

Paris, le 18 novembre 2013

**Rapport de contre-expertise du
dossier d'évaluation socio-économique du
projet de modernisation de l'hôpital Edouard Herriot**

Contre-expertise au titre de l'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012

Dossier soumis par le Directeur général de l'offre de soins, Ministère des affaires sociales et de la santé dans une version incomplète le 12 septembre, complété le 2 octobre 2013

1. Description du projet

L'hôpital Edouard Herriot, construit en 1930 est situé au cœur de la cité et constitue l'un des établissements de référence des Hospices Civils Lyonnais.

71 000 séjours, 83 000 passages aux urgences, 200 000 consultations y sont effectués chaque année. L'hôpital emploie 3 900 personnes.

Le document programme de juillet 2012 inscrit l'opération de rénovation, objet de cette contre-expertise, dans un plan d'ensemble de rénovation du site qui prévoit, notamment, une construction d'un bâtiment de 500 lits d'hospitalisation.

Ce projet comprend principalement :

- un ensemble de 20 salles d'opération ;
- un secteur d'imagerie pour les urgences et d'imagerie interventionnelle ;
- 35 lits de réanimation et 25 lits de surveillance continue ;
- Une unité d'hospitalisation de jour d'une capacité de 48 à 58 places ;
- Un parking de 250 à 280 places.

Les plans de la phase esquisse montrent la possibilité d'une réserve foncière permettant d'aménager 26 lits et 360 m² de locaux divers au dernier étage de ce bâtiment. Ils sont prévus pour libérer plus tard le pavillon G.

Le coût de l'opération, hors équipements est de 120 M€ TDC, valeur finale.

Le contrat de retour à l'équilibre financier entre les hospices civils de Lyon et l'agence régionale de Santé de Rhône-Alpes prévoit cette opération, comme celle de l'hôpital Louis Pradel dans le volet « projet médical ». En annexe financière, il est indiqué que des subventions de 80 M€ et de 55 M€ sont attendues pour ces deux opérations.

Avis du Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière du 26 février 2013

Points de vigilance mis en évidence :

- l'opportunité du projet et son impact sur l'offre de soins doivent être documentés. Le projet doit être inscrit dans le cadre d'une réflexion d'ensemble PRS-SRIS ;
- le périmètre et le contenu du projet doivent être détaillés ;
- des précisions sur l'articulation des tranches 1 et 2 doivent être apportées ;
- le coût des travaux HT-TDC doit être précisé ;
- une analyse de la soutenabilité de l'opération dans le cadre du PGFP et des travaux du CREF doit être conduite.

Conformité au SROS et avis de l'ARS Rhône-Alpes

Dans le rapport d'évaluation socio-économique du 10 septembre 2013, l'ARS précise : « Le projet HEH s'inscrit à la fois en interne HCL dans la dynamique de restructuration et de densification des différents groupements hospitaliers des HCL, mais également dans la dynamique portée par les différents SROS de restructuration des activités de soins. »

L'ARS valide les hypothèses de retour sur investissement.

Mise en conformité de l'hôpital Louis Pradel

Ce dossier a été transmis aux experts en addition du projet de restructuration de l'hôpital Edouard Herriot.

Il consiste en une mise en conformité incendie et à un désamiantage de l'établissement. En l'état, il a reçu l'accord de la commission départementale de sécurité en date de novembre 2012.

Construit entre 1966 et 1969, l'hôpital Louis Pradel comprend 387 lits et places MCO et 13 lits de SSR. Il est consacré au traitement des affections cardio-respiratoires de l'adulte et de l'enfant. Une partie de cet établissement est classée immeuble de grande hauteur au sens du règlement de sécurité incendie.

Les travaux prévus comprennent une phase à court terme qui comprend notamment la remise à niveau et l'extension du système de sécurité incendie et le renforcement du compartimentage coupe-feu.

La seconde phase se déroulera sur neuf ans et comprendra la mise en sécurité complète ainsi que le désamiantage du bâtiment.

Le dossier remis par les hospices civils de Lyon indique que ce projet est cohérent avec les schémas régionaux. Il y est précisé que des optimisations de dimensionnement d'unités de soins seront réalisées, ainsi que des travaux d'économies d'énergie. Aucune estimation n'est fournie. Il sera par ailleurs nécessaire d'installer des unités de soins dans des locaux provisoire pendant les travaux, ce qui risque de renchérir les coûts d'exploitation de l'hôpital.

2. Opportunité par rapport à l'offre de soins

Le bassin de population et la situation socio-économique de la population

L'hôpital Edouard Herriot est situé dans un bassin de population qui devrait voir sa population augmenter de 14,6 % d'ici 2020, selon les estimations de l'ARS Rhône Alpes. La structure de population y est plus jeune que sur le reste du département du Rhône et la précarité y est plus grande.

Cette augmentation touche l'agglomération lyonnaise où est situé Edouard Herriot, ainsi que les communes limitrophes à l'Est : Villeurbanne et Vaulx en Velin. De même, il est cité par l'ARS une étude INSEE de septembre 2010 qui montre que le niveau de précarité le plus important du bassin du Grand Lyon se rencontre sur bassin de recrutement de HEH.

En termes de positionnement, l'hôpital Edouard Herriot répond donc tout à fait à un besoin de santé, complété par son rôle de recours comme centre hospitalo-universitaire.

L'offre de soins dans le bassin de population

L'offre de soins privée est très présente sur le bassin de recrutement de HEH.

L'ARS indique que cette offre s'est restructurée profondément, grâce à de nombreux regroupements qui aboutissent à l'implantation d'importants établissements : hôpital Jean-Mermoz et maternité Natexia.

Ces restructurations passées vont être complétées par d'autres qui viseront à la création de trois autres ensembles hospitaliers privés.

Le centre Léon-Bérard, acteur majeur de la cancérologie lyonnaise est proche d'Edouard Herriot et verra sa capacité d'hospitalisation passer de 234 lits et places à 334 en 2015 avec une forte orientation ambulatoire.

Enfin, autour du groupe Capio, un regroupement de cinq établissements du centre de Lyon va voir le jour en 2017 avec urgences, lits de soins critiques, médecine chirurgie, obstétrique et SSR.

Cet ensemble de restructurations, témoignant du dynamisme des acteurs lyonnais, ne laisse donc que très peu de choix aux hospices civils de Lyon : il est indispensable de reconfigurer l'offre de soins publique dans ce secteur où le besoin est grand, aussi bien en terme de démographie qu'en terme de besoins de recours à un accès aux soins pour les plus démunis. Il est dommage que la contre-expertise n'ait pas été informée de l'analyse qui a probablement été réalisée sur la diminution du recours aux urgences de HEH dans ces conditions d'évolution démographique.

Le schéma régional d'organisation sanitaire et social

L'annexe territoriale du schéma d'organisation sanitaire confirme le besoin de regroupement des plateaux techniques et la structuration des filières de prise en charge. La poursuite de l'amélioration de la qualité de la prise en charge aux urgences est demandée.

Le volet imagerie du SROS indique que le regroupement des équipements a sous tendu l'octroi des autorisations. Il y aura lieu de vérifier que le projet présenté s'inscrit dans cet objectif ou permet de l'atteindre.

Le développement de l'hospitalisation ambulatoire au détriment de l'hospitalisation conventionnelle est conforme aux orientations du SROS. Là encore, une analyse plus fine des capacités restant à terme à HEH, au-delà de cette opération, est à mener.

Il est précisé par l'ARS : « l'hôpital Edouard Herriot, avec notamment son accueil des urgences et ses activités de recours, bénéficie d'une reconnaissance et d'un attachement sans faille de la population. », « Sa taille, sa configuration et sa desserte en transports en font un site remarquable de l'agglomération lyonnaise. ».

Son engagement comme « précurseur de l'activité médicale » et hôpital public de référence en font donc un enjeu fort d'aménagement du territoire. Les subventions à sa reconstruction que les collectivités locales vont mettre en place sont une preuve manifeste et conséquente de cet état de fait.

Il est donc d'autant plus important, vu les enjeux stratégiques, financiers, emblématiques et médicaux que portent cette restructuration, qu'elle soit modèle et novatrice.

Le projet de mise en conformité de l'hôpital Louis Pradel

L'hôpital Louis Pradel prend en charge les personnes des arrondissements de l'est lyonnais et des communes limitrophes : Bron et Villeurbanne notamment. Cette zone, en direction de l'Isère est une zone à forte densité de population.

L'offre de soins poursuivra sa restructuration dans les prochaines années : celle de la clinique du Tonkin qui se rapprochera de la clinique Trarieux sur un site installé à Villeurbanne et celle de la clinique de Rillieux en cours de cession, selon l'ARS.

Le SROS et son volet « cardiologie » a été publié en juin 2012 et le SIOS de l'inter-région Sud-Est avec son volet « chirurgie cardiaque » a été publié en juin 2013. Il prévoit une diminution du nombre de sites sur le Grand Lyon, où les HCL sont concurrencés par trois cliniques.

L'établissement Louis Pradel est le seul à détenir une autorisation de chirurgie cardiaque pédiatrique pour l'ensemble du SIOS Rhône Alpes Auvergne. Par ailleurs, l'établissement est autorisé à pratiquer les transplantations cardiaques pédiatriques et adultes, les transplantations pulmonaires. Selon l'ARS : « à l'avenir, si des regroupements doivent avoir lieu, ils concerneront une des cliniques lyonnaises (mais aucunement l'hôpital Louis Pradel). »

L'Hôpital Louis Pradel bénéficie d'autorisations en cardiologie et rythmologie interventionnelle, réanimation adultes spécialisée, réanimation pédiatrique.

Il dispose également de reconnaissances contractuelles dans le cadre du CPOM pour des soins intensifs de cardiologie, et des lits de surveillance continue (adultes et pédiatriques).

Le projet de l'hôpital Louis Pradel est donc compatible avec les SIOS et SROS qui préservent les autorisations de l'établissement.

L'Hôpital Louis Pradel est un opérateur majeur en cardiologie médicale et interventionnelle dans le paysage lyonnais.

Selon l'ARS, les éventuelles restructurations de l'offre de soins régionale, notamment en chirurgie cardiaque, ne remettent pas en cause la légitimité de l'Hôpital Louis Pradel. Elle précise : « il serait difficile de se séparer d'un établissement de ce niveau, tant au regard de l'activité, que de la population accueillie sans même parler de sa vocation de formation liée à son statut de CHU. Enfin, c'est le seul établissement public sur le territoire Lyonnais sur ces activités. »

3. Dimensionnement, capacitaire

Il n'est pas présenté d'évolution capacitaire en lits majeure dans le cadre de cette tranche de modernisation de l'hôpital Edouard Herriot. Ce sera certainement l'objet de la tranche ultérieure. Par contre, le nombre de salles d'opération est considérablement réduit, passant de 34 à 20.

Il s'agit d'un projet de regroupement d'activités et de renforcement des activités de chirurgie ambulatoire. L'ARS indique que ce projet permet également un regroupement de lits de court séjour gériatrique à proximité des urgences, depuis un autre site hospitalier.

Le nouveau bâtiment regroupera 60 lits de soins critiques, 20 salles opératoires dont 4 salles d'endoscopie, 3 salles d'imagerie interventionnelle et permet de regrouper l'ensemble de ces équipements actuellement dispersés sur le site en un lieu unique. Le bâtiment regroupera également les lits d'urgence chirurgicale, ce qui permettra la libération totale du pavillon dans lequel ils sont actuellement implantés.

La libération de surfaces, difficiles à utiliser une fois libérées dans les pavillons où elles sont actuellement installées (comme les blocs opératoires par exemple) sera à étudier dans le cadre de ce projet, faute de constituer un surcoût potentiel.

L'hôpital Louis Pradel

L'hôpital Louis Pradel est un établissement de 387 lits et places de MCO et 13 places de jour de SSR cardiaque.

Il n'est pas prévu d'évolution sensible du programme capacitaire, ni de l'activité de cet hôpital, puisque le projet consiste en une mise en sécurité. Un chantier réalisé dans le cadre des projets « performance » a, selon l'ARS, permis d'améliorer significativement la performance de ce site. Il n'est pas communiqué de données sur ce sujet dans le dossier présenté ici.

4. Analyse du projet immobilier

La contre-expertise réalisée dans ce chapitre relatif au volet immobilier du projet a pour objectifs de répondre plus précisément aux questions suivantes :

- Est-il opportun de réaliser, tel que présenté, le projet de modernisation de l'Hôpital Edouard Herriot ?
- Toutes les conditions sont-elles requises pour mener à bien ce projet dans les délais et les coûts annoncés ?

Enfin, il est important de préciser que la contre-expertise du projet immobilier a été réalisée en fonction de la nature et du contenu des documents mis à disposition et des délais impartis. Les réponses aux questions posées par la contre-expertise n'ont pas permis de compléter ce dossier.

Toutefois l'établissement a fourni, fin octobre 2013, des réponses et pièces complémentaires permettant d'éclairer cette contre-expertise.

La contre-expertise a également porté une attention toute particulière au dossier Louis Pradel bien que son analyse n'apparaisse pas dans le rapport d'évaluation socio-économique préalable de l'ARS.

4.1. Le projet de modernisation de l'hôpital Edouard Herriot

4.1.1. Le site

Cet établissement d'une capacité de 850 lits et places est un hôpital pavillonnaire construit par Tony Garnier et mis en service en 1933.

Il se développe sur une superficie de 16 hectares et comporte une trentaine de pavillons dont 22 dédiés à l'hospitalisation. Il a connu de nombreuses évolutions par extensions, surélévation, restructurations successives.

