'ETP (- 650) pourront cependant impacter le climat social.

3.2.2 Points de vigilance

La démographie médicale est un point de fragilité pour le développement de l'activité. Il est à noter des tensions actuelles dans le recrutement des médecins spécialisés en anesthésie-réanimation et en radiologie. Le projet proposé est construit en tenant compte de perspectives d'évolution d'activités faible, cohérente avec l'évolution actuelle de l'activité.

Le développement des coopérations renforcera l'attractivité de l'établissement.

3.2.3 Economie en ETP et organisation des soins

Sur la base des fiches actions du tome 3 et tome 2, il est annoncé un gain total d'ETP de 650,19 ETP décomposé en :

- (-) 379,8 ETP de 2029 à 2032 (principalement sur les postes administratifs et logistiques (- 205,8 ETP) ;
- (-) 270,39 ETP de 2018 à 2025.

Tableau 8 : Tableau Synthétique de la trajectoire RH induite par le projet

	2018	2025	Différentiel 2018/2025	2032	Différentiel 2025/2032	Différentiel 2018/2032
Administratifs	988,7	827,52	-161,18	818,52	-9	-170,18
Soins (dont Interim)	4602,78	4611,62	8,84	4465,62	-146	-137,16
Educatifs et sociaux	49,81	50,68	0,87	50,68	0	0,87
Medico-techniques	644,26	600,23	-44,03	590,23	-10	-54,03
Techniques et ouvriers	1044,54	966,2	-78,34	751,4	-214,8	-293,14
Apprentis	13,3	16,75	3,45	16,75	0	3,45
Total	7343,39	7073	-270,39	6693,2	-379,8	-650,19

Source : Dossier contre expertisé, p. 55

Mais au début du tome 2, il est expliqué qu'en lien avec les enseignements de la crise et des futures organisations spatiales, il est annoncé la création de 133,8 ETP par transformation de poste. L'argumentation employée indique que ces 133,8 ETP sont réalisés par transformation des postes des PF3 et PF5 et donc ce choix vient annuler l'économie annoncée des ETP sur la période de 2018 à 2025.

De même, on peut questionner le choix de l'établissement à instituer des unités d'hospitalisation complète lourde avec un effectif identique à ceux des unités de soins intensifs ou continus. Ce choix entraîne une augmentation des ETP.

Les choix opérés d'augmentation des ETP soignants et les perspectives éventuelles d'évolution des organisations soignantes doit amener l'établissement à prendre en compte l'évolution des ETPR réels constatée et engager d'ores et déjà une analyse des impacts sur les trajectoires financières.

La politique d'emploi doit être encadré et cohérente avec les perspectives annoncées.

4 La soutenabilité financière du projet

Le CHRU est engagé depuis plusieurs années dans l'élaboration d'un schéma directeur immobilier (SDI) dont l'objet est de rationaliser les implantations et de dégager des marges d'efficacités. Un avis favorable a été rendu par le COPERMO fin janvier 2020 sur le projet de SDI.

Le projet d'investissement porté par l'établissement consiste pour l'essentiel à regrouper tous les services MCO et les plateaux techniques et de maintenir en centre-ville une offre de soins par la création d'un pôle de prévention et de santé publique. Le tout permettant une réduction de 40 % de la surface totale. Basé sur un scénario présenté comme ayant intégré les leçons du covid 2019 (« 1^{er} hôpital post-covid ») et son impact fonctionnel et architectural, le projet à l'étude est valorisé à hauteur de 570 M€ pour la tranche ferme et de 598 M€ avec les tranches conditionnelles.

Compte tenu du plan de retour à l'équilibre financier réalisé depuis 2017, du début de la mise en œuvre du tome 2 du plan de refondation (2019-2024), et des aides à l'investissement octroyées, le CHRU a initié une lente amélioration d'une situation financière particulièrement dégradée. Il reste que « **toute nouvelle immobilisation doit être financée soit par emprunt soit par subvention** » comme le souligne justement l'ARS dans son rapport.

