



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

COMMISSARIAT GENERAL A L'INVESTISSEMENT

DOSSIER INSTRUIT PAR LE DIRECTEUR DE PROGRAMME  
EVALUATION DES INVESTISSEMENTS PUBLICS

Paris, le 24 février 2015  
Avis 2014-n°17bis

<b><u>AVIS DU CGI</u></b>	
<b>Projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre</b>	
Ministère demandeur Ministère chargé de la santé Autres ministères concernés - Date de réception du dossier 4 juillet 2014 Date du rapport de contre-expertise 16 octobre 2014 complété le 20 février 2015	
<b><u>PROCEDURE : CONTRE-EXPERTISE DU DOSSIER D'EVALUATION SOCIO-ECONOMIQUE</u></b>	
<b><u>INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES</u></b>	
<b>Coût</b> dont travaux de la construction TTC TDC valeur fin de chantier <i>dont montant des travaux HT</i> dont coût d'acquisition du mobilier et des équipements + divers HT dont coût acquisition du foncier	<b>571 M€ TTC</b> 480 M€ 270 M€ HT <sub>2011</sub> 85 M€ 6,3 M€
<b>Principaux bénéficiaires dont la valeur n'a pas été estimée</b>	Mise aux normes Extension de capacités
<b>VAN (valeur actuelle nette) sans risque</b>	Non disponible
<b>VAN avec prime de risque</b>	Non disponible
<b>Dimensionnement</b>	586 lits et 106 places MCO 50 358 m <sup>2</sup> SU 83 000 m <sup>2</sup> SDO
<b>Financement envisagé</b> Autofinancement Emprunt Subventions <b>Total du financement public au sens du décret</b>	0 M€ 0 à 12 M€ 580 M€ 580 M€ TTC
<b>Éléments de calendrier</b>	Travaux : Sept 2016 à sept 2020 Mise en service : sept 2020
<b>Projet décrit dans l'inventaire 2014</b>	Oui

P.J. :

- rapport de contre-expertise du 20 février 2015 qui reprend et complète celui du 16 octobre 2014

## **1. Présentation du projet de reconstruction du centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre sur la commune des Abymes**

Le projet consiste à reconstruire sur un nouveau site un hôpital regroupant l'ensemble des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique du CHU de Pointe-à-Pitre, ainsi que le plateau médico-technique.

Ne sont pas compris dans le périmètre du projet :

- les services logistiques qui ont fait l'objet d'une rénovation récente ;
- les soins de suite et de réadaptation adultes qui seront localisés au CH du Raizet ;
- la psychiatrie qu'il est envisagé de rattacher au CH spécialisé de Monteran.

Après mise en service du nouvel hôpital, il est prévu la fermeture et la cession du site actuel composé de deux bâtiments datant respectivement de 1978 et 1984 et de l'hôpital Joseph Ricou, inauguré en 1934.

Ce projet est principalement motivé par l'obligation de respecter les normes parasismiques et de se prémunir contre les autres risques (incendie, électricité, amiante...). Sa réalisation devrait aussi permettre de s'affranchir des contraintes architecturales et fonctionnelles qui affectent les bâtiments existants, et de réaliser des gains d'efficience.

Selon les dernières estimations (stade avant-projet sommaire - APS), le coût TDC du projet est de 580 M€, comprenant les équipements mobiliers pour 85 M€.

De manière exceptionnelle, cette opération, inscrite au plan "Hôpital 2012" doit bénéficier d'un financement à 100 % par subvention, pour la partie travaux.

L'ARS, « confirme l'impérieuse nécessité de mettre le plus rapidement possible le CHU aux normes parasismiques », « considère que ce projet revêt un fort potentiel en termes de retour financier [...] à la condition d'un engagement de l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'un objectif de révision des organisations ».

## **Dossier d'évaluation socio-économique transmis**

### **Options et variantes examinées :**

La reconstruction sur place a été écartée suite à deux études de 2004-2005 et le choix de la localisation a été arrêté en 2008.