Cette structure pavillonnaire, souvent vieillissante, présente, selon l'établissement, de réelles difficultés fonctionnelles. En particuliers, les blocs opératoires, les lits de soins critiques sont dispersés et installés dans des locaux vétustes.

En contrepartie, l'hôpital Edouard Herriot présente un intérêt majeur pour l'architecture et l'urbanisme. Plusieurs bâtiments et éléments de composition urbaine sont inscrits au titre des monuments historiques. Ce site est situé en centre-ville, au cœur d'un dispositif urbain axé sur la santé et bien desservi par les transports en commun.

Ces constats ont conduit l'établissement à présenter un projet de modernisation de l'hôpital Edouard Herriot.

Ce diagnostic dressé, par l'établissement et partagé par l'ARS, amène effectivement à la conclusion qu'une réponse durable ne peut se trouver dans une restructuration à l'identique du site.

En date du 14 octobre, les HCL précisent que le projet a fait l'objet de plusieurs hypothèses. Il est donc regrettable que ces documents ne figurent pas dans le dossier initial de contre-expertise.

Une synthèse des scénarios réalisés en 2006 a fait l'objet de l'envoi complémentaire fin octobre. Elle permet de mieux comprendre les orientations prises par l'établissement.

4.1.2. Le Schéma Directeur Immobilier

Le Schéma Directeur Immobilier du groupement Hospitalier Edouard Herriot a été adopté par son conseil de surveillance fin 2011. Il prévoit un projet de modernisation du site en deux tranches :

- une tranche dite ferme ciblée sur l'organisation du plateau technique (120 M€),
- une tranche conditionnelle portant sur la création d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation (150 M€).

Le projet initial était, semble-t-il, plus ambitieux et portait sur la refonte globale du site.

L'ARS précise que l'établissement avait, dans le cadre du plan Hôpital 2012, déposé un dossier relatif à la reconstruction de l'hôpital Herriot, pour un coût proche de 500 M€. Compte tenu de l'enveloppe nationale et du dimensionnement de l'investissement, le projet n'avait pas été retenu. Une étude menée par le cabinet ANTARES devait aboutir à un projet de réorganisation ajustée du projet.

Cette étude n'ayant pas été remise, il est difficile d'analyser la pertinence de ce nouveau projet et surtout de mesurer la pertinence des opérations de restructuration ou de construction.

Par ailleurs, il semblerait que la réorganisation du site se poursuive jusqu'à l'horizon 2025. Ces deux premières tranches seraient complétées par un ou des pôles d'activités externes et tertiaires. (cf : programme remis aux équipes de maîtrise d'œuvre dans le cadre de la construction du nouveau bâtiment H). L'évaluation financière de cette dernière tranche n'a pas été fournie.

Les schémas d'organisation à terme du site produits par les HCL et confortés par la réponse de la maîtrise d'œuvre, maintiennent cette organisation pavillonnaire, certes recentrée. Le devenir de certains pavillons ainsi libérés n'est pas abordé.

Il est regrettable que cette vision prospective ne soit pas accompagnée d'une démarche de valorisation du patrimoine existant.

Cette modernisation progressive du site et son organisation future va probablement engendrer une augmentation des transferts de patients via les galeries.

Enfin, il semblerait que l'organisation à terme des flux d'accès au site soit modifiée. L'ARS dans sa note complémentaire en date du 14 octobre (point 5) précise qu'une attention particulière a été portée à l'organisation des flux. Elle n'aborde pas dans sa réponse l'impact de ce schéma directeur dans l'organisation future des flux de l'Hôpital Edouard Herriot.

Les compléments fournis fin octobre apportent les réponses attendues aux questions posées ci-dessus. L'établissement précise que l'organisation du site ne pourra être stabilisée qu'à partir de l'enclenchement de la phase 2. La valorisation du patrimoine pourrait concerner la partie supérieure du site.

Ce plan directeur repose sur une approche pragmatique, séquencée et progressive de l'organisation du site. La contre-expertise partage cette vision.

4.1.3. La construction du nouveau bâtiment H

Le projet de cette première tranche vise à regrouper les sites d'imagerie, les blocs opératoires, les soins critiques et les urgences. Il est articulé autour de la construction du nouveau bâtiment H. Les autres opérations peuvent se décomposer en trois familles :

- la relocalisation des activités du pavillon H pour le libérer (3 opérations) : 12,15 M€
- les opérations de réseaux et voirie en accompagnement de la nouvelle construction : 2,5 M€
- les opérations sur d'autres pavillons pour réorganiser le plateau technique (Urgences et imagerie) : 21,79 M€.

L'établissement a également réservé un montant de 6,360 M€ au titre des équipements de l'ensemble de ces opérations.

Le montant de ces opérations annexes représente plus de 30 % du budget global des travaux (113,64 M€).

4.1.3.1. L'organisation spatiale et fonctionnelle du bâtiment H

❖ Le programme du bâtiment H prévoit le regroupement de :

- 60 lits de soins critiques dont :
 - 35 lits de réanimation (20 chirurgicaux et 15 médicaux)
 - 25 lits de surveillance continue (15 chirurgicaux et 10 médicaux)
- 20 salles opératoires (hors brûlés) dont 4 salles d'endoscopie, 3 salles d'imagerie interventionnelle.
- 54 places en chirurgie ambulatoire

Le programme comporte également des espaces de stationnement souterrains dédiés au personnel, une hélisation.

En option, il était demandé d'aménager au 3^{ème} étage une unité d'accueil de grands brûlés. Depuis, l'établissement envisagerait d'y regrouper les lits d'urgence chirurgicale (2 unités de 26 lits ?). Cette option permettrait, semble-t-il, de libérer le pavillon G de toute activité (le devenir de ce pavillon n'est pas mentionné). L'évaluation des besoins n'a pas été fournie.

L'établissement, au travers des réponses apportées fin octobre 2013, confirme un programme capacitaire de 50 lits d'urgences chirurgicales. La décision de validation d'APS valide la prise en compte de l'aménagement du R+3 du futur bâtiment H au profit de ces lits. La fiche n°3 complète également l'information sur le devenir du pavillon G.

Le nombre de lits de soins critiques évolue de 84 à 80, le nombre de salle de 34 à 20. Les places de chirurgie ambulatoire passent de 24 à 54 places (taux d'ambulatoire en hausse).

L'établissement justifie ces évolutions par une logique de densification des capacités, des analyses et hypothèses d'évolution d'activités portées par le cabinet ANTARES et une modification des organisations (ex : augmentation des plages horaires).

Les éléments fournis ne permettent pas de valider ces hypothèses. Certes, le regroupement des sites permettra une baisse globale des capacités mais les dimensionnements futurs restent peu argumentés et les éventuels surcoûts liés aux éloignements des hébergements non chiffrés.

La fourniture du rapport du cabinet ANTARES aurait certainement permis d'éclairer la contre-expertise.

L'ARS dans la réponse du 14 octobre 2013 précise que le document est disponible sur la plateforme DIPI. La fiche n°1, fournie fin octobre, apporte les éléments de dimensionnement. L'information est également complétée pour les blocs opératoires par un extrait de l'étude ANTARES (oct. 2011).

Les HCL confirment également que la solution mise en œuvre va engendrer du brancardage supplémentaire et qu'un travail est d'ores et déjà engagé pour le développement d'aides mécaniques.

❖ Les contraintes liées au terrain d'assiette ont conduit à une configuration très compacte. Des arbitrages d'organisation ont été validés en amont par la communauté médicale (ex : le regroupement de l'ensemble des lits de soins critiques n'a pas été possible).

Ces contraintes de site ont abouti à un programme très directif et une organisation dictée par cette emprise foncière. Une réflexion d'augmentation de cette assiette foncière par la déconstruction d'autres bâtiments n'a pas été présentée.

La polyvalence proposée par les HCL au travers de ce programme est très intéressante mais devra être précisée, validée pas tous les acteurs et orchestrée par un chef de bloc, d'autant plus que cette organisation n'est certainement pas celle actuellement en place avec des blocs éclatés au sein d'HEH.

Les urgences et l'Imagerie programmée ont été écartées de la programmation de ce bâtiment neuf. Ces activités seront hébergées dans des pavillons limitrophes. Les liaisons, à la fois verticale et horizontale, se feront par galeries souterraines qui devront être réhabilitées ou créées (urgences).

Cette décision n'est pas source d'amélioration des flux et d'optimisation de la prise en charge de la patientèle au sein des plateaux techniques, son impact n'a pas été mesuré.

Quels en ont été les motifs ? La réserve foncière présente dans ce bâtiment n'aurait-elle pas pu être utilisée pour tout ou partie de ces programmes ?

Les notes complémentaires fournies par les HCL permettent d'apporter une réponse éclairée aux questions posées.

Nous apprenons également que le programme des urgences ne sera finalisé que fin novembre. Cependant, l'impact de ce décalage sur le calendrier des études de la construction du nouveau bâtiment H n'est pas abordé.

- ❖ L'organisation générale du bâtiment n'amène pas de remarque particulière. Les surfaces sont cohérentes. Chaque bloc dispose d'une salle surdimensionnée afin d'y installer un équipement d'imagerie. Du fait de la spécificité des activités, des pathologies prises en charge, chaque secteur est subdivisé.

Le bâtiment va disposer d'environ 230 places de stationnement en parking souterrain. *Comment a été calculé ce besoin et qui va y avoir accès ? (pour mémoire, plus de 4 000 professionnels travaillent sur le site de l'Hôpital Henri Herriot).*

L'établissement a répondu que les 230 places proposées ne compenseraient que la perte occasionnée par la construction du nouveau bâtiment. Une réflexion globale à l'échelle d'Edouard Herriot a été lancée dans une logique de plan de Déplacement Entreprise en tenant compte des contraintes imposées par la DRAC.

La contre-expertise fait cependant remarquer que la création de ces places représente un coût non négligeable estimé par les HCL à 4,3 M€.

Le projet prévoit une réserve foncière non aménagée au 3^{ème} d'environ 3 000 m² SDO. Le programme a évolué entre le concours et le dossier de contre-expertise. Les HCL envisageraient d'y installer des lits d'urgence chirurgicale orthopédique et digestive au lieu de lits de grands brûlés.

Cette option permettrait de libérer le pavillon G de toute activité et d'y accueillir, selon les informations complémentaires fournies, des lits de court séjour gériatrique.

Il y a peu de différence entre le concept développé dans le programme et l'esquisse proposée par la maîtrise d'œuvre.

Les objectifs globaux de surface ont été respectés par le maître d'œuvre. L'esquisse produite au stade du concours (20 228 m²) s'inscrit dans limite maximale de 24 000 m² SDO.

4.1.3.2. Les caractéristiques techniques et environnementales

Les tomes du PTD traitant de ces sujets sont très explicites, les niveaux d'exigence et de performance attendus ont été clairement exprimés. Les référentiels techniques des HCL y ont été intégrés.

Le personnel technique a été associé à l'élaboration du programme et à l'analyse des prestations remises par les maîtres d'œuvre. Il est également indispensable qu'ils soient également associés jusqu'à la mise en service du bâtiment.

Ce projet est accompagné d'une opération de dévoiement de réseaux. Les interactions avec cette opération n'apparaissent pas clairement dans le dossier.

Les exigences de modularité ont également été exprimées. L'ARS et les HCL précisent que les choix constructifs du maître d'œuvre vont dans ce sens.

Les HCL ont choisi de conduire ce projet dans une démarche de Haute Qualité Environnementale sans toutefois rechercher la certification. Les enjeux environnementaux sont décrits. L'ARS précise que sept cibles très performantes ont été retenues.

Toutefois, il est surprenant que ce projet ne fasse pas une démarche de Bâtiment Basse Consommation. De plus, il aurait été intéressant de pouvoir mesurer l'impact de cette nouvelle construction sur les coûts d'exploitations de l'établissement.

Les HCL ont confirmé que la nouvelle construction serait en Basse Consommation. Elle engendrait un surcoût d'exploitation et de maintenance de l'ordre de 7 %. Des pistes d'économies sont abordées, elles reposent en partie sur la cession des pavillons situés sur la colline.

4.1.3.3. Le coût du projet

Le coût de cette opération de construction est estimé par l'établissement à 77,2 M€. Il intègre les coûts de déconstruction du bâtiment H (2 M€) et d'aménagement de la réserve foncière.

A cette enveloppe, il faudrait ajouter les coûts associés d'opérations tiroirs (12,15 M€) et des provisions pour dévoiement de réseaux et aménagements des accès (2,5 M€).

En réalité, le budget pour réaliser cette opération n'est donc pas de 77,2 M€ mais d'environ 92 M€ soit 20 % en sus de l'opération de construction.

- ❖ Le budget présenté par les HCL dans le document n°17 (synthèse des opérations 21 mai 2013) est décomposé comme ceci :

- déconstruction du pavillon H : 2 M€ TDC
- réserve foncière 3^{ème} étage : 5,2 M€ TDC
- construction du nouveau bâtiment H : 70 M€ TDC
 - Travaux : 53,4 M€ TTC dont 45,3 M€ TTC pour le bâtiment
 - Etudes : 3,532 M € TTC
 - Maitrise d'œuvre et prestations intellectuelles : 9,813 M€ TTC
 - Révisions : 7,405 M€ TTC
 - Aléas et imprévus 3,05 M€ TTC

Le ratio budget 70 M€ TDC / travaux 44,65 HT est d'1,57.

Ce ratio peut paraître un peu faible mais les HCL ayant fait le choix d'être leur propre assureur, ils s'affranchissent du coût de l'assurance Dommage (pour mémoire environ 2 à 3 % du coût des travaux).