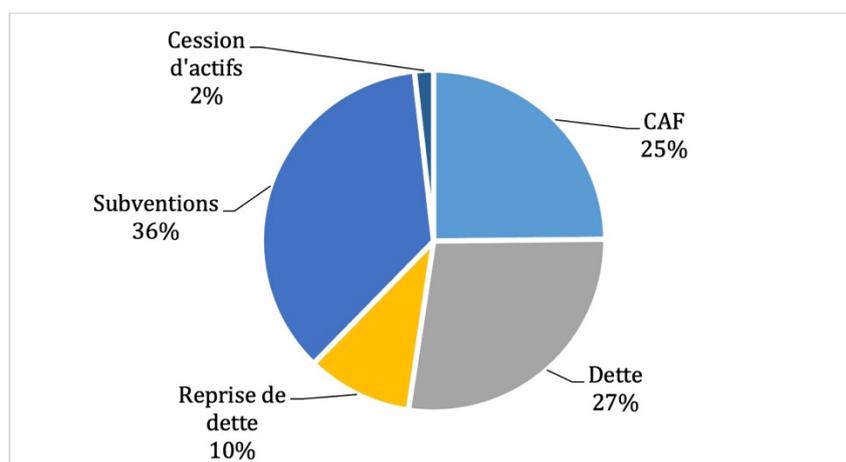
Le tableau de financement présenté par l'établissement (2021-2032) mobilise les ressources propres à l'établissement (CAF) à hauteur de 32 %. Le recours à l'emprunt est limité à 27 %. En plus des 23 M€ de cessions, le solde est constitué des « aides » cumulant une reprise de l'endettement passé (10 %) et des subventions d'investissement (29 %).

Tableau 9 : Tableau de financement simplifié

Tableau de financement simplifié					
Investissements	70,03%	890 076 035 €	31,76%	408 195 214 €	CAF
Remboursement dette	29,97%	380 997 452 €	27,51%	353 556 294 €	Dette
			9,94%	127 800 000 €	reprise de dette
			29,01%	372 820 000 €	Subventions
			1,79%	22 947 000 €	Cession d'actifs
		1 271 073 487 €		1 285 318 508 €	
Apports au fonds de roulement		14 245 021 €			

Source : Rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière

Figure 4 : Tableau de financement simplifié



Source : rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière

Il est utile de souligner que la CAF reprise dans la trajectoire financière, est soutenue par des aides financières - dont des aides à l'investissement nationales (45 M€) et régionales (20 M€). Compte tenu de l'antériorité des aides (89 M€ depuis 2014), le fonds de roulement a été principalement constitué grâce à elles. De fait, si le ratio aides/dette calé sur le SDI est proposé à 70 %, la totalité du PGFP 2021-2032 prévoit un niveau de subventionnement (national et régional) de près de 50 %.

La soutenabilité financière du projet - financer un nouvel investissement de 600 M€ - repose donc sur la maîtrise de l'endettement couplé avec des gains financiers en exploitation permettant de retrouver un taux de marge brute acceptable.

4.1 La maîtrise de l'endettement

Début 2020, le poids de la dette demeure très important avec un taux d'indépendance financière qui reste supérieur à 100%. Le CHRU est en situation de capitaux propres négatifs ce qui place sa gestion sous une contrainte particulièrement forte.