### **Dimensionnement proposé :**

586 lits et 106 places en MCO (562 + 84 aujourd'hui)  
50 358 m<sup>2</sup> SU / 83 000 m<sup>2</sup> SDO selon ARS et CHU, 91 000 m<sup>2</sup> SDO selon le dernier APS

### **Indicateurs socio-économiques pertinents :**

Des éléments sur les coûts de l'investissement, mais pas sur les coûts de fonctionnement induits pour la durée prévue de vie du nouveau bâtiment.

Pas de valorisation des bénéfices attendus du projet.

**Indicateurs de performance :** au regard des objectifs affichés du programme hôpital 2012, ce projet relève de plusieurs critères puisqu'il propose :

- d'assurer la remise aux normes (sismique, incendie, accessibilité) ;
- un développement des activités ambulatoires par un passage de 84 à 106 places en MCO, mais avec une augmentation de 24 lits.

Peu d'explications sur les gains d'efficacité en exploitation.

**Mode de réalisation envisagé :** maîtrise d'ouvrage publique sans remise en cause du choix fait en 2009.

**Cartographie des risques :** oui

### **Rappel des guides méthodologiques de référence :**

Le dossier d'évaluation comporte les documents établis par l'établissement de santé concerné, l'Agence Régionale de Santé (ARS Guadeloupe) et le COPERMO en conformité avec la structure prévue par la circulaire dite COPERMO.

Après remise du rapport de contre-expertise, la DGOS a souhaité apporter des compléments aux contre-experts. Ceux-ci ont tout d'abord porté sur une première discussion du capacitaire. Une mission a été confiée à l'IGAS qui a instruit le sujet plus sérieusement et fait début février 2015 une proposition très étayée de réduction des capacités par rapport au dossier initial, sans pour autant aller jusqu'au chiffre proposé par les experts.

Les compléments ont également porté sur les projets de plan de retour à l'équilibre financier et un bilan intermédiaire de l'ANAP (janvier 2015) a caractérisé les défauts de la chaîne de codage et de facturation et des mesures correctrices.

## 2. Contre-expertise réalisée

### La procédure

Le CGI a préalablement vérifié les *curriculum vitae* et déclarations d'intérêt des 3 experts proposés par l'ANAP pour leur compétences sur les volets offre de soins, immobilier et finance, puis validé la composition de l'équipe pour ce dossier.

Le CGI a transmis le dossier aux experts le 4 juillet 2014. Une réunion de lancement (17 juillet) a permis de préciser la nature et les objectifs du travail attendu, la forme du rapport et le calendrier. Une réunion d'étape (conférence téléphonique du 25 juillet) a permis de rassembler la liste des questions et documents complémentaires à transmettre à l'ARS Guadeloupe. Cette dernière avait préalablement été avertie par le CGI et a envoyé des compléments les 25 juillet, 13 août, 10 et 15 septembre, puis 8 et 10 octobre. Par ailleurs, l'APS a été mis à disposition des experts le 5 septembre. Entretemps, les experts ont fait régulièrement le point (29 août, 17 et 24 septembre). La remise du rapport s'est faite le jeudi 16 octobre 2014 et a été suivie d'une rencontre avec le Commissaire général.

Ce premier avis envoyé, le Ministère de la Santé a souhaité compléter l'information des contre-experts, ce qui a été fait en novembre 2014 puis les 6, 8 et 18 février. Les contre-experts ont déposé une version revue de leur rapport de contre-expertise le 20 février pour laisser à la DGS le temps suffisant pour instruire le dossier avant la séance du COPERMO du 3 mars.

