

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-
économique

du

projet de restructuration de l'hôpital Saint-Joseph de Marseille

4 novembre 2015

Préambule

Le Commissariat général à l'investissement (CGI) a mené depuis septembre 2012 et à la demande du Premier ministre une réflexion sur les projets d'investissement public et leur évaluation. La démarche conduite dans le cas des infrastructures de transport sous le régime de l'instruction cadre de 2005 a d'ailleurs servi de référence dans cette réflexion qui avait une vocation plus large que le secteur des transports.

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

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

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par la DGOS et les réponses apportées par l'ARS aux questions des experts. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

¹ La [loi n°2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017](#) dispose dans son article 17 que :

« Les projets d'investissements civils financés par l'Etat, ses établissements publics, les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire font l'objet d'une évaluation socio-économique préalable. Lorsque le montant total du projet et la part de financement apportée par ces personnes excèdent des seuils fixés par décret, cette évaluation est soumise à une contre-expertise indépendante préalable.

Le Gouvernement transmet au Parlement les évaluations et les contre-expertises mentionnées au premier alinéa.

Les conditions d'application du présent article sont prévues par décret. »

SOMMAIRE

Préambule	2
1. Introduction	4
2. Opportunité du projet par rapport à l'offre de soins environnante.....	5
3. Projet médical.....	8
4. Dimensionnement du projet et hypothèses d'activités.....	9
5. Analyse du projet immobilier.....	10
5.1. Présentation générale.....	10
5.2. Pilotage et conduite de l'opération.....	11
5.3. Programme de l'opération.....	11
5.4. Planning et phasage.....	12
5.5. Coûts des travaux.....	12
5.6. Coûts d'exploitation et de maintenance du bâti et des équipements.....	13
5.7. Maîtrise d'ouvrage.....	14
6. Sostenabilité financière du projet.....	15
6.1. La bonne santé financière de l'établissement.....	16
6.2. Le caractère prudent des projections proposées.....	16
6.3. Un dimensionnement capacitaire réajusté.....	17
6.4. Des gains d'efficience certains.....	17
7. Synthèse sur le projet.....	19

1. Introduction

L'établissement de santé appartenant à la Fondation Saint Joseph est un établissement de proximité et de recours sur le sud de Marseille.

Son rôle pivot sur le territoire est renforcé par les déplacements des activités des établissements participant au service public sur le Nord de Marseille. Sa capacité et sa dynamique sont préservées par son modèle de coopération médicale original car une majorité de médecins sont libéraux alors que l'établissement est financé comme un établissement public. L'établissement présente peu de faiblesses. Des urgences aux activités de recours (chirurgie cardiaque, réanimation...) en passant par la cancérologie, Saint Joseph est toujours dans les meilleures performances régionales ou nationales. L'établissement développe de plus en plus de nombreuses coopérations territoriales tant avec l'APHM qu'avec des établissements privés, par exemple en Insuffisance rénale.

Face à cette dynamique et à la performance de l'établissement, un projet de modernisation des plateaux techniques et de l'hébergement, de complétude des filières sur quelques points faibles, la gériatrie, sont nécessaires.

La principale difficulté du projet réside dans un projet de grande envergure dans un site occupé. Les principaux facteurs de risques sont néanmoins évalués et maîtrisés. La contre expertise note une correspondance entre les ratios de performance utilisés et les chiffres donnés par l'établissement. La contre-expertise pointe toutefois trois difficultés :

- L'évaluation des risques d'amiante pour lesquels le budget semble légèrement sous évalué ;
- L'insuffisance manifeste du nombre de places de parkings pour un établissement de courts séjours, de consultations et d'explorations ;
- La méthodologie de pilotage proposée pour la réalisation de l'opération.

Ces éléments sont jugulables et ne mettent pas en péril une évaluation financière très saine tant du point de vue de l'exploitation que de l'évaluation du projet et du montage du financement.

2. Opportunité du projet par rapport à l'offre de soins environnante

Le début des années 2010 ont vu disparaître dans la zone d'influence de l'hôpital St Joseph, les activités de courts séjours et urgences de l'hôpital Saint Marguerite de l'APHM, redéployées sur l'ensemble Timone Conception et sur l'hôpital Nord, et toutes les activités de l'hôpital Ambroise Paré vers le nouvel hôpital Euro Méditerranée.



L'hôpital Saint Joseph est donc maintenant le seul établissement participant de fait au service public dans les zones Sud de Marseille. Il possède la particularité d'être :

- un établissement de proximité avec son service d'urgences (58 000 passages par an) et les filières gériatriques attachées, y compris les soins de suite (Maison Fernande Berger), la maternité...
- un établissement de recours et référence avec ses nombreuses sur spécialisations et reconnaissance (orthopédie, chirurgie cardiaque, périnatalité et soins intensifs).