Mais Le CHRU doit bénéficier d'une double aide lui permettant de réduire au minimum les nouveaux emprunts et la charge de la dette pour la période 2021-2032 : Dans une configuration classique, l'aide apportée est plafonnée à un certain pourcentage du projet à financer, l'établissement devant ensuite construire une trajectoire en conséquence et ajuster son nouvel endettement et ses gains en efficacité au « reste à financer ». Ici on a ajusté la logique : comme le précise l'ARS : **« une fois démontrée la nécessité du recours à des aides régionales et nationales, il convient d'estimer le juste niveau d'aide comparativement au juste niveau d'endettement (33% en 2035) »** et plus loin : **« toutes diminutions des aides nationales et régionales viendrait accroître ce niveau d'endettement et fragiliserait la soutenabilité de la trajectoire »**. Au total, 888 M€ d'investissements sont programmés entre 2021 et 2032 grâce à cette aide majeure qui se décline en 2 volets :

- Une reprise de sa dette pour **127,8 M€**. Sans cette reprise, le fonds de roulement aurait été négatif de 80 M€ en 2030 et cette reprise permet d'afficher une CAF nette « retraitée avec la reprise de dette » qui ne soit plus négative. Et ainsi comme le souligne habilement l'ARS « le PGFP du CHRU de Nancy a été construit en s'assurant que la CAF générée couvre le remboursement d'emprunts ». Se rajoute 35 M€ d'emprunt aidé.
- Des subventions d'investissement (en lieu et place d'un endettement supplémentaire) pour un total de **372,8 M€**. Ce subventionnement est majoritairement et utilement positionné en début de la trajectoire financière.

L'ampleur exceptionnelle de cet accompagnement de 500 M€ offert à l'établissement lui permet d'afficher un encours de la dette en capital inférieur à celui constaté en 2019 et un taux d'indépendance financière ramené à 40% en 2032.

Pour autant, cette politique très favorable pour le CHRU (une aide calibrée « sur mesure ») ne serait pas suffisante pour équilibrer la trajectoire financière à venir.

La marge brute de l'établissement doit couvrir les conséquences de l'investissement sur le cycle d'exploitation. Et la situation de départ comme le montre le diagnostic financier à fin 2020 ne permettrait pas de l'envisager. Un plan d'efficience ambitieux doit être le 2ème volet.

Ce plan est très détaillé et bien argumenté dans le dossier.

4.2 L'amélioration de la marge brute par des gains financiers

Le financement du SDI doit être aussi assuré par la poursuite de la politique ambitieuse de redressement de la situation financière permettant un gain de 90 M€ de marge.

4.2.1 La situation financière actualisée par rapport aux prévisions d'atterrissage 2020

La soutenabilité de la trajectoire financière doit être réexaminée à la lumière des évolutions récentes. Ce diagnostic sera centré sur le compte de résultat principal (CRP) qui porte l'ensemble de l'activité hospitalière du CHRU et représente 97 % de ses produits totaux.

En l'absence du compte financier 2020 non encore validé, le diagnostic financier actualisé à fin 2020 est projeté à partir du rapport infra annuel actualisé (RIA, transmis en mai 2021) et des réponses apportées aux questions lors de la contre-expertise. Mais sans connaître les valeurs bilantielles réelles de clôture de l'exercice 2020. Les critères de dégradation financière définis par l'article D. 6143-39 du code de la santé publique étaient remplis par le CHRU en 2017.

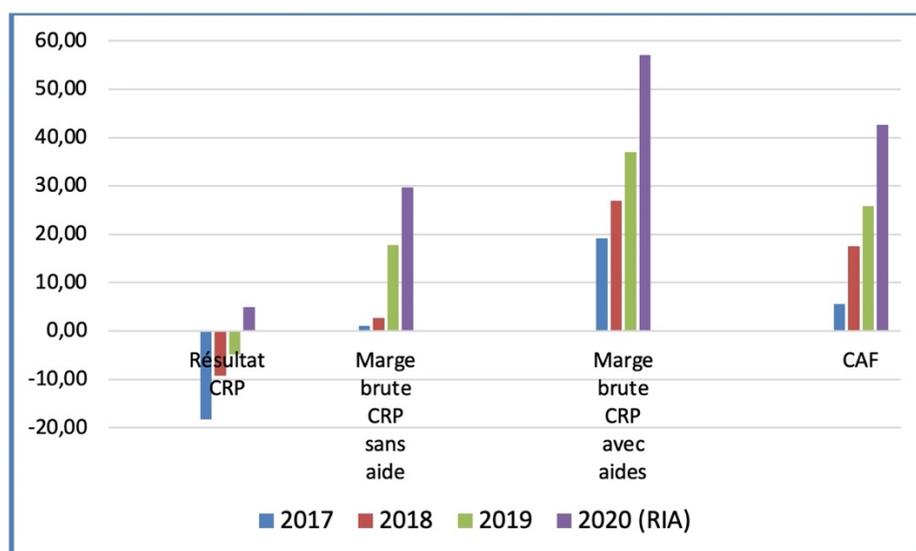
Depuis 2017 une tendance à l'amélioration s'est dessinée. En 2019, le CHRU a mis en œuvre le tome 2 du plan de refondation (2019-2024), s'inscrivant dans la continuité du CREF et devant assainir durablement la trajectoire financière du CHRU, avant mise en œuvre de son projet de schéma directeur immobilier :