NB : Cette enveloppe financière doit permettre la mise en œuvre du programme, objet du concours de maîtrise d'œuvre. (En particulier : la déconstruction du bâtiment H, la création de parkings souterrains, la rénovation de 600 mètres linéaires de galeries souterraines, la création de la galerie de liaison entre le pavillon N et le nouveau bâtiment H, en option l'aménagement du 3^{ème} étage).

- ❖ Dans son rapport d'évaluation (article 3.7), l'ARS a analysé de manière plus précise le coût des travaux de l'opération de construction en se rapprochant des dernières données et ratios de l'ANAP (2011). Elle conclut à une estimation assez « optimiste » de la part des HCL.

Cette conclusion appelle quelques remarques :

- L'ARS précise le montant des travaux (38,286 M€ HT) ; la base de l'assiette de calcul, ne comprend pas les coûts des parkings souterrains, des démolitions, des VRD. Ces données utilisées pour cette analyse sont discutables.

En effet, dans son rapport sur l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, l'ANAP précise que le montant des travaux, base des indicateurs de coûts, intègre bien dans le montant des coûts des travaux préalables et postérieurs à l'opération et indissociable (annexes 6 et 7). Elle précise aussi que le montant des VRD fait, par ailleurs, partie d'un autre traitement.

En partant des éléments fournis par les HCL (cf. document des HCL n°17 en date du 21 mai 2013), le coût des travaux, hors rénovation des galeries, pourrait être estimé entre 42,536 M€ HT (38,286 M€ HT de travaux de bâtiment, 0,95 M€ HT pour la démolition-terrassement et 3,6 M€ HT pour la création des parkings souterrains) : et 43,811 M€ HT en intégrant le coût de déconstruction du pavillon H (pour mémoire : 1,275 M€ HT travaux pour une valeur de 2 M€ TDC)

- Dans cette même analyse, l'ARS précise que l'indicateur de surface utilisé (environ 20 250 m² SDO) intègre le 3^{ème} niveau (2 998 m²) alors que le coût des travaux (PM 38,386 M€ HT) ne comprend pas les travaux d'aménagement de ce niveau (PM 5,2 M€ TDC ou 3,31 M€ HT). Le ratio produit du coût des travaux/m²

est donc sous-estimé, **il serait sur cette base plus proche de 2 060 € HT / m² SDO (avec le troisième étage).**

En intégrant à la fois la modification de l'assiette de travaux (43,811 M€ de travaux prévus en base et 3,31 M€ HT), **le ratio est plus proche des 2 300 € HT/m² SDO en valeur mars 2012** pour des ratios de l'ANAP proche de 1 990 € HT/m² SDO.

❖ Les autres postes de dépenses :

Les HCL font apparaître dans leur tableau de synthèse des opérations (mai 2013) les postes suivants :

- Les études (3,532 M€ TTC) représentent plus de 6 % de la part travaux (53,4 M€ TTC). les dépenses peuvent paraître élevées. Elles comprennent certainement les frais d'indemnités de concours, de programmation.
- La maîtrise d'œuvre (9,144 M€) représente plus de 17 % de la part travaux (53,4 M€ TTC). Cette estimation est bien au-delà des épures proposées dans le guide de la MIQCP.

Les HCL ont fourni un tableau détaillé des prestations demandées à la maîtrise d'œuvre. Nous constatons qu'effectivement la mission demandée va au-delà du périmètre de la construction du pavillon H. Les honoraires complémentaires seraient de l'ordre de 2,2 M€ TTC.

Au vu de ce montant et du caractère non défini de la phase 2 du projet, la contre-expertise s'interroge toutefois sur la pertinence de l'étendue de ces études complémentaires.

Aléas et imprévus (3,05 M€) représentent 5,7 % de la part travaux. L'ARS précise, à juste titre, que ce pourcentage serait à augmenter si l'on tient compte, outre des aléas potentiels sur ce type de chantier, des taux de tolérance du marché de maîtrise d'œuvre sur la partie études et également la partie travaux.

Les autres postes sont cohérents.

L'opération étant en phase Esquisse voire APS, il aurait été pertinent de mener cette même expertise à partir des montants actualisés et notamment validés à l'issue de l'esquisse.

L'ARS précise dans sa note en date du 14 octobre que les données ont été présentées dans le dossier au travers des documents « HEH tableau des opérations en date de valeur -21 mai 2013 » et « HEH – toutes opérations – planning ».

Cette réponse est étonnante car ces documents ne constituent en aucun cas des éléments de décision ou de validation des phases d'études.

Par exemple, il est difficile d'identifier l'enveloppe affectée pour les travaux de la construction et de mesurer son évolution.

Pour le même périmètre, elle est valorisée différemment dans les différents documents fournis. Dans le programme en date du 12 juillet 2012, elle est en base de 40 M€ HT ; dans la réponse de la maîtrise d'œuvre à 41,06 M€ HT (21 novembre 2012) et dans le document synthèse des opérations fourni par les HCL à 45,92 M€ HT (21 mai 2013).

De même, dans sa réponse au concours, la maîtrise d'œuvre a émis quelques réserves concernant les coûts estimés dans son projet de certaines prestations, faute de programme précis ou d'études en sa possession. Ces prestations concernent les déconstructions (désamiantage), l'hélistation, les VRD, les aménagements extérieurs et les galeries.

A ce stade des études, ces réserves paraissent fondées.

La fiabilisation des coûts de désamiantage ne pourra intervenir qu'à l'issue de la réalisation du Diagnostic Avant Travaux. Ce diagnostic ne peut être réalisé que dans des locaux libres de toute occupation.

Les HCL, dans leur réponse en date du 14 octobre 2013, précisent qu'il n'y a pas d'amiante identifiée à ce jour dans le projet.

Les éléments fournis fin octobre précisent que :

- **les diagnostics ont mis en évidence de la présence d'amiante localisée. D'autres examens devront être réalisés dès libération du bâtiment.**
- **La maîtrise du coût global de l'opération a été réaffirmée par les HCL. La décision prise à l'issue du stade de l'APS acte cette position et demande à la maîtrise d'œuvre de rechercher des économies afin de respecter l'enveloppe budgétaire de la maîtrise d'ouvrage.**

La contre-expertise prend acte de ces remarques.

4.1.3.4. Le planning

Le planning transmis (02-04-2013), propose une réception du nouvel hôpital en août 2017 pour une mise en service fin octobre 2017.

Les HCL ont précisé que les études d'Avant-Projet Sommaire ont commencé fin avril 2013 et les permis seront déposés en juillet 2013.

Ce planning de construction du bâtiment neuf est cohérent. Il reste cependant très optimiste et repose sur le caractère fructueux de l'appel d'offres, le respect des plannings des opérations préalables, le planning de déconstruction.

Selon les plannings fournis par les HCL, les deux grandes opérations préalables et celle liée au dévoiement des réseaux étaient en mai 2013 en phase d'études pour une livraison prévue courant septembre 2014. Le désamiantage avant déconstruction du pavillon H est programmé pour début octobre 2014.

Ce planning paraît donc peu réaliste et ne tolère aucun aléa. Toutes les étapes préalables devront être réalisées dans un calendrier très serré.

L'impact de la présence de l'amiante dans les bâtiments sujets à réhabilitation ou à déconstruction n'est pas analysé et peut être potentiellement source à la fois de surcoût et de retard.

Cependant, à ce jour, les derniers éléments fournis indiquent que le calendrier est maîtrisé en tenant compte du facteur amiante dans le projet.

4.1.4. Les autres opérations

Dans le cadre de cette 1^{ère} tranche, l'établissement a souhaité mener d'autres projets. Ces opérations sont décrites de manière très synthétique.

Sans connaître l'organisation actuelle des différents pavillons, ni les programmes de ces opérations l'expertise est délicate et ne peut s'appuyer sur les informations à disposition dans les plannings ou le tableau de synthèse des opérations.

*L'ARS, dans sa réponse en date du 14 octobre 2013, nous informe que ces éléments d'organisation actuelle sont disponibles dans le document 'Actualisation du projet médical de l'Hôpital Edouard Herriot – **document de travail** de 158 pages en date du 18 octobre 2010'.*

Après une lecture approfondie ce document, les contre-experts n'ont pas trouvé le détail de l'occupation actuelle de chaque bâtiment, les surfaces, le nombre de lits et les activités.

*Ils ont repéré en page 118 un schéma **en version provisoire** reprenant à titre d'exemple la répartition géographique des blocs opératoires de l'orthopédie, de la chirurgie digestive et vasculaire. L'occupation actuelle du bâtiment H n'est pas reprise.*

Ces opérations sont certainement toutes bien fondées, mais l'ARS ne s'est pas positionnée sur l'opportunité de les réaliser. Le dossier n'indique pas clairement le lien de toutes ces opérations avec les objectifs de la tranche 1 (ex évolution de l'UCS, rénovation de l'unité P2).

Il est donc difficile de se positionner sur le caractère dissociable du projet.

Toutes sont déjà lancées, mais à des stades d'avancement différents. Seules les urgences sont au stade de la programmation.

❖ L'ARS considère que comme « la plupart des opérations est à un stade avancé des études, les coûts sont fiabilisés ».

Cependant, il s'agit d'opérations de restructuration plus ou moins lourdes impactées par une probable présence d'amiante. Ces conclusions sont donc à nuancer.

L'ARS émet cependant un point de vigilance sur l'opération des urgences. Elle précise que la phase de programmation est en cours, ce qui ne semble pas correspondre au planning fourni par les HCL. Les études auraient dû démarrer en Juin 2013 pour une livraison début 2019.

Ce projet représente un investissement de 12 M€. N'ayant pas à disposition les éléments de programmation, la prudence de l'ARS est légitime.

Cependant au vu de l'importance de cet investissement et celui de l'imagerie programmée (16,7 M€ au total), n'y aurait-il pas eu un intérêt à intégrer ces programmes dans le projet de construction du nouveau bâtiment H ? Cette approche globale aurait permis d'optimiser les organisations.

Parmi les opérations concernées, trois sont préalables et nécessaires à la construction du nouveau bâtiment H. Elles peuvent potentiellement impacter sa trajectoire.

Ces opérations représentent un investissement de plus de 12 M€ concentré sur 2 projets. Les activités seraient hébergées dans trois pavillons (L, E, X) rénovés à cet effet. La nature des travaux n'étant pas décrite et le programme fourni très synthétique, le coût est difficilement analysable.

Les plannings paraissent très tendus (travaux en moins d'un an y compris phases de désamiantage) compte tenu du volume financier de travaux à réaliser.

*La contre-expertise n'a pas compris, notamment, pour l'opération du pavillon L, comment les travaux de rénovation allaient être mis en œuvre dans la mesure où ce pavillon semble être, au moins en 2010 occupé. (Cf. schéma version provisoire en page 118 de « Actualisation du projet médical de l'Hôpital Edouard Herriot » – **document de travail** en date du 18 octobre 2010).*

Le caractère définitif ou provisoire de ces déménagements n'est pas indiqué explicitement. A la lecture du tableau de synthèse des opérations fourni par les HCL, nous pouvons cependant constater qu'une partie des activités rejoindra fin 2017 le nouveau bâtiment H.

L'opération de création d'un pôle d'imagerie interventionnelle n'est pas abordée par l'ARS. Ce déménagement d'un montant de 2,3 M€ n'est selon l'établissement que transitoire puisque qu'il va rejoindre le nouveau bâtiment H. Il est à noter que selon le planning transmis par les HCL, le chantier a débuté en juin 2013.

Compte-tenu de son caractère provisoire, l'opportunité de cette opération pose question.

Les documents complémentaires fournis ont permis de mieux comprendre l'organisation du site et la pertinence des opérations préalables et connexes au projet.

4.1.5. Les équipements

Les HCL ont réservés un montant de 6,3 M€. Les argumentaires développés par les HCL n'apportent pas de remarque particulière.

4.1.6 Le choix de la procédure

Les HCL ont fait le choix de conduire l'opération de construction du nouveau bâtiment H en procédure loi MOP. Ce choix est effectivement judicieux eu égard au contexte patrimonial du site.

Pour les autres opérations, s'agissant de rénovations, cette procédure loi MOP est également opportune.

Les HCL précisent qu'une partie des autres opérations de restructuration est traitée en interne. Son organisation doit lui permettre de mener à bien ce type de projets.

4.1.7. Les coûts d'exploitation

A l'issue de la construction du nouveau bâtiment H, les surfaces de l'Hôpital Edouard Herriot vont augmenter d'environ 15 000 m² SDO. L'impact de cette augmentation sur les coûts d'exploitation n'a pas été transmis.

Dans sa note du 15 mai, les HCL précisent que cette première tranche est porteuse d'économies de fonctionnement importantes. Seuls les gains en personnel ont été identifiés.

La dernière réponse des HCL apporte des éléments complémentaires (cf. point 4.1.3.2).

4.1.8. La valorisation du patrimoine

La valorisation de toute ou partie du site n'est pas abordée dans le dossier. Le devenir des bâtiments libérés dans le cadre du schéma directeur de l'établissement n'est pas, à ce jour, arrêté.

Les HCL le confirment dans leur note du 15 mai 2013 : « Les redéploiements éventuels de capacités d'hospitalisation entre les sites des HCL permise par la libération de pavillons d'hospitalisation pourront également modifier le case-mix du site. »

4.1.9. L'équipe projet

Le management de ce projet est parfaitement décrit, tant les organes de pilotages que l'exécutif.

Pour conclure,

il est évident que les conditions d'hébergement et d'organisation du site de l'Hôpital Edouard Herriot justifient un projet de modernisation.

L'opportunité de la mise en œuvre du schéma directeur tel que validé par le Conseil de Surveillance fin 2011, en particulier sa première tranche, peut paraître évidente.