**La synthèse du rapport** est la suivante.

*« La reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre est justifiée, compte tenu de l'état de vétusté du bâtiment et de la nécessité de se prémunir contre les risques sismiques. Des éléments nouveaux transmis à la contre-expertise postérieurement à la remise de son rapport conduisent à émettre un avis favorable au projet, sous deux conditions devant impérativement être remplies, relatives au programme capacitaire de l'opération qui devra être révisé à la baisse, et aux mesures de redressement de la situation financière de l'établissement qui doivent être décidées et mises en œuvre sans délai.*

### **1. Le projet architectural ne respecte pas les engagements communs de l'ARS et du maître d'ouvrage**

*L'expression architecturale présenté dans l'APS traduit le morcellement du projet médical et engendre des surfaces excédentaires de l'ordre de 7 à 8 % dans l'ensemble du projet.*

*La représentation graphique est de 89 000 m<sup>2</sup> en clos couvert (y compris super-structure) ; ces éléments de surface ne correspondent pas aux surfaces affichées de 83 000 m<sup>2</sup> dans les études de l'APS ce qui ne permet pas de répondre aux engagements communs de l'ARS et du DG du CHU, soit 270 M€ HT valeur 2011. En outre, d'autres surfaces sont ajoutées (hélistation et rue Caraïbes pour environ 10 000 m<sup>2</sup>).*

*En collaboration avec l'ANAP l'établissement devra ajuster les surfaces en fonction du recalibrage capacitaire.*

*Le recalibrage par la mission IGAS des besoins capacitaires présente une solution idéale pour réexaminer partiellement la composition architecturale de certains espaces de l'APD2.*

*Ce travail se focalise principalement sur cinq secteurs que sont, la réanimation adulte -10 lits, l'USIC et l'UNV +6 lits, la médecine - 20 lits, la chirurgie -23 lits, et la gynéco obstétrique - 14 lits.*

*Compte tenu de la densité et du manque d'ergonomie du plateau technique (niveau 3 du bâtiment 50), les études de PRO pourront examiner l'échange de surfaces entre la réanimation adulte et l'USIC/UNV. Ce sera une excellente solution pour redonner des fonctionnalités à des services « labyrinthiques ».*

Le gain des 57 lits d'hospitalisation traditionnelle correspondant seulement à deux unités de soins, pourrait se traduire soit par la suppression d'un niveau d'hospitalisation d'un des bâtiments 31, 32 ou 33, soit par la non-réalisation des aménagements intérieurs d'un de ces bâtiments et ainsi geler un clos-couvert pour préserver l'avenir.

La maîtrise du projet passe quand même par le recadrage du projet architectural de la rue Caraïbes et de ses incidences financières.

Dans ces conditions l'APD 2 serait conservé et les études de PRO mettant au point la nouvelle configuration capacitaire et ses évolutions et traductions spatiales pourraient s'engager sans perdre de temps.

## **2. Le programme capacitaire n'est pas proportionné aux besoins**

Les parts de marché du CHU sont de 25 % en chirurgie, 45,7 % en médecine et 40 % en obstétrique. Le projet médical qui a été réalisé par un prestataire extérieur s'appuie sur les souhaits des acteurs plus que sur la réalité de sa faisabilité. L'activité est peu dynamique, les durées moyennes de séjour (DMS) observées sont très supérieures aux DMS standards en chirurgie et en médecine, les alternatives à l'hospitalisation sont peu développées et le rôle de recours de l'établissement demeure modeste.

En conséquence compte tenu de l'activité faible les capacités en chirurgie pourraient être ramenées dans une fourchette allant de 80 à 87 lits au lieu de 100 et les places de chirurgie ambulatoire ramenées à 15 au lieu de 25.

S'agissant des soins critiques, les projets de créations de capacités ne sont pas justifiées au regard de l'activité, à l'exception des unités de soins intensifs qui, compte tenu de l'évolution des besoins, doivent être renforcées.

Pour la médecine, l'amélioration des taux d'occupation (TO) et de la DMS doit permettre de ramener la capacité à 190 lits au lieu de 200 et 30 places au lieu de 50.

En ce qui concerne la Gynécologie-obstétrique, l'augmentation de 20 % de l'activité liée à l'hypothèse de fermeture d'une maternité privée n'est pas réaliste d'autant que le TO est faible (62 %) ; la capacité peut être ramenée à 50 lits au lieu de 78.