Tableau 10 : Trajectoire financière 2017-2020

En millions d'€	2017	2018	2019	2020 (RIA)
Résultat CRP	-18,30	-9,27	-4,80	4,98
Marge brute CRP sans aide	1,04	2,75	17,82	29,74
	0,14%	0,37%	2,38%	3,70%
Marge brute CRP avec aides	19,20	26,92	36,98	57,07
	2,57%	3,52%	4,81%	6,87%
CAF	5,56	17,56	25,86	42,65
Taux de CAF	0,70%	2,14%	3,14%	4,88%

Source : rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière et RIA 2/2020

Figure 5 : Evolution trajectoire financière 2017-2020 (M€)



Source : Rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière et RIA 2 /2020

Sur les 2 derniers exercices connus, les produits d'exploitation **hors aides** sont en progression de 20 M€ sur 2 ans alors que les charges d'exploitation ne progressent dans le même temps que de 3 M€. Le déficit du CRP est ramené ainsi de 18,3 M€ à 4,8 M€. Les résultats de l'exercice 2020 apparaissent meilleurs que les prévisions initiales, en grande partie dus à l'impact de la crise sanitaire sur les produits. (+ 40 M€ en MIGAC MCO/EPRD).

Tableau 11 : Résultats CAF et FDR – comparaison 2019-2020

En millions d'euros	2019	EPRD 2020 exécutoire	Anticipé 2020	Écart en € / EPRD
Résultat cumulé	- 4,2	-31,9	4,1	+ 36
CAF	25,8	-0,9	42,6	+ 43,6
Apport au fonds de roulement	23,6	-20,9	33	+ 53,9

Source : RIA 2/2020

Pour autant, la trajectoire de redressement dessinée doit être réexaminée à l'aune de l'impact de la crise sanitaire sur les résultats de l'exercice 2020. Si les indicateurs s'améliorent, la situation du CHRU reste toutefois préoccupante avec un report à nouveau déficitaire de plus de 300 M€ à fin 2020 qui pèse sur le fonds de roulement et renforce le caractère inquiétant de la situation. Le résultat cumulé non aidé du CHRU reste déficitaire de plus de 22 M€.

Fin 2020, les taux projetés de marge brute largement « aidée » (6,87% mais 3,7 % avant aides) et de CAF (4,88 % avec aides) devraient restés à peine supérieurs pour la première et même inférieurs pour la seconde aux médianes des CHR (respectivement 6,35 et 5,32 %, valeurs 2019) alors même que l'établissement doit supporter une opération majeure d'investissement de 600 M€.

Cette situation complique nécessairement la conduite de tout projet d'investissement pour l'établissement même si La CAF nette apparait pour la première fois depuis longtemps légèrement positive, sans doute conjoncturellement (dotations MIGAC + 53 M€)

Par ailleurs, il est relevé en 2020 une augmentation des charges de personnel de 6% alors même que les produits de la facturation des séjours progressent mais à un rythme bien inférieur de 2,4%.