Le projet s'appuie sur la volonté de maintenir la vocation hospitalière de ce site exceptionnel, situé en centre-ville, au cœur d'un dispositif urbain axé sur la santé et très bien desservi par les transports en commun qualité patrimoniale du site.

~~Cependant, les documents fournis initialement ou accessibles n'ont pas permis de démontrer que le projet présenté soit la seule réponse.~~ **Les alternatives étudiées et portées dans un second temps à la connaissance de la contre-expertise confortent la pertinence de ces orientations.**

L'ARS et les HCL ont confirmé que la mise en œuvre de la 1^{ère} tranche était automne. Cependant, en raison de l'éloignement du plateau technique des sites d'hébergement, les conditions de confort poseront rapidement question.

Le regroupement des lits d'hospitalisation est envisagé dans un second temps après 2019 pour un montant de 150 M€.

L'organisation du site à horizon 2025 mentionne également un regroupement des activités externes.

L'évaluation financière globale d'un tel schéma n'a pas été présentée.

Pour mémoire, l'ARS, dans son rapport d'évaluation, présente le projet de regroupement du groupe CAPIO et la mutualité du Rhône sur un site unique de 5 de leurs structures hospitalières. Ce projet est évalué à 150 M€, il porte sur le regroupement de 690 lits et places.

L'Hôpital Edouard Herriot présentant un intérêt patrimonial, le respect de l'architecture pavillonnaire rend cet exercice d'autant plus délicat dans une recherche d'optimisation et de cohérence globale.

La 1^{ère} tranche n'échappe pas à ce constat. L'absence de foncier et des contraintes du site, ne permettent pas de garantir une mise en œuvre optimale du projet médical à un coût optimisé et délai maîtrisé.

Les HCL et l'ARS ont mis en évidence la nécessité de réaliser des opérations préalables ou concomitantes au projet de construction du nouveau bâtiment H.

Les informations mises à disposition ont permis de conforter cette analyse. Ces opérations ont un poids non négligeable (près de 40 % de l'investissement global) dans le budget global de cette 1^{ère} tranche.

La contre-expertise a noté que les opérations dont la construction du nouveau bâtiment H étaient déjà bien engagées.

Enfin, les informations complémentaires apportées fin octobre permettent de considérer que l'enveloppe consacrée à la mise en œuvre de la 1^{ère} tranche est d'une part optimisée et d'autre part sécurisée.

Il est cependant nécessaire de maintenir cette vigilance tout au long de ce processus. Tout dérapage pourrait compromettre la réalisation des phases ultérieures.

4.2. Le site Louis PRADEL

L'hôpital Louis Pradel fait partie du groupement Hospitalier Est, Il est orienté vers la prise en charge des pathologies cardiopulmonaires adultes et enfants. Il intègre également une activité

d'endocrinologie pour adultes. Il comporte 393 lits et places de MCO et 13 places de jour de SSR cardiaque.

C'est un établissement classé à la fois en IGH (immeuble de grande hauteur) pour les niveaux du 1^{er} étage au 9^{ème} étage (hébergements) et en ERP pour les niveaux inférieurs (logistique, blocs opératoires, imagerie, cardiologie interventionnelle, consultation et galerie technique).

Il a été ouvert en 1969 mais sa conception date de 1963 (antérieur au règlement de sécurité pour les IGH).

Les unités d'hébergement comportent peu de lits (inf à 20 lits). L'unité la plus petite comporte 14 lits.

4.2.1. Le projet

Le projet présenté par l'établissement vise à élever le niveau de sécurité incendie et le niveau de confort de l'hôpital Louis Pradel suite à un diagnostic sécurité mené en 2012. Des mises en sécurité ont été demandées par les commissions dès 1976.

Le projet présenté et validé par la commission de sécurité comporte deux grandes phases de travaux et vise trois objectifs principaux :

- la mise en sécurité
- le désamiantage
- la rénovation des conditions hôtelières des unités de taille optimisée et des services de réanimation.

Les HCL précisent dans leur note que « l'établissement n'a jamais bénéficié d'une telle opération depuis son ouverture en 1969 ». Ils ne précisent pas dans quel état de conformité et de confort se trouvent les trois niveaux de Louis Pradel.

La mise en œuvre de ce projet va nécessiter la réalisation d'un bâtiment tiroir.

Le dossier ne donne pas de précision sur le devenir du bâtiment tiroir à l'issue de ce cycle de travaux. Il semblerait que la construction ne soit que provisoire (cf. 2 1.DIPI).

L'établissement confirme qu'à ce jour le devenir de ce bâtiment n'est pas arrêté.

4.2.1.1 L'organisation spatiale et fonctionnelle

L'organisation spatiale et fonctionnelle actuelle de Louis Pradel n'est pas décrite dans le dossier.

La rénovation des unités de soins doit aboutir à des unités standardisées de 23 à 25 lits et une proportion de lits en chambres individuelles et en chambres doubles de 55/45. Les HCL précisent que le bâti existant a conduit à obtenir ce ratio.

*Ce pourcentage reste très faible par rapport au standard actuel (80/20). **Les objectifs ont clairement été exprimés dans les documents complémentaires et les choix d'organisation argumentés.***

4.2.1.2 Les travaux

Les HCL ont défini le contour des travaux et précisent que la mise en sécurité et le désamiantage obligeront à une mise à nu des plateaux et donc à de lourdes réhabilitations.

Ce contour ne semble concerner que les unités de soins. Les HCL n'ont pas indiqué dans le dossier si d'autres services avaient déjà fait l'objet de récentes rénovations.

Les documents complémentaires permettent de mieux mesurer la nature et le montant des investissements déjà consacrés à la rénovation de Louis Pradel.

❖ Le phasage général

Le planning présenté par les HCL est cohérent, il repose sur un phasage technique et nécessite la libération de 4 unités (une libre dans le bâtiment et trois autres par la création du bâtiment tiroir).

La description de ces phases amène quelques commentaires :

- Chaque phase est, apparemment, gérée de manière autonome (programme, sélection de maîtrise d'œuvre, études, travaux).
- Le temps de déménagement entre chaque phase est limité à 2, 3 jours.
- Pour les travaux, les temps de désamiantage ne sont pas identifiés.

Dans cette approche, les engagements des Maîtres d'œuvre ne porteront que sur leur périmètre restreint à 3 ou 4 unités.

Cette approche segmentée est surprenante alors que la démarche de mise en sécurité est globale. Elle peut potentiellement entraîner des erreurs de conception ou des oublis et donc des surcoûts.

La contre-expertise a bien noté l'argumentaire développé par les HCL sur le bien-fondé de cette segmentation. Certes, la remise en concurrence des maîtrises d'œuvre et des entreprises permettra de réduire les coûts mais le risque d'incohérence ou d'oubli technique entre les phases demeure.

Le planning global de réalisation prévoit une fin de travaux en 2021 alors que dans leur note les HCL évoquent un étalement jusqu'en 2023. Le rapport destiné à la sous-commission fait mention d'une phase jusqu'en 2022.

Quoiqu'il en soit, ce planning reste tendu et n'intègre pas les aléas inhérents et fortement probables de chantiers de réhabilitation avec une présence d'amiante déjà identifiée.

Les délais sont déjà très serrés pour la livraison du bâtiment modulaire (échéance sept 2014).

Les HCL confirment que ces délais sont très contraints et s'inscrivent dans des engagements pris au regard du SDIS du Rhône.

❖ Le coût

Sans connaissance du programme, il est difficile de procéder à une analyse détaillée. Les HCL n'ont pas indiqué quels référentiels avaient été utilisés pour les différentes évaluations financières.

L'opération est estimée globalement à 77,5 M€ dont :

- 6,7 M€ pour le bâtiment Tiroir pour une surface de 2964 m² SDO soit un ratio de 2260,5 € TDC/m² SDO et 8,4 % du coût global

Ce premier objectif paraît déjà ambitieux. Les ratios de l'ANAP se situent plutôt autour de 1 700 € HT travaux / m² SDO (valeur sept 2011) là où le ratio de ce bâtiment est plus proche de 1 270 € HT travaux / m² SDO (valeur Oct 2012)

- 5 M€ pour l'opération de mise en sécurité phase 1 et 65,8 M€ pour l'opération mise en sécurité phase 2 pour une surface globale de 52 047 m² SDO dont 23 211 m² SDO pour la phase 2.

Ce second objectif est difficilement mesurable et l'utilisation de ratios peu applicable tant il dépend fortement de l'évaluation et de la maîtrise du coût de désamiantage (estimé dans le dossier à 7,751 M€ TTC), des prestations prévues et de la maîtrise du délai.

Concernant la gestion de l'amiante, l'ARS dans sa réponse du 14 octobre 2013 précise qu'un premier diagnostic en vue de travaux a été confié à une société spécialisée et réalisé sur une unité type. Elle ne répond pas à la question de la gestion de l'impact financier.

Le rapport est explicite : il précise en page 4 que « le présent bâtiment, objet de la mission est occupé au jour de l'expertise. Cette occupation et la destination de ce bâtiment (hôpital) rendent certains prélèvements destructifs difficiles, voire impossibles à réaliser. Il conviendra donc de missionner une nouvelle expertise lorsque l'ensemble des locaux seront vides et accessibles et que les éventuelles impossibilités techniques mises en avant dans le présent rapport auront été levées ».

D'autres investigations avant chaque phase de travaux seront probablement nécessaires dont les conclusions pourraient potentiellement impacter le budget et les délais.

Les réponses des HCL à la fin octobre n'apportent pas d'éclairage complémentaire.

4.2.1.3. Les caractéristiques techniques et environnementales

Les informations fournies par les HCL sont succinctes et peu de données sont disponibles.

4.2.1.4. Les coûts d'entretien et de maintenance

Ce thème est très peu abordé dans les différents documents fournis par les HCL.

4.2.2 Le choix de la procédure

Les HCL ont prévu d'utiliser deux procédures pour mener à bien ce projet.

- Une procédure loi MOP pour les phases 1 et 2. S'agissant de mise en conformité et de restructurations, cette procédure loi MOP est opportune. Cependant, au vu de la complexité de cette restructuration, le recours potentiel à plusieurs maîtres d'œuvre paraît délicat.
- Une procédure conception-réalisation pour la construction du bâtiment tiroir. La justification n'a pas été apportée par les HCL, le délai peut en être une raison.

4.2.3. L'équipe projet

Ce projet est piloté par le directeur du groupement hospitalier Est. La note fournie par les HCL détaille précisément cette organisation.

Le dossier Louis Pradel est présenté par les HCL comme incontournable. Tous les acteurs semblent converger vers cette analyse.

Le scénario proposé par les HCL engage l'Hôpital Louis Pradel pour 10 ans de travaux en site occupé et dans un environnement contraint.

La maîtrise des coûts et des délais de cette opération complexe et longue relèvera du challenge.

Les résultats attendus vont certes améliorer l'organisation ou le confort des unités de soins sans toutefois en atteindre les standards actuels.

Les premières phases étant déjà engagées, il est difficile à la contre-expertise de se prononcer.

Cependant, les compléments apportés fin octobre et notamment l'étude fin 2011 du scénario de reconstruction des hôpitaux Edouard Herriot et Louis Pradel sur un même site font ressortir un projet certes ambitieux présentant un certain nombre d'intérêts mais surtout des inconvénients majeurs de mise en œuvre (coûts, délais, maîtrise du foncier...).

Les conclusions de ces grandes alternatives ont conduit d'autres établissements de santé à mettre en œuvre d'autres réponses. Le rapport conjoint de l'IGAS- IGF¹ consacre, d'ailleurs, un chapitre très étayé à cette vision stratégique.

¹ Document public IGAS-IGF « L'évaluation du financement et pilotage de l'investissement hospitalier - mars 2013 :

« [138] Néanmoins, la rénovation, si elle peut paraître comme un moindre mal en période de contrainte budgétaire forte, constitue souvent une solution *in fine* plus coûteuse, alors qu'elle ne permet généralement pas une recomposition de l'offre hospitalière.

[139] À titre d'exemple, la clinique du Tonkin, de la chaîne Capio, a examiné l'alternative de la rénovation, pour un coût total estimé à 68 M€, vs. une reconstruction sur un nouveau foncier, estimée à 77 M€, mais qui permet de disposer d'un bâti modulaire et de regrouper des activités de deux ensembles d'établissements (plusieurs cliniques de la Mutualité rejoignant la clinique du Tonkin). La direction a opté pour l'option de la reconstruction. »

5. Etude de la soutenabilité financière

5.1. Présentation des aspects financiers du projet HEH

5.1.1. Montant de l'investissement

Le projet de réorganisation du plateau technique (blocs, soins critiques, imagerie, urgences) est évalué à 120 M€ TDC valeur fin de chantier, découpé en deux phases :

- réorganisation des activités d'imagerie et de libération des locaux du bâtiment H, ainsi que la « première phase de restructuration du pavillon N des urgences ainsi que sur des premiers travaux d'amélioration des unités d'hospitalisation » entre 2013 et 2015 ;
- démolition et reconstruction du pavillon H en plateau technique et fin de la restructuration du pavillon N des urgences. La mise en service du nouveau bâtiment H doit intervenir fin 2017.

Le dossier DIPI distingue les coûts de la construction neuve (75,825 M€ TDC), ceux de la reconstruction (37,815 M€ TDC) et les équipements (6,3 M€).

Le projet permettra la fermeture de plusieurs pavillons d'hospitalisation, dont le devenir n'est pas, à ce jour, déterminé.

Hormis 0,36 M€ dépensés avant 2013, les dépenses doivent s'échelonner entre 2013 et 2018, selon le calendrier ci-après :

En M€	Avant 2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Montant	0,360	3,925	23,956	15,791	38,722	33,942	3,303	120,0

La mise en service est prévue en 2017.