La remise à plat du projet architectural, évoqué § 1 devra tenir compte de la révision du programme capacitaire.

## **3. La situation financière de l'établissement ne lui permettra de soutenir un projet d'investissement de cette envergure qu'à la condition d'adopter et de mettre en œuvre des mesures de redressement d'ampleur suffisante**

Le CHU de Pointe-à-Pitre est structurellement déficitaire et a déjà été massivement aidé. En l'état des informations disponibles, les perspectives de retour à l'équilibre du CHU de Pointe à Pitre ne sont pas assurées. Le projet de plan de redressement, dont les grandes lignes ont été portées à la connaissance de la contre-expertise, va certes dans le bon sens mais son adoption et sa mise en œuvre effective demeurent incertaines et le retour à l'équilibre auquel il devrait conduire est trop lointain. Il importe donc de valider ce projet dans les plus brefs délais afin que ses effets soient tangibles sur les comptes de l'exercice 2015 et le versement des aides exceptionnelles sollicitées, si elles s'avèrent temporairement nécessaires, doit être impérativement subordonné à l'atteinte des objectifs annuels du plan ».

### 3. Avis du CGI

Le dossier d'évaluation socio-économique soumis à la contre-expertise décrit la reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre.

Sans pouvoir le considérer comme un dossier d'évaluation socio-économique complet, ce qui ne serait pas réaliste à ce stade, le dossier est conforme aux attentes du COPERMO, au sens où les pièces prévues dans la circulaire dite COPERMO étaient bien fournies.

La contre-expertise a pris connaissance avec intérêt des compléments de dossier successifs, et a disposé de 3 mois pour rendre ses conclusions, mais un mois seulement pour l'étude de l'APS. Le présent avis a été rédigé dans un délai réduit afin d'être disponible pour les membres du COPERMO dans un délai raisonnable avant la séance du 25 novembre 2014. Le nouveau rapport et contre-expertise et le nouvel avis du CGI ont été rédigés dans des délais très réduits pour respecter le planning décisionnel du COPERMO.

Les experts considèrent avoir de nouveau rendu un avis éclairé et impartial sur la base de l'information qui leur a été fournie. Pour sa part, le CGI considère qu'au vu de la qualité des experts et de leur implication réelle dans la contre-expertise du dossier et ses suites, les rapports remis constituent une base valable pour éclairer la décision.

Sur la base du nouveau rapport de contre-expertise, et en faisant l'hypothèse que les recommandations de l'IGAS sont mises en œuvre, il ressort que les principales forces du projet de reconstruction sont les suivantes :

- la nécessité de reconstruire un bâtiment vétuste qui ne respecte pas les nouvelles normes sismiques.

Les principales faiblesses du projet de reconstruction sont les suivantes :

- un dimensionnement du capacitaire encore trop ambitieux au vu de l'évolution démographique locale, des parts de marché du CHU et des marges d'optimisation de l'organisation ;
- un chiffrage des surfaces et des coûts qui ne respecte pas les limites établies par l'ARS et le maître d'ouvrage **et ne tient pas encore compte de la réduction du capacitaire** ;
- le manque de maîtrise de la situation financière de l'établissement.

**Au total, l'avis du CGI est réservé sur le projet en l'état actuel du dossier.**

**Au vu de la nécessité de reconstruction, le CGI recommande de faire éventuellement appel à un accompagnement national encore renforcé et d'aménager le projet en respectant les guides suivants :**

- réduire le nombre de lits et places, générateurs de futurs déficits de fonctionnement,
- tirer dès maintenant les conséquences architecturales de la réduction du capacitaire pour établir une nouvelle cible de surface et de coût,
- veiller strictement au respect des surfaces et des coûts des travaux,
- préciser dès maintenant et faire respecter avant l'emménagement les engagements de recherche d'efficience.

SI les recommandations du rapport de l'IGAS ne sont pas suivies d'effet, l'avis du CGI est défavorable au projet.



Louis SCHWEITZER