4.2.2 Le plan d'efficience proposée

La constitution du « retour sur investissement (RSI) a été détaillée dans les annexes fournies au dossier et constitue un engagement à réaliser de la part de l'établissement.

Dans ce projet de reconstruction, la démarche capacitaire (- 101 lits d'hospitalisation conventionnelle vs 35 places ambulatoire) fait partie des éléments centraux d'orientation stratégique, conditionnant à la fois la faisabilité du SDI et le cadrage des effectifs médicaux et de soins.

Le Tome 2 **actualisé** présente un plan de refondation préalable à la réalisation de l'investissement (structuré en 6 portefeuilles d'action) avec le rendu de 270 ETP et 29 M€ de gains sur la période 2019-2021 et quasiment les mêmes gains de 2021 à 2025. Le Tome 3 du plan de refondation consécutif à l'investissement prévoit un gain de 31 M€ avec un rendu de 380 ETP.

Un certain nombre des hypothèses retenues apparaissent réalistes et évaluées avec une louable prudence.

On peut souligner ainsi les taux et la durée des emprunts intégrés dans le plan, les taux prévisionnels d'évolution des recettes liées à l'activité (effet volume + 0,3 %), les gels des tarifs GHS (+ 0,2 % intégrés dans l'ONDAM) ; les taux prévisionnels des charges du titre 3 (+ 0,9 %) et des charges du titre 2 (+ 0,3 % titre), la facturation volontairement modérée des chambres particulières.

Se rajoutent des gains évalués raisonnablement liés aux 6 chantiers d'évolution des recettes (6,8 M€).

A contrario, de **réels éléments de fragilité** de la trajectoire économique et financière persistent tant sur le coût du SDI que sur la faisabilité de la totalité de l'ambitieux plan d'efficience annoncé.

Comme précédemment souligné (infra), le très probable allongement des délais de réalisation de l'opération de construction aura un impact sur le coût global ; le coût des démolitions ne semble pas avoir été prévu, et les coûts d'exploitation du bâtiment ramenés de 220 €/m² à une valeur cible de 65 €/m² semblent très volontariste. Les cessions immobilières positionnées entre 2026 et 2030 (cession de la totalité des sites) restent à confirmer alors même que ces produits sont enregistrés en dotation non affectée et donc en trésorerie prévisionnelle.

En complément de la partie 3, l'effectif de 7 151 ETP-R budgété à l'EPRD 2021 qui inclut la persistance d'un renfort COVID et de la plateforme MGI ainsi que les besoins induits par la relocalisation des activités du BPC est déjà en décalage avec trajectoire initiale **(+ 68 ETP)**

Enfin, la mise en œuvre des efforts d'efficience est **très concentrés sur 3 exercices** : les tableaux qui suivent comparent le tableau de financement simplifié sur les années 2025/2027 (55% de subventionnement et une CAF à 77,5 M€) puis sur les années 2029/2031 (fin du subventionnement et 30 millions de gains financiers programmées lors des 3 exercices 2029/2031 (dont 347 ETP) :

Tableau 12 : Tableau de financement simplifié 2023-2026

Investissements	77,90%	363 469 120 €	16,77%	77 566 176 €	CAF
Remboursement dette	22,10%	103 088 257 €	17,49%	80 902 343 €	Dette
			8,29%	38 340 000 €	reprise de dette
			54,62%	252 566 877 €	Subventions
			2,82%	13 060 000 €	Cession d'actifs
		466 557 377 €		462 435 396 €	
				- 4 121 981 €	Prélèvement FDR

Source : : rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière

Tableau 13 : Tableau de financement simplifié 2028-2030

Investissements	64,05%	161 468 924 €	45,14%	115 032 191 €	CAF
Remboursement dette	35,95%	90 614 162 €	44,44%	113 238 004 €	Dette
			10,03%	25 560 000 €	reprise de dette
			0,00%		Subventions
			0,39%	1 000 000 €	Cession d'actifs
		252 083 086 €		254 830 195 €	
				2 747 109 €	Prélèvement FDR

Source : : rapport d'évaluation/annexe 3a trajectoire financière

Ce plan d'efficience proposé permet donc d'afficher une trajectoire avec un taux de marge brute espéré supérieur à 5 % en 2035 et, comme le fait remarquer l'ARS, cette marge brute améliorée devra permettre sur toute la période de rembourser le capital des emprunts et de prendre en charge les frais financiers.