Le taux de TVA retenu est de 19,6 %, alors que le taux de TVA normal sera de 20 % au 1^{er} janvier 2014, mais l'impact potentiel est résiduel.

La principale observation à ce stade consiste en la nécessité, pour l'ARS et l'établissement, de sécuriser, dans la durée, le coût projeté (cf. *supra* la synthèse de la partie 4.1).

5.1.2. Plan de financement prévisionnel du projet HEH

Le plan de financement proposé par l'établissement pour l'opération HEH s'établit comme suit :

Emplois (en M€)	120,0	Structure 100,0%	Ressources (en M€)	120,0	Structure 100,0%
Immobilisations, dont :	120,0	100,0%	Ressources propres, dont :	28,3	23,6%
<i>Travaux</i>	113,6	94,7%	<i>Autofinancement</i>	8,3	6,9%
<i>Equipements</i>	6,4	5,3%	<i>Cessions d'actif</i>	20,0	16,7%
<i>Terrains</i>	0,0	0,0%	Emprunt	11,7	9,8%
			Subvention en capital, dont :	80,0	66,7%
			<i>FMESPP</i>	40,0	33,3%
			<i>Collectivités : max</i>	40,0	33,3%

source : DIPI

Cette présentation, issue du DIPI, a pour intérêt principal de mettre en exergue le caractère essentiellement subventionné du projet, avec notamment le soutien des collectivités locales, ce qui montre l'intérêt que les acteurs locaux portent à l'opération, et qui s'inscrit dans la continuité d'apports des collectivités². Les subventions des collectivités territoriales escomptées émanent de la Ville de Lyon et du Grand Lyon. L'établissement dispose de documents datés de décembre 2011 par lesquels Monsieur Collomb, agissant en tant que maire d'une part et que président du Grand Lyon d'autre part, s'engage à soumettre au vote du Conseil municipal ou de la communauté une participation plafonnée à 20 M€ maximum pour chacune des collectivités.

L'aide demandée sous forme de subvention en investissement du niveau national au titre de la présente opération est de 40 M€ s'ajoutant aux 40 M€ attendus des collectivités.

Sous réserve de la maîtrise du coût de l'investissement et celle de la décision sur l'octroi de subventions FMESPP, un des facteurs de fragilité potentielle de ce plan prévisionnel individuel réside dans l'incertitude demeurant nécessairement sur la décision définitive des collectivités.

L'appréciation des autres dimensions de ce plan, et notamment les ressources propres³, s'intègre dans l'analyse du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et du plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'établissement (cf. *infra*).

L'ARS ne présente pas de plan de financement individuel de l'opération dont les conséquences financières sont incluses dans l'ensemble des opérations de l'établissement. Cette approche de type « macro-économique » permet de vérifier la soutenabilité de l'ensemble du programme d'investissements (cf. § 5.5.5. ci-après). Cette approche est d'autant plus nécessaire que les HCL prévoient de mener, outre le projet HEH et des investissements courants, la mise aux normes et la

² Les collectivités ont par le passé contribué au financement d'opérations des HCL – source : rapport de la CRC de juin 2010.

³ Les ressources propres comprennent les cessions d'actifs dans la présentation DIPI. On distinguera par la suite le programme de cessions de la « capacité d'épargne » liée à l'activité.

rénovation de l'Hôpital cardiologique Louis Pradel pour un coût estimé à 77,5 M€, projet également fortement subventionné (cf. § 5.2 ci-après).

5.1.3. Impacts en exploitation du projet HEH

L'analyse du dossier en termes de soutenabilité financière⁴ s'est effectuée comme suit :

- quel est l'impact économique de l'investissement ?⁵
- le projet contribue-t-il au redressement financier de l'établissement ?
- à défaut, les arguments non financiers sont-ils de nature à justifier l'octroi de subventions par le niveau national ?

Le dossier au 14 octobre 2013 ne comporte pas de compte d'emploi du projet « avant / après le projet »⁶, qui permettrait de mesurer l'ensemble des écarts positifs et négatifs anticipés sur les charges et produits futurs de l'établissement. Il est cependant fait état des éléments suivants :

5.1.3.1. Selon l'ARS (document n°3 et confirmation du 14 octobre 2013) :

- le projet permet de « réaliser des économies sur l'ensemble des surcoûts engendrés par la multiplication des implantations pavillonnaires actuelles : le gain sur le personnel (soins critiques, urgences et imagerie) est évalué à 120 ETP » ;
- les coûts liés à l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire seront compensés par des économies en hospitalisation complète ;
- une perte d'activités d'environ 1,4 M€ est à prévoir durant les travaux et serait compensée par un surcoût d'activité sur les autres sites.

5.1.3.2. En matière de produits, le dossier n'isole pas l'impact financier du projet. S'agissant des hypothèses d'activité, la note de l'ARS renvoie au diagnostic fait par la société Antares ainsi qu'à la note de l'établissement. Celle-ci mentionne en particulier une hausse d'activité limitée à horizon 2020 en chirurgie, une décélération sur les urgences et une augmentation de l'activité en soins critiques. L'ARS indique que le « case mix de l'établissement sera également marqué par l'évolution de la chirurgie ambulatoire », mais sans davantage de précisions sur les conséquences financières de ces évolutions.

5.1.3.3. En matière de charges, le dossier au 14 octobre 2013 évoquait deux éléments : les économies attendues en personnel et la hausse des amortissements. Les compléments fournis par les HCL font également état de surcoût dans la maintenance. Ainsi :

Point sur les effectifs :

⁴ L'établissement notamment fait part d'autres arguments (cf. documents N°8 et N°11) analysés *supra* dans le présent rapport : amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, amélioration des conditions de travail, développement de la chirurgie ambulatoire, regroupement du plateau médico-technique, mise en œuvre des orientations du SROS-PRS, concentration et réduction des blocs.

⁵ Un projet d'investissement peut représenter un coût net et être néanmoins décidé s'il répond par exemple à des mises aux normes incontournables ou à un besoin de soins qui ne peut être satisfait autrement.

⁶ Le modèle des documents prévoit que ces éléments soient exposés dans le dossier.

L'établissement (dossier DIPI, RSI et note du 15 mai 2013) met en avant les gains en effectifs qu'il présente ainsi :

Nombre ETP ⁷	Motif	Année	Economies prévues en M€
- 98	nouvelle construction du bâtiment H	Début 2018	- 4,21
- 10	en imagerie	Début 2015	- 0,45
- 12	du fait du regroupement des urgences	Fin 2015	- 0,56

soit au total entre 116 et 120 ETP (116 dans le document N°10, 120 dans la note ARS du 14 octobre, 116 dans la fiche n°12) pour un montant annuel indiqué dans le RSI de – 1,012 M€ à partir de 2015 puis un total de –5,22 M€ à partir de 2018.

Point sur les autres charges « courantes » :

Le dossier initial ne prévoyait aucun surcoût lié par exemple à la maintenance ou à la hausse du brancardage (sur ce dernier point, l'établissement indique qu'il compte le maîtriser). La contre-expertise indiquait qu'il fallait sécuriser cette absence d'impact dans la durée. Le dossier complémentaire des HCL (fiche n°9) précise que l'opération entraînera un surcoût de 0,6 M€ par an sur la maintenance. La fiche n° 2 confirme que l'établissement cherche des solutions pour maîtriser les surcoûts et prend en compte l'observation sur la maîtrise du processus dans la durée.

Point sur les amortissements :

L'impact des amortissements de la part travaux (source : DIPI) est de 3,8 M€ par an étant donné que l'établissement prévoit de ne pas distinguer entre la construction neuve et la restructuration et de tout amortir sur 30 ans. L'enjeu d'une réduction de la durée à 20 ans serait de 0,6 M€ par an. De plus, les critères dits « DGOS/ANAP » recommandent, lorsqu'il s'agit « d'éléments de plateau technique » de retenir une durée maximale de 25 pour les constructions neuves et de 15 ans pour les restructurations. Si on appliquait ces durées, l'impact serait de 5,5 M€ par an, soit 1,8 M€ de plus que l'esquisse retenue et un montant annuel proche des économies en personnel.

	Montant (en K€)	Type d'amortissement	Durée théorique HCL	Dotation / an (A)	Durée retenue (DIPI)	Dotation / an retenue (B)	Durée ANAP-DGOS	Dotation / an (C)
Construction neuve	75 825	linéaire	30	2 527,50	30	2 527,50	25	3 033,00
Reconstruction	37 815	linéaire	20	1 890,75	30	1 260,50	15	2 521,00
Total	113 640			4 418,25		3 788,00		5 554,00
Ecart (B)- (A)						-630,25		
Ecart (B)- (C)								-1 766,00

Enfin, la durée d'amortissement des opérations préalables pourrait être discutée.

Le poids en exploitation de ces amortissements sur le compte de résultat devrait cependant être atténué, compte tenu de la reprise des subventions (si elles sont bien confirmées) dans le compte de résultat⁸.

⁷ Le tableau reprend les données DIPI en nombre d'ETP. Les chiffres varient de 93,5 à 98 ETP pour la bâtiment H selon les documents.

Les HCL ont apporté des informations détaillées dans la fiche complémentaire n°11 sur les amortissements. Cette fiche explique que les HCL vont supprimer l'amortissement progressif pour des opérations anciennes (cf. projet de nouvelle M21), ce qui explique la forte hausse des amortissements en 2014 (5 M€ par an) et que HEH et Louis Pradel seront amortis de manière linéaire. Cette fiche explique que le choix des durées est compatible avec le référentiel comptable et qu'elles sont des durées réalistes, ce qui est l'enjeu. Un cabinet extérieur a validé ces hypothèses dans le cadre du projet de préparation à la certification des comptes. La fiche montre enfin le ralentissement des amortissements antérieurs et l'impact des nouveaux amortissements.

Un dernier point pourrait être relevé : les HCL disent qu'ils vont intégrer et amortir les projets HEH et Pradel à l'actif au fil de l'eau, ce qui ne peut être fait que si cela correspond à des mises en service partielles⁹.

Conclusion sur l'impact en exploitation :

Sous réserve de retenir les éléments de l'établissement, l'impact sur le compte de résultat¹⁰ à partir de 2018 serait de : -5,22 M€ en charges (économies en personnel), + 0,6 M€ (maintenance), + 3,8 M€ en charges (amortissements) et + 2,7 M€¹¹ en produits (reprise de la subvention), ce qui donne une amélioration du résultat annuel de 3,5 M€¹². Il faudrait ajouter les charges financières liées à l'emprunt affecté à l'opération, même si son montant est réduit du fait des autres ressources finançant le projet.

Selon le dossier DIPI, qui ne comprend pas l'impact de la maintenance, le délai de récupération de l'investissement est de 20 ans (2033). Il était estimé à 11 ans dans une pièce du dossier complémentaire remis fin octobre. L'IGAS indique que cet outil peut être utilisé « à titre tout à fait indicatif ». Cet élément ne peut que confirmer que l'investissement n'est pas, avant tout, un investissement « de rentabilité ». Le récapitulatif des différents scénarios alternatifs étudiés par les HCL (fiche n°1) montre bien qu'il s'agit d'abord de répondre à une nécessaire modernisation et de trouver un compromis finançable.

Les HCL ont décrit précisément leurs prévisions d'économies de personnel, de surcoûts en maintenance et les amortissements et ont indiqué qu'ils cherchaient des plans d'action pour maîtriser le brancardage. La contre-expertise recommande d'approfondir l'optimisation des charges. Ces éléments regroupés, complétés dès que possible, de données sur les recettes, doivent permettre à l'établissement et à l'ARS de suivre dans la durée cet aspect « budget d'exploitation » du projet de modernisation et de s'assurer ainsi de la réalisation des projections.

5.2. Existence d'un autre projet d'investissement majeur : la mise aux normes et la rénovation de l'hôpital cardiologique Louis Pradel (HLP)

⁸ Le PGFP inclut dès 2014 des produits issus de l'amortissement des subventions nouvelles.

⁹ Même si, comme le disent les HCL, les enjeux financiers restent réduits.

¹⁰ Il s'agit ici de l'impact sur le retour à l'équilibre du compte de résultat. La contribution à la marge brute ne tient pas compte des impacts en amortissement et charges financières.

¹¹ Soit 80 M€ sur 30 ans pour reprendre les mêmes paramètres que les HCL.

¹² L'impact est de 3,0 M€ si on fait le même calcul avec les durées ANAP-DGOS.

Un diagnostic sécurité mené en 2012 conduit à prévoir le lancement de la mise en sécurité de l'hôpital Louis Pradel, qui est un IGH et contient de l'amiante. La nécessité de cette opération est plus ancienne ; l'ARS rappelle qu'elle était déjà citée dans un rapport de la chambre régionale des comptes de juin 2010. Des opérations de rénovation interviendront à cette occasion. Cette opération suppose la construction d'un bâtiment provisoire pour héberger trois unités de soins, à partir de janvier 2015. Le dossier DIPI précise que : « Le projet de mise en sécurité et le plan d'actions ont été définis avec le SDIS du Rhône, la Préfecture du Rhône et la mairie de Bron. (...) schéma validé par la sous-commission départementale de sécurité le 28 novembre 2012. (...) la conception architecturale du bâtiment ne permettra pas de viser une conformité intégrale ».

Le montant de l'opération est de 77,5 M€, montant qui reste à fiabiliser comme indiqué au point 4. Son calendrier prévisionnel s'échelonne entre 2012 et 2022. Le plan de financement prévisionnel repose essentiellement sur une subvention FMESPP de 55 M€.

Selon l'établissement, cette opération de mise aux normes ne doit pas entraîner de modification de l'offre de soins. On peut penser néanmoins que les travaux en site occupé, avec plusieurs opérations tiroirs, risquent de générer des surcoûts et / ou des pertes d'activité, non évalués.

Le dossier DIPI identifie plusieurs risques en cas de non-réalisation de l'opération : un risque pénal et un risque économique, aucun aménagement n'étant possible tant que la mise en sécurité ne sera pas réalisée. Dans le dossier complémentaire, les HCL insistent sur l'impact défavorable de ne rien faire.

L'établissement a bénéficié du contrat de performance HCL/ARS/ANAP, mais le dossier ne donne pas de précision sur les éventuels gains qui pourraient encore résulter de ces chantiers.

5.3. Situation financière des HCL au 31 décembre 2012

Les HCL connaissent depuis plusieurs années une situation financière tendue. Ils ont entrepris à partir de 2009 un redressement de leurs finances, dans le cadre d'un plan « Cap 2013 ». Des efforts importants ont été réalisés par l'établissement avec un accompagnement significatif de l'ARS. Les principaux indicateurs présentés dans le dossier DIPI¹³ sont :

	2009	2010	2011
CAF			
Valeur absolue en k€	22 935	40 769	61 223
%	1,6	2,8	4,0

¹³ La marge brute du DIPI comprend les aides de l'ARS.

Résultat net, en k€	-58 535	-21 487	9 583
Résultat net, sans subvention, en k€	-114 500	-79 530	-33 680
Taux de marge brute	49 219	62 108	98 248
En %	3,4	4,3	6,6
Immobilisations corporelles	159 109	147 703	87 674
Cessions d'actifs	12 447	27 741	36 447
Ratio d'indépendance financière	65,60	69,20	68,70
Encours de la dette / tous les produits	55,67	60,43	57,40
Durée apparente de la dette	36	23	15

Outre l'importance du programme de cessions et le ralentissement des immobilisations, deux points sont principalement à relever en ce qu'ils conditionnent la capacité future de l'établissement à mener des projets :

5.3.1. Le niveau de l'endettement

Les 3 derniers critères du tableau ci-dessus excèdent les seuils introduits dans le code de la santé publique par le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, puisque :

- le taux d'indépendance financière doit être inférieur à 50 %,
- la durée apparente de la dette doit être inférieure à 10 ans,
- l'encours de la dette rapporté au total des produits, doit être inférieur à 30 %.

Selon un constat unanime, l'endettement de l'établissement est très élevé : 889 M€ au 31 décembre 2012. Selon le critère dette / tous produits, l'encours devrait être inférieur à environ 490 M€ à cette date.

5.3.2. L'autofinancement

En 2012, le résultat du compte de résultat principal des HCL (-21,55 M€) est passé sous le seuil de 2 % de déséquilibre financier¹⁴ (résultat y compris les aides).

Le résultat « consolidé » des HCL est devenu légèrement excédentaire en 2012, grâce au résultat des comptes annexes, et notamment le compte annexe A, qui bénéficie du produit des cessions d'actif. Le niveau de marge brute sans aides, résultat « réel » de l'exploitation doit être augmenté.

¹⁴ Source : rapport d'activité de 2012.

5.4. Orientations du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF)

5.4.1. Principes de construction du contrat

Selon le dossier COPERMO, le « Comité des risques financiers » avait, en 2012, invité les HCL et l'ARS à transcrire dans un contrat la trajectoire de redressement de l'établissement et l'appui éventuel de l'ARS. La négociation est en cours : le projet de contrat daté du 30 septembre 2013 présente le cadrage financier et les différents axes sur lesquels sera construit le plan d'actions qui doit permettre d'atteindre les objectifs financiers. Ce plan d'actions doit être détaillé et chiffré par l'établissement d'ici fin 2013. L'ARS confirme le 14 octobre que « les HCL n'ont pas pu fournir dans le cadre de la signature du CREF le calendrier de mise en œuvre des actions, ainsi que les gains attendus pour chacune des actions ».

A ce stade, le CREF consiste donc, sur le plan financier, en un cadrage macro de la période 2013-2016 et la définition de 3 grands objectifs à l'échéance du contrat en 2016. Le contrat indique que : « l'atteinte de ces objectifs, qui ne peut être gagnée que progressivement, doit être obtenue en 2016 au plus tard ».

Il s'agit :

- d'un objectif afférent à la marge brute (selon plusieurs définitions),
- d'un objectif de désendettement des HCL,
- d'un objectif de sécurisation de la trésorerie.

La trajectoire financière sur la période est fixée dans le CREF, sur proposition des HCL acceptée par l'ARS, mais les hypothèses et les actions qui sous-tendent l'augmentation de la productivité n'étaient pas incluses dans le dossier initial¹⁵. Les HCL ont fourni dans la fiche n°12 des éléments qui indiquent les grandes actions entreprises dans le plan 2009-2013, celles prévues en 2013 et les grandes orientations pour la durée du CREF (cf. §5.5.).

On peut comprendre que la logique de ce contrat consiste, pour les parties, à convenir dans un premier temps des objectifs à atteindre, à charge pour l'établissement de définir et mettre en œuvre les actions les plus pertinentes pour y parvenir et d'en rendre compte. Ce mode de fonctionnement, *a priori* cohérent avec le partage des responsabilités ARS / établissement, suppose qu'un suivi précis et régulier des résultats obtenus soit mis en œuvre, pour vérifier que tout écart à la trajectoire peut réellement être compensé par l'établissement, sans qu'il soit fait appel à l'appui de l'ARS au-delà des engagements, importants, qu'elle prend dans le contrat ou sans qu'il soit nécessaire, *in fine*, de chercher à mobiliser d'autres emprunts. On note que le projet de CREF prévoit bien un tel dispositif de suivi régulier du CREF. Des indicateurs d'alerte adaptés aux objectifs doivent être définis pour anticiper tout écart à la trajectoire et piloter le rattrapage si c'est nécessaire.

¹⁵ Elles devraient l'être davantage d'ici la fin 2013, avec la production du plan d'actions.

5.4.2. Trois objectifs financiers pour l'établissement

5.4.2.1. Un des 3 objectifs fixés par le contrat pour 2016 est une marge brute, hors aides et hors Lamda, d'au moins 110 M€ en 2016 (pour les comptes de résultat principal et annexes) alors qu'elle est de 51 M€ en 2012 et prévue à 78 M€ en 2013. L'objectif est également défini en pourcentage des produits d'exploitation, soit 7 % brut, (7,3 % en tenant compte du Lamda 2017), alors que ce taux s'établit à 3,5 % en 2012¹⁷. La croissance attendue est la suivante :

	2012	2013	2014	2015	2016
Marge brute (M€)	51,10	78,71	98,05	108,44	110,54
<i>Variation par rapport à N-1</i>		54,1%	24,6%	10,6%	1,9%
TAUX DE MARGE	3,5%	5,3%	6,4%	7,0%	7,0%
<i>dont CRP</i>	43,14	69,85	88,68	99,05	100,70
<i>Variation par rapport à N-1</i>		61,9%	27,0%	11,7%	1,7%
TAUX DE MARGE CRP	3,1%	4,8%	6,0%	6,6%	6,6%
<i>dont CRA</i>	7,96	8,86	9,37	9,39	9,84
<i>Variation par rapport à N-1</i>		11,3%	5,8%	0,1%	4,8%

Marge brute hors aides et hors Lamda N, compte non tenu du Lamda N+1

Source : tableau 1 de l'annexe 3 du projet de CREF

L'essentiel de l'effort de l'amélioration de la marge brute doit donc intervenir en 2013 et 2014. La fiche complémentaire n°12 des HCL donne des informations détaillées sur les actions prévues pour la mise en œuvre de l'EPRD 2013. Celles prévues pour 2014 ne sont pas détaillées, elles figurent parmi les grands axes d'efficience dans le projet d'établissement horizon 2017. « Mécaniquement », l'amélioration de la marge brute est une conséquence directe de l'écart prévu, entre une hausse des recettes T2A¹⁸ et la maîtrise durable des dépenses à un niveau bien inférieur (cf. § 5.5.3 ci-après).

Compte tenu du poids du service de la dette, qui est, comme l'indique l'ARS, « à un niveau élevé (5 % des produits) », cet objectif de marge majoré des 0,7 % d'aide financière stable de l'ARS, doit *a priori* permettre d'atteindre un solde disponible pour l'investissement courant de 2,9 % en 2016, compatible avec le solde minimum que le rapport de l'IGAS-IGF de mars 2013 fixe à 3 % des produits d'exploitation¹⁹.

5.4.2.2. Les HCL doivent par ailleurs réduire leur endettement, de 889 M€ fin 2012 à 816 M€ fin 2016, soit – 73 M€. Compte tenu de la trajectoire financière (investissement et exploitation) prévue, cette baisse ne peut être atteinte que sous réserve d'obtention de l'intégralité des subventions prévues (80 M€ pour HEH et 55 M€ pour HLP, soit 135 M€).

¹⁷ Dans le tableau de financement et dans la fiche n°12, c'est la marge hors aides et avec Lamda N+1 qui est mise en avant. Le CREF prévoit le suivi de la marge selon les différents modes de calcul.

¹⁸ En prenant en compte les séjours, actes et consultations externes, hors MO/DMI, hors dotations et forfaits.

¹⁹ Rapport de l'IGAS-IGF de mars 2013 sur l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier. L'IGAS-IGF précisent que le solde réellement constaté est en fait proche de 4 %.

L'ARS souligne que « les HCL ne peuvent pas emprunter au-delà de ce qui est prévu dans le plan ». D'où l'importance d'anticiper tout risque de dérapage par rapport à la trajectoire qui ne pourrait pas être compensé par l'établissement lui-même.

5.4.2.3. Les HCL doivent enfin accroître leur fonds de roulement et le mettre, *de facto*, en concordance avec le besoin en fonds de roulement, sans que ces éléments ne soient initialement développés. L'ARS indique le 14 octobre avoir beaucoup travaillé sur ce sujet avec les HCL pour maîtriser l'écart entre le besoin en fonds de roulement et le fonds de roulement. La fiche n°12 des HCL précise encore ces éléments. Il faut prendre acte de la vigilance particulière apportée par les deux parties sur le pilotage de ces agrégats, nécessaire dans l'environnement financier actuel, et qui suppose aussi des actions continues sur le rythme de recouvrement des recettes. Les HCL indiquent de plus qu'ils disposent d'une réserve importante grâce aux lignes de trésorerie et emprunts revolving disponibles.

5.4.3. Des engagements pour l'ARS

Le projet de contrat fait mention des « engagements » de l'ARS, en l'occurrence accorder 70,154 M€ de subvention en exploitation, dont 41,2 M€ au titre des investissements antérieurs.

5.4.4. La trajectoire de redressement ne permet pas le retour à l'équilibre du compte de résultat principal avant 2019

Entre 2012 et 2016, le résultat du compte de résultat principal passe de -21,6 M€ à -14,6 M€, soit une évolution hors aides de - 43,6 M€ en 2012 à -30,6 M€ en 2016. Le retour à l'équilibre du compte de résultat principal est prévu en 2019. D'après les projections, le résultat du compte de résultat principal reste en dessous du seuil de 2 % actuellement défini pour caractériser un déséquilibre financier. Sur ce seul indicateur, l'évolution est finalement assez lente, une part importante de l'amélioration de la marge brute, qui est l'indicateur central de la performance de l'exploitation dans le CREF, étant absorbée par les charges « techniques » de fonctionnement.

5.5. Examen détaillé des éléments financiers présentés dans le CREF disponible à date et le PGFP

Le projet de CREF pour la période 2013-2016, donne aussi des indications post CREF pour la période 2017-2019 dans le tableau de financement. Le PGFP présente les projections 2013-2023, jusqu'à la fin de l'opération Louis Pradel. Les éléments du CREF coïncident globalement²⁰, entre 2013 et 2016, avec le PGFP préparé par l'établissement. Ils incluent l'impact de la mise en œuvre des deux projets

²⁰ Ce terme est utilisé car la présentation des documents est différente, l'approche du CREF étant essentiellement économique.

d'investissement : HEH et HLP. L'impact respectif en exploitation des projets n'est pas isolé dans ces documents de synthèse.

Pour le compte de résultat principal, l'amélioration de la marge provient de l'écart entre la hausse de 2 % en moyenne des produits entre 2012 et 2016 et celle des charges, limitée à 0,9 % en moyenne sur la période. L'écart produits / charges hors recherche était de près de 0,5 point en 2012, selon le rapport d'activité des HCL.

Dans le PGFP, l'établissement présente ses hypothèses chiffrées (scénario appelé « moyen »), qui diffèrent selon les périodes. Les hypothèses sous-jacentes à ces choix n'étaient pas disponibles dans le dossier initial. L'ARS confirme le 14 octobre avoir travaillé de manière approfondie avec les HCL pour définir ces hypothèses. La fiche complémentaire n°12 des HCL apporte des précisions, par exemple les évolutions tendanciennes. Cela montre les efforts à réaliser. Cette fiche apporte aussi des éléments importants sur les actions déjà réalisées dans la démarche d'efficacité et les axes de travail retenus pour continuer (réorganisation de la biologie, nouvelle blanchisserie, poursuite de l'optimisation des achats...) ainsi que l'optimisation des consultations, de la gestion des lits....

5.5.1. Prévision de marge brute non aidée

Le taux de marge brute consolidée est de 6,3 % fin 2012, soit 93 M€. Cependant, ces données doivent être retraitées pour écarter les aides allouées par l'ARS. Les HCL indiquent que cette marge retraitée a crû de 0,9 point en 2012.