Pour autant, la marge brute avant aide se situe à moins de 3 % jusqu'à 2028.

4.3 Les valeurs bilancielle :

Il est apparu utile d'intégrer les résultats projetés 2020 (amélioration plus importante que prévue du fonds de roulement grâce aux apports en dotations MIGAC), puis de recalculer le BFR à un niveau plus prudent après, premièrement, apurement des dettes sociales sans pénalités en 2020 et deuxièmement, intégration du délai réglementaire de paiement des dettes fournisseurs.

Le PGFP peut ainsi se construire autour d'un BFR prévisionnel qui se situerait plutôt à 49 M€ (soit 24 jours d'exploitation, sachant que la médiane 2019 des CHR est légèrement supérieur à 29 jours).

In fine, la trésorerie nette resterait positive tout au long de la trajectoire avec un solde se situant entre 25 et 30 M€ soit 10/15 jours d'exploitation courante. Le solde du compte au trésor relevé en avril 2021 se situe à 23,3M€.

Bien sûr dans l'hypothèse où les autres paramètres retenus dans la trajectoire seraient respectés.

5 Synthèse

Le CHRU de Nancy est engagé depuis plusieurs années dans l'élaboration d'un schéma directeur immobilier (SDI) dont l'objet est de rationaliser les implantations et de dégager des marges d'efficacités. Le projet d'investissement porté par l'établissement consiste pour l'essentiel à regrouper tous les services MCO et les plateaux techniques et de maintenir en centre-ville une offre de soins par la création d'un pôle de prévention et de santé publique. Le tout permettant une réduction de 40 % de la surface totale.

Le projet de restructuration sur un seul site, qui résulte de ce long processus de maturation, semble très pertinent pour gagner en efficacité, efficience et lisibilité du parcours :

- gain de production, meilleur flux ;
- réduction des fonctions supports (effet dispersion) ;
- adéquation des structures aux organisations de soins.

A ce titre le dossier soumis à contre-expertise est complet. Les sujets majeurs y sont abordés en profondeur et font l'objet de réponses pour la plupart satisfaisantes sans pour autant masquer l'ampleur de la tâche à accomplir pour finaliser le projet.

Tous les scénarios de restructuration ont été étudiés pour aboutir à un regroupement complet sur le site de Brabois assorti par la démolition d'IGH, sujet qui avait longuement retardé le projet. Ce projet complexe comporte plusieurs étapes et s'achève en 2030. Cette longue phase de chantier pèsera sur l'attractivité de l'hôpital et sur le climat social. Le volet social est clairement abordé. L'équipe a pris la mesure des enjeux sociaux. Cependant, après des années de restructuration, l'annonce de suppression de postes même avec un dialogue renforcé avec les organisations syndicales peut impacter le climat social. Le risque est important dans une période critique (période de regroupement).

Le dimensionnement proposé apparaît adapté au contexte et au projet et conforme au référentiel de l'ANAP.

Les enseignements de la crise Covid ont été intégrés dans l'organisation générale de l'hôpital ce qui mérite d'être souligné. Cela conforte la pertinence à long terme de l'investissement notamment en termes de résilience face aux éventuelles crises sanitaires. Dans ce cadre, le dossier pourrait être plus ambitieux sur les problématiques environnementales. L'opération devrait être certifiée HQE. La problématique des déplacements (des usagers et des professionnels) devrait être dans ce cadre approfondie, l'activité étant regroupée sur un site unique.