Le niveau de marge brute non aidée est l'objectif principal du CREF, en termes de résultats d'activité. L'ARS Rhône Alpes a un calcul spécifique de la marge²¹. L'objectif fixé est, en consolidé et hors Lamda, d'au moins 110 M€ et 7 % des produits d'exploitation en 2016. La prévision fin 2016 sur le CRP est de 6,6 %.

Dans la fiche complémentaire n°12, les HCL indiquent que les efforts à faire sont « prioritairement ciblés sur les dépenses (69 %) ». Ils sont inférieurs aux efforts déjà accomplis par les HCL depuis 2008/2009. « Les efforts programmés sont donc réels mais atteignables ».

S'agissant du seul compte de résultat principal, la progression de la marge fixée par le CREF résulte d'un écart favorable, entre 2013 et 2015, entre la progression des produits et des charges retenus dans le calcul, résumé comme suit :

²¹ Cf. notamment le rapport de l'IGAS-IGF de mars 2013 précité.

Grandes composantes de la marge brute 2013-2016 du compte de résultat principal, hors aides et hors lamda
données du PGFP & CREF

	2012	2013	2014	2015	2016
Produits versés par l'assurance maladie, hors aides (avec FIR)	1 135,98	1 169,81	1 192,48	1 210,69	1 226,07
évolution par rapport à N-1		3,0%	1,9%	1,5%	1,3%
Autres produits de l'activité (titre 2)	123,05	126,82	129,99	133,24	134,57
évolution par rapport à N-1		3,1%	2,5%	2,5%	1,0%
Autres produits d'exploitation (titre 3 hors FIR)	148,52	154,38	159,36	164,85	166,73
évolution par rapport à N-1		3,9%	3,2%	3,4%	1,1%
Total produits d'exploitation, hors aides et hors lamda	1 407,55	1 451,01	1 481,82	1 508,78	1 527,37
évolution par rapport à N-1		3,1%	2,1%	1,8%	1,2%
Charges de personnel	951,22	960,72	966,45	976,62	986,90
évolution par rapport à N-1		1,0%	0,6%	1,1%	1,1%
Autres charges d'exploitation (titres 2 et 3)	444,01	451,04	457,62	464,36	471,28
évolution par rapport à N-1		1,6%	1,5%	1,5%	1,5%
Déduction crédits classe 6 (minoration de charges)	30,81	30,61	30,93	31,25	31,51
évolution par rapport à N-1		-0,7%	1,0%	1,0%	0,8%
Total charges d'exploitation nettes	1 364,42	1 381,16	1 393,14	1 409,73	1 426,67
évolution par rapport à N-1		1,2%	0,9%	1,2%	1,2%
MARGE BRUTE HORS AIDES ET HORS LAMDA	43,14	69,85	88,68	99,05	100,70

Sont ensuite ajoutés d'une part les produits résultant du Lamda facturé en N+1, d'autre part de la marge issue de l'activité des comptes de résultat annexes.

5.5.2. Evolution des produits du compte de résultat principal

5.5.2.1. Recettes T2A

La hausse prévue²² est de 2,2 % en 2013, 1,8 % en 2014 et en 2015, 1,4 % en 2016 et 1,6 % de 2017 à 2023. La raison de ces variations (notamment tassement en 2016 puis reprise à horizon lointain) n'est pas explicitée. Les variations sont faibles en pourcentage, mais en cas de non-réalisation des prévisions, il peut y avoir un effet « boule de neige » qui retarde l'atteinte des objectifs.

Les HCL indiquent dans leur rapport d'activité 2012 qu'ils « ont pour ambition de l'augmenter [l'activité] substantiellement dans les années à venir, en se basant notamment sur la réorganisation et la modernisation de leur offre de soins ainsi que sur la progression de la démographie dans l'agglomération lyonnaise ».

Le nombre de séjours PMSI a augmenté de 1,1 % en 2012, mais du fait des séances (6,1 % pour la radiothérapie et 8,6 % pour les autres séances), tandis que l'hospitalisation complète se stabilise

²² Le tableau des hypothèses du PGFP indique une hausse de 1,8 % en 2014 alors que les données chiffrées montrent plutôt une hausse de 2,4 % sur les séjours, actes et consultations externes pour 2014.

(+0,1 %) et l'hospitalisation de jour diminue (- 3,9 %) ²³. La valeur moyenne du cas traité progresse légèrement (+ 0,4 %). Le nombre de passages aux urgences a augmenté de 3 %, les consultations et actes externes de 7,3 %.

Il est relevé que :

- ces évolutions, validées par l'ARS, s'inscrivent dans une politique de dynamisation des recettes - surtout en début de CREF –dans un contexte local de forte concurrence (cf. clinique du Tonkin avec urgences – source document n°3) et de hausse significative de la population d'ici 2030.
- Le tableau de la fiche n°12 montre que le tendancier des recettes T2A (1 %) est inférieur à l'hypothèse retenue alors que le texte de la fiche dit l'inverse. Ce point serait à valider.
- les projections sont très sensibles aux hypothèses retenues. Ainsi, la différence entre 1,8 % (annoncé) et 2,4 % (issu des données du PGFP) de hausse des recettes T2A en 2014 se traduit par un écart de - 15 M€ sur la période 2013-2016 et - 54 M€ sur la durée du PGFP. En soi, les données retenues dans le PGFP peuvent être pertinentes pour 2014. Ce point a pour seul but de souligner la sensibilité des résultats aux hypothèses retenues, et donc la nécessité de suivre au plus près la mise en œuvre de la trajectoire financière définie dans le CREF pour pouvoir prendre à temps des mesures correctives qui seraient nécessaires.
- Cette méthode d'adaptation permanente est celle retenue pour 2013 comme le dit la fiche complémentaire n°12 : comme les perspectives de clôture de 2013 en septembre montraient un décalage de 3-4 M€ par rapport à la cible, des mesures ont été décidées pour essayer de rétablir la situation avant la fin de l'année. Ce suivi proactif durable sera un élément important.

5.5.2.2. Autres recettes de titre 1

Les HCL détaillent clairement leurs prévisions : dynamisme des MO/DMI à 4 % (similaire en produits et charges), évolution des dotations.

5.5.2.3. Synthèse du titre 1

L'ARS souligne le 14 octobre que l'évolution du titre 1 reste inférieure à l'augmentation prévisible de l'ONDAM (telle qu'actuellement connue à moyen terme) et cohérente avec les résultats récents des HCL : « le poste « T2A hors MO » se situe entre 0,6 et 1 point en-dessous de l'ONDAM. Le T1 de recettes progresse globalement (dont MIGAC) de 1 à 1,3 point par an dans le PGFP selon les années, soit plus de 1 point en dessous de l'ONDAM prévisionnel » et « Les HCL précisent que les recettes du T1 ont progressé de 1,8 % en 2009, 1,4 % en 2010, 1,4 % en 2011, +0,6 % hors effet FIR en 2012. Les évolutions sont donc régulièrement situés au-dessus de 1 % ». ». Les HCL confirment dans la fiche complémentaire n°12 : « Les hypothèses du PGFP sont donc dans la continuité des années précédentes voire même légèrement inférieures, malgré la stabilisation des aides ARS ». On peut considérer que les hypothèses sont crédibles, leur réalisation devant être analysée régulièrement.

²³ Dont -7,6 % en médecine « du fait d'une meilleure observation de la circulaire frontière » et +16,6 % en chirurgie ambulatoire.

5.5.2.4. La progression des recettes de titre 2 est limitée à 1 % à partir de 2016, après une hausse de + 2,5 % jusqu'en 2015.

5.5.2.5. L'évolution des produits de titre 3 paraît globalement modérée même si elle recouvre des situations variées. On note en particulier la reprise, dès 2014, de nouvelles subventions d'investissement : elles représentent 40 M€ sur la période. S'il s'agit bien des subventions pour HEH et HLP (ce sont les seules quasiment du tableau de financement), cette reprise semble prématurée par rapport au démarrage de l'amortissement des biens (2017 ou 2018) qu'elle doit compenser partiellement²⁴.

5.5.3. Evolution des charges du compte de résultat principal

L'établissement prévoit une hausse des charges de personnel plus élevée pour le personnel médical que non médical et une hausse plus élevée à partir de 2015. Ces hypothèses semblent cohérentes avec la maîtrise de la masse salariale en 2012 (+ 0,44 % pour le PNM hors recherche et + 0,15 % pour le PM²⁵, en 2012), du gel du point au niveau national à ce stade, qui permet d'anticiper une augmentation des charges essentiellement liée au GVT et au schéma d'emploi. Le dossier n'inclut toutefois pas d'information sur les effectifs prévisionnels, hormis les baisses d'effectifs liés à la modernisation d'HEH. L'ARS a confirmé les travaux conduits avec les HCL sur les charges de personnel et la cohérence de ces prévisions avec les évolutions récentes. Il faut prendre acte des travaux menés par l'ARS et les HCL et de la poursuite des travaux engagés sur la productivité du personnel. La fiche complémentaire n°12, qui donne le tendancier des charges de personnel (2 % pour le PM et 1,5 % pour le PNM), met en évidence les efforts importants de maîtrise de la masse salariale prévus. La fiche expose aussi la maîtrise réalisée sur la masse salariale entre 2009 et 2013 (10-15 M€ par an).

L'évolution des charges de titre 2 (hors produits T2A) doit être durablement contenue en deçà de 1 % (0,8 % puis 0,7 % à partir de 2017), ce qui est une hypothèse ambitieuse, compte tenu de l'hypothèse de développement des recettes d'activité.

L'évolution des charges de titre 3 n'identifie aucun surcoût d'exploitation de type maintenance des futurs bâtiments.

Les HCL indiquent dans la fiche complémentaire n°12 qu'au total, la hausse des dépenses de marge prévue dans le PGFP est supérieure aux dernières réalisations.

L'évolution des charges de titre 4 montre une décroissance en 2019. On ne voit pas d'augmentation des charges d'amortissement au moment où l'opération Edouard Herriot doit débuter son amortissement, à la mise en service, car les HCL le commencent avant. Des précisions sont dans la fiche n°11.

²⁴ Les HCL ont indiqué dans la fiche complémentaire n°11 qu'ils vont amortir HEH au fil de l'eau – cf. remarque ci-dessus sur ce point.

²⁵ Hors charges exceptionnelles. Source : rapport d'activité 2012 des HCL.

Les dotations aux provisions induisent une augmentation des provisions, du fait du volume plus faible des reprises prévues dans la durée.

5.5.4. Utilisation de la marge brute

La marge brute doit principalement financer le service de la dette et une partie des investissements. L'ARS indique en effet en mai 2013²⁷ qu'il faut « une capacité d'épargne (MBE) suffisante hors aides pour couvrir la charge de la dette (intérêts + capital) et financer l'investissement courant (taux 8 % MCO/SSR) ».

Néanmoins, une fois financé le service de la dette, la part de marge brute non aidée disponible pour l'investissement – sous réserve de la réalisation de toutes les prévisions – est très faible en 2013, sachant que le niveau d'investissement courant (travaux et équipements uniquement) excède toujours 46 M€, y compris les années de contrainte sur ces postes de dépenses (de 2017 à 2019, des économies sont prévues et affichées dans le PPI).

	2013	2014	2015	2016
Marge brute hors aides et Lamda N	78,71	98,05	108,44	110,54
Lamda N+1	5,00	5,09	5,16	5,24
Marge brute hors aides	83,71	103,14	113,60	115,78
Remboursement capitaux	46,47	48,79	50,84	44,39
Charges d'intérêt	29,19	31,59	31,78	31,06
Solde pour investissement, avant aides ARS	8,06	22,76	30,98	40,33

(avec capital de la dette antérieure et de la dette nouvelle).

5.5.5. Impact des autres comptes de résultat et prévision de capacité d'autofinancement (CAF)

La contribution à la marge brute des comptes de résultat annexes est supposée constante au cours du CREF. Les indicateurs réglementaires requièrent que la CAF couvre au moins le remboursement du capital annuel. C'est bien le cas en 2012 : la CAF est de 72 M€ et l'annuité en capital de 43 M€. Ce critère est ensuite satisfait sur la durée du PGFP proposé²⁸.

5.5.6. Investissement total et financement

L'ARS présente comme suit le plan de financement des investissements. Elle rappelle les hypothèses sous-jacentes :

²⁷ Document public « Campagne budgétaire et tarifaire 2013. Journée d'information. Jeudi 16 mai 2013 ».

²⁸ Y compris pour les années où le remboursement du capital est très élevé (2019 et 2023).

- « des données financières issues des discussions engagées en 2012 sur le projet de CREF (objectif d'un taux de marge de 8 % à horizon 2019),
- selon une hypothèse basse de subventions versées par l'ARS,
- selon le programme d'investissements présenté par les HCL pour cette période (1^{ère} tranche HEH, Hôpital Pradel et investissements courants). » soit un peu moins de 1 000 M€ sur la période 2013-2023 (11 ans).