La contre-expertise valide l'ensemble de ce projet sous conditions :

Une étude comparative entre le recours à la loi MOP et/ou à la Conception Réalisation devrait être réalisée avant un choix définitif.

La soutenabilité de la trajectoire financière n'est pas acquise : Sans le niveau très généreux de subvention, (70 % du SDI soit près de 50 % de la totalité du PGFP sur 10 ans), le projet d'investissement ne serait économiquement pas possible. Comme rappelé dans l'exposé, les aides sont garanties. Les simulations financières étant réalisées en euros constants à compter de 2021 partent du principe que l'établissement sera en mesure d'absorber les contraintes budgétaires annuelles en sus de la montée en charge du RSI. Or, le déroulement de l'exercice 2020 et les prévisions 2021 montrent que les économies d'emplois programmés ne semblent pas au rendez-vous en raison de la crise. On n'est plus dans l'épure prévu dans la trajectoire financière support du SDI. La moindre baisse de la marge brute prévisionnelle tout au long de la trajectoire imposerait le réajustement à due concurrence des subventions d'investissement : Les hypothèses retenues dont l'intégration du tome 3 du plan de refondation devront être systématiquement validées lors des revues annuelles de suivi.

Comme le reconnaît l'ARS : « sur la période 2021-2028, la situation ... ne laisse pas de marges de manœuvre à l'établissement pour réaliser des investissements ou faire face à d'éventuels aléas et difficultés imprévues » On doit même prolonger cette alerte au-delà sur la période 2028-2032.

Le coût total du projet apparaît correctement estimé, mais dans l'état, le calendrier de réalisation n'est pas suffisamment détaillé pour être validé. Il y a vraisemblablement un risque de dépassement qui concerne toutes les phases y compris la première phase qui ne doit pas être sous-estimée. Les contre experts convergent sur le fait que l'année 2028 apparaît comme une étape majeure du projet.

Il est proposé sur la base de l'accord d'opportunité général donné par la contre-expertise d'inscrire l'obligation d'un bilan d'étape détaillé et exhaustif à échéance fin 2028 permettant d'engager la suite sur une base objectivée et actualisée. La croissance annoncée du résultat après 2005 devra être vérifiée comme l'effectivité des premières cessions immobilières. Le calendrier de réalisation sera consolidé. Et toutes les options présentées - principalement les 31 millions de gains financiers prévus de 2029 à 2031 (et 23 M€ sur les 2 exercices : 2029 et 2030) avec l'économie de 347 ETP - devront être à nouveau expertisées à cette échéance afin de lever les interrogations mentionnées.

Table des figures

Figure 1 : Implantation des différents sites.....	5
Figure 2 : Etape finale : restructuration du site de Brabois.....	6
Figure 3 : Vision d'ensemble de la programmation architecturale et technique.....	10
Figure 4 : Tableau de financement simplifié.....	20
Figure 5 : Evolution trajectoire financière 2017-2020 (M€)	22

Table des tableaux

Tableau 1 : Calendrier des 3 phases	8
Tableau 2 : Evolution du capacitaire	11
Tableau 3 : Les évolutions des surfaces	11
Tableau 4 : Description des coûts du projet.....	13
Tableau 5 : Détail des honoraires et des frais annexes	14
Tableau 6 : Planning prévisionnel	15
Tableau 7 : Equipement (public et privé) en lits et places pour 1000 habitants.....	16
Tableau 8 : Tableau Synthétique de la trajectoire RH induite par le projet	17
Tableau 9 : Tableau de financement simplifié	19
Tableau 10 : Trajectoire financière 2017-2020	21
Tableau 11 : Résultats CAF et FDR – comparaison 2019-2020.....	22
Tableau 12 : Tableau de financement simplifié 2023-2026	24
Tableau 13 : Tableau de financement simplifié 2028-2030	24