La présentation adoptée est une présentation essentiellement économique et se synthétise comme suit :

EMPLOIS	Sous total 2013 - 2016	Sous total 2017-2019	Total 2013-2019	RESSOURCES	Sous total 2013 - 2016	Sous total 2017-2019	Total 2013-2019
<u>Service de la dette</u>	<u>314,12</u>	<u>270,37</u>	<u>584,49</u>	<u>Ressources liées au fonctionnement</u>	<u>402,37</u>	<u>364,30</u>	<u>766,66</u>
Capital	190,50	177,96	368,46	Marge brute (1)	395,74	366,79	762,53
Frais financiers	123,62	92,40	216,03	CRP	358,29	335,81	694,10
				CRA	37,46	30,98	68,43
				Intégration Lamda N+1	20,50	16,24	36,74
				<u>sous total MB +Lamda N+1</u>	<u>416,24</u>	<u>383,03</u>	<u>799,27</u>
				Produits financiers ou exceptionnels (2)	-13,87	-18,74	-32,61
<u>Investissements</u>	<u>427,74</u>	<u>252,52</u>	<u>680,25</u>	<u>Ressources externes & cessions</u>	<u>356,20</u>	<u>158,64</u>	<u>514,84</u>
Courant	322,81	182,39	505,20	Aides exploitation	70,10	30,95	101,05
HEH	82,40	37,25	119,64	Subventions	108,92	27,71	136,63
HLP	22,53	32,88	55,42	Subvention HEH	75,70	4,30	80,00
				nationale	37,85	2,15	40,00
				collectivités locales	37,85	2,15	40,00
				Subvention HLP	32,00	23,00	55,00
				Autres subventions	1,22	0,41	1,63
				Cessions	59,64	9,00	68,64
				pour HEH	19,30	0,00	19,30
				courantes	40,34	9,00	49,34
				Emprunts	117,55	90,98	208,53
TOTAL EMPLOIS	741,86	522,88	1 264,74	TOTAL RESSOURCES	758,57	522,94	1 281,50
Augmentation du fonds de roulement :							
16,71							

(1) Il s'agit dans ce tableau de la marge brute hors aides et hors lamda N ou "Objectif CREF"

(2) Ces données comprennent des produits financiers (à la marge), les ajustements liés au retraitement du Lamda et des ajustements liés au résultat exceptionnel non détaillé

L'ensemble des ressources externes et des cessions équivalent à la marge brute que doit dégager le compte de résultat principal sur la période 2013-2016.

L'investissement prévu entre 2013 et 2023 est de 988 M€²⁹.

²⁹ Le PPI fait apparaître un montant de 999 M€. L'écart vient du total DSII qui est en fait de 170M€ et non 180 M€, selon les détails annuels.

Il faut noter une forte décroissance de l'investissement courant entre 2017 et 2019. Le PPI détaillé montre que les opérations recensées excèdent les possibilités de financement et que des économies devront être effectuées en travaux, équipements et informatique. Ainsi par exemple, l'informatique doit passer de 16,4 M€ à 13 M€ entre 2016 et 2017 (pour 3 ans), soit - 26 %. De même, les travaux courants doivent baisser de 16 M€ entre 2017 et 2019 et les équipements médicaux de - 5,5 M€.

Outre le fait de savoir comment ce ralentissement pourra impacter sur la vétusté du parc, les économies d'ores et déjà incluses dans le PGFP réduisent la marge de manœuvre que pourrait constituer l'investissement courant si des ajustements de la trajectoire s'avéraient nécessaires.

La dette doit diminuer de - 73 M€ à fin 2016 et de - 87 M€ entre 2017 et 2019 selon les prévisions des HCL. Les emprunts existants fin 2012 sont apparemment de durée longue. Pour les nouveaux emprunts, le dossier indique qu'ils sont souscrits à « 4 %, progressif » (PGFP), Il convient de s'assurer de la cohérence, d'ordre économique, entre les durées d'emprunt et la durée de vie des biens, mais aussi de toutes les conditions des emprunts (comme le mode de remboursement, l'impact des remboursements *in fine*...).

Le programme des cessions n'est pas précisé. Les recommandations de la CRC dans le rapport cité par l'ARS peuvent être rappelées, surtout qu'elles sont très importantes pour limiter le recours à l'emprunt et permettre le respect de la trajectoire fixée.

Le séquençage du versement des subventions traduit, en début de période, un préfinancement par rapport aux échéances de paiement prévues pour les opérations HEH et HLP. Ce phénomène est surtout vrai pour HLP. Or il n'existe pas de justification particulière à un versement précoce - à supposer que la décision d'octroyer la subvention soit prise - sauf à alléger le recours à l'emprunt des HCL.

CP des opérations HEH et HLP et versements prévisionnels des subventions

	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023
Sub HEH	1,4	18,2	14,7	21,4	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sub HEH cplm	0,0	5,0	1,0	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sub. Pradel	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	9,4	31,2	23,7	43,4	12,3	8,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cumul	9,4	40,6	64,3	107,7	120,0	128,0	135,0	135,0	135,0	135,0	135,0
HEH travaux	3,9	24,0	15,8	35,7	30,6	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HEH équipement	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HLP	0,6	7,3	6,9	7,8	8,9	11,5	12,5	12,9	7,3	1,8	0,0
Total	4,5	31,2	22,7	46,5	42,9	14,8	12,5	12,9	7,3	1,8	0,0
Cumul	4,5	35,7	58,4	104,9	147,8	162,6	175,1	188,0	195,2	197,0	197,0

Le fonds de roulement doit être augmenté et porté à 75 M€ pour sécuriser la trésorerie comme mentionné dans le CREF.

Il est défini comme étant stable et inférieur de 10 M€ au besoin de fonds de roulement, ce qui fait apparaître chaque année une trésorerie négative. Ce montant correspond au tirage fait sur la ligne de trésorerie fin 2012 (donnée ARS).

La composition du fonds de roulement doit évoluer, le FRE (fonds de roulement d'exploitation), qui est composé pour l'essentiel des déficits antérieurs accumulés, devant être réduit, et le FRI réduit également : il passerait de 230 M€ à 71 M€, soit - 159 M€, dont -73 M€ sont liés au désendettement.

Comme l'indique l'ARS, Hospidiag³⁰ montre que le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement des HCL est relativement bas par rapport aux établissements de même catégorie. Cet outil montre aussi que le niveau des créances patients et mutuelles non recouvrées est élevé dans la région. La dette aux fournisseurs, en jours, augmente depuis quelques années. Compte tenu des objectifs de sécurisation de la trésorerie, les données sous-jacentes doivent être surveillées, parmi d'autres. Les HCL apportent des précisions sur ces différents points dans la fiche complémentaire n°12, pour indiquer qu'il n'y a pas de difficulté particulière sur la trésorerie des HCL.

En conséquence, les HCL ont entamé depuis plusieurs années un redressement pour faire face à une situation financière très dégradée. Fin 2012, des efforts restent à faire : le CREF et le PGFP fixent une trajectoire destinée à améliorer la marge brute sans aides et à contribuer au désendettement des HCL. L'ARS confirme avoir travaillé de manière approfondie avec l'établissement pour définir les paramètres de la trajectoire financière et les objectifs pour 2016, mais comme l'ARS l'indique, les résultats ne peuvent être obtenus que progressivement. L'établissement a indiqué dans une fiche complémentaire au dossier les leviers d'efficience sur lesquels il va travailler et il a rappelé les résultats déjà obtenus. On comprend que tous les acteurs sont mobilisés pour la réussite des projets et la maîtrise de la situation financière.

On note que le compte de résultat n'est pas équilibré avant 2019 et l'endettement reste supérieur à deux critères du décret jusqu'en 2021. Le maintien durable de charges qui progressent moins vite que les produits doit être sécurisé, d'autant plus que l'ARS citait en mai 2013³¹ un rapport de l'IGAS – IGF qui indiquait une progression spontanée de l'ONDAM de 4 % par an à horizon 2017. Tout dérapage ou surcoût tout comme un ralentissement des recettes compromettrait le scénario et obligerait à réagir rapidement. D'où l'enjeu d'un dispositif de suivi du CREF et du PGFP adapté aux enjeux.

³⁰ Données à fin 2011.

³¹ Document public déjà cité.

6. Synthèse

Depuis plusieurs années, la question de l'avenir du site de l'hôpital Edouard-Herriot se pose. Que ce soit en matière de vétusté, d'adaptation aux besoins hospitaliers d'aujourd'hui, d'économie de gestion ou d'inscription dans l'urbanisme de la cité, conserver cet hôpital en l'état n'apparaît plus possible.

S'ajoute à cette problématique déjà ancienne la question de la mise en conformité incendie de l'hôpital Louis-Pradel et de son désamiantage.

De ce fait, mener deux opérations simultanément pour un montant total estimé à ce jour à 200 M€ fortement subventionnées, dans un contexte de redressement financier et d'endettement élevé des hospices de Lyon doit être discuté et argumenté.

Par ailleurs, l'opération de rénovation présentée à la contre-expertise du commissariat général à l'investissement n'est que la première phase d'un plan de modernisation du site d'Edouard-Herriot. En effet, c'est une recomposition progressive de ce site qui est d'ores et déjà prévue en trois grandes tranches : la première dédiée au regroupement des plateaux techniques, la seconde à celui des lits d'hospitalisation et la troisième à la réorganisation des consultations. Tant l'établissement que l'agence régionale de santé ont confirmé que la première tranche ici présentée était autonome. Malgré tout, l'enchaînement des phases ultérieures risque de s'avérer inéluctable. De plus, il est permis de penser que l'opération envisagée puisse être génératrice de surcoûts, malgré les économies d'emplois annoncées (environ 120 ETP). Ces surcoûts peuvent notamment provenir de la création de 1 500 m² supplémentaires, des besoins de transferts de patients entre plateaux techniques et unités de soins sensiblement accrus.

L'option présentée ici résulte d'un compromis :

- le projet médical de l'hôpital aurait mérité une solution plus intégrée, plus rapide à réaliser peut-être, mais pour cela, une autre localisation aurait été nécessaire et les coûts annoncés (830 M€) ont été jugés insupportables par les HCL et la puissance publique ;
- le site avec tout son intérêt historique impose un parti architectural fort qui, d'ailleurs, impose des choix de séquençage et de surfaces à la solution retenue, même si l'on constate que la direction régionale des affaires culturelles a consenti des concessions fortes dans son souci de sauvegarde du patrimoine ;
- les gains d'exploitation qui auraient pu résulter d'une opération plus « monolithique » ne seront pas au rendez-vous. Mais auraient-ils permis de garantir la pérennité économique d'une opération lourde ? Les experts en doutent et demandent qu'un travail complémentaire sur l'optimisation des charges soit réalisé pour faire en sorte que cette opération une fois réalisée contribue au retour à l'équilibre financier des HCL dans son aspect maîtrise des charges d'exploitation ;
- le choix de maintenir un hôpital dans la ville avec des tarifs de secteur 1 pour des soins tant de proximité que de recours est à apprécier favorablement si l'on en croit l'ensemble des

acteurs locaux et l'agence régionale de santé. Cependant, l'organisation spatiale du site est complexe et les experts recommandent de fiabiliser complètement les flux externes et internes avant de lancer la première phase.

Ainsi ce dossier présenté maintenant vient à la contre-expertise après une suite de décisions des pouvoirs publics et des instances locales des HCL qui amène à la configuration retenue.

Pouvait-on faire autrement ?

Dans le contexte du plan stratégique des HCL, probablement non. Le choix de fermer plusieurs sites urbains a été fait et réalisé. La solution de regroupement sur le site Vinatier – cité hospitalière Est a été écartée au motif financier mais également, semble-t-il, pour des raisons de faisabilité technique et patrimoniale.

De plus, est-il réellement anachronique de réaliser la modernisation d'Edouard-Herriot en tranches ? Les évolutions médicales et de prise en charge de patients sont aujourd'hui très rapides. Donner la possibilité au temps d'influer étape par étape sur une réalisation doit être considérée comme une opportunité. Encore faut-il que les tutelles – notamment l'ARS – s'en saisissent et transforment cette opportunité en levier de modernisation médicalement et économiquement pertinente.

Ainsi, dans ces conditions, les experts se rangent au choix de rénovation de l'hôpital Edouard-Herriot proposé. Ils recommandent à l'agence régionale de santé de mettre en place un pilotage de ce projet qui aura pour objectif :

- de vérifier que la réalisation de cette première tranche sera conforme au programme en contenu médical et financier ;
- de demander aux HCL de rechercher d'autres optimisations pour rendre cette tranche apte à soutenir le plan de retour à l'équilibre financier des HCL ;
- de ne déclencher les phases engageantes de la deuxième tranche de modernisation que sous condition de réalisation des deux points *supra* ;
- de dimensionner la deuxième tranche, comme le suggère d'ailleurs le directeur général des HCL, en fonction des objectifs du SROS à ce moment, de l'état financier, de la structure et de l'évolution du programme médical.

Avec ces précautions pour le futur, il devrait être évité qu'une décision lourde d'investissement soit prise une fois l'opération fortement engagée.

Pour ce qui concerne Louis-Pradel, la maîtrise technique et financière est évidemment majeure. L'organisation de la ou des maîtrises d'œuvre est fondamentale et les experts s'interrogent sur la découpe de cette opération en maîtrises d'œuvre multiples. Ils recommandent aux HCL de réexaminer ce point.

De même, ils engagent l'établissement et sa tutelle à maîtriser les risques financiers qu'une telle opération très délicate peut comporter.

7. Déroulement de la contre-expertise et recommandations méthodologiques

Il a été demandé à la contre-expertise de donner un avis et des recommandations sur un dossier d'importance majeure du deuxième CHU de France.

Il a fallu demander des éléments complémentaires majeurs pour que cette expertise puisse se dérouler dans des conditions juste suffisantes pour être possible.

La difficulté apparente d'interaction entre les HCL et l'ARS Rhône-Alpes a interrogé les experts. Les délais globaux de réalisation de cette contre-expertise n'ont pas simplifié l'organisation.

Les autorités de tutelle de la Santé devraient s'interroger sur le positionnement de cette contre-expertise qui, dans ce cas, intervient une fois les promesses politiques faites et une fois l'opération largement engagée.

Cependant les recommandations formulées semblent aux experts de nature à maîtriser les engagements financiers à venir.