La performance de l'établissement peut être mesurée à partir des indicateurs synthétiques d'HospiDiag. Le chiffre de comparaison est celui des établissements de même typologie.

Tableau 1 : Performance de l'établissement Saint-Joseph selon les indicateurs HospiDiag

	Indicateurs	Données	Performance
Médecine	Part de marché en médecine sur la zone d'influence	12,8 %	1° rang
	IP DMS en médecine	0,88 en 2014 pour 0,98 en 2010	Proche des plus performants
	Taux d'occupation	75 % en 2014	2° décile 71 % et 82 % pour 8° décile
Chirurgie	Part de marché en chirurgie sur la zone d'influence	8,5 %	3° rang
	IP DMS en chirurgie	0,97 en 2014 et 1,08 en 2010	0,87 en 2° décile et 1,03 en 8° décile
	Taux de chirurgie ambulatoire	45 % en 2014 et 38 % en 2010	2° décile à 39 % et 8° décile à 63 %
	Taux d'occupation	80 %	52 % 2° décile et 85 % 8° décile
	ICR par salle d'opération	329 000 en 2014	296 000 pour le 2° décile et 493 000 pour le 8° décile
Obstétrique	Part de marché en obstétrique sur la zone d'influence	27 %	2° rang
	Taux d'occupation	81 % en 2014	2° décile 66 % et 82 % pour le 8° décile
	Taux de césarienne	18,6 %	17 % pour le 2° décile et 24 % pour le 8° décile
	Taux de péridurale	94 %	72 % pour le 2° décile et 91 % pour le 8° décile
Positionnement de recours	Pourcentage de GHM recours et référence	3,25 % en 2014 et 3,44 en 2010	1,6 % pour le 2° décile et 5,2 % pour le 8° décile
	Pourcentage de sévérité de niveau 3 et 4	9,31 % en 2014	9,85 pour le 2° décile et 12,4 % pour le 8° décile
Urgences	Pourcentage des entrées en hospitalisation complète provenant des urgences	22,5 % en 2014	31,9 % pour le 2° décile et 53,9 % pour le 8° décile
Cancérologie	Pourcentage de l'activité en hospitalisation	12,7 % en 2014 et 12,9 % en 2011	2° décile 10,4 % et 15,6 % pour le 8° décile
	Part de marché en hospitalisation cancérologie	13,3 % en 2014	1° rang
	Part de marché en chimiothérapie (séances)	19,2 %	1° rang

Source : HospiDiag

La lecture des indicateurs de performance montre que les équipes de l'établissement réussissent à développer une très grande variété d'activités sans réel point faible. Par rapport à la dynamique du virage ambulatoire, la progression de ces dernières années montre que l'établissement est mobilisé et progresse.

Il dispose d'un modèle d'une dynamique d'activité reconnue, largement lié à un modèle économique spécifique avec les médecins. En effet, une grande part des médecins 360 sur 457 sont libéraux.

Il dispose de nombreux partenariats, notamment avec l'APHM sur la cancérologie (Radiothérapie...)

Sa performance future est maintenant liée à une réorganisation en profondeur de ses plateaux techniques, à l'adaptation des hospitalisations au virage ambulatoire et à l'amélioration de la lisibilité des circuits à des prises en charge courtes.

Le seul point faible est la nécessité d'une structuration sur les filières gériatriques et post urgences, ce que le projet médical propose de réaliser. Dans cet axe, le domicile sera un élément déterminant pour éviter les hospitalisations inutiles, comme les programmes expérimentaux PAERPA nous le démontrent.

3. Projet médical

Le projet médical reprend les forces de l'établissement et cherchent à modifier en profondeur l'outil de production pour répondre aux enjeux actuels d'un établissement polyvalent de référence :

- Réorganisation des plateaux techniques, création de circuit courts ambulatoires (chirurgie, endoscopie, chimiothérapie) et réduction du nombre de sites anesthésiques,
- Réorganisation des filières longues avec l'intégration du SSR et la création d'unité de gériatrie de court séjour,
- Réorganisation des espaces de consultations et d'actes externes,
- Rénovation des urgences, seule structure pour le sud de Marseille,
- Normalisation des unités d'hospitalisation complète.

Le projet est bien décrit. **Pour le rendre plus fort, il est possible d'ajouter l'Hospitalisation A Domicile dans l'organisation des filières longues et la réduction des durées de séjour.** Tout comme le rapatriement du SSR, l'HAD dont la circulaire de 2013 montre clairement le potentiel d'aide à la structuration des filières longues est un élément décisif au même titre sur le SSR.

4. Dimensionnement du projet et hypothèses d'activités

Nous ne faisons ici que reprendre les données fournies par le porteur du projet et l'analyse de l'ARS. Les calculs de contrôle réalisés à partir des bases d'expériences du CGI montrent la crédibilité des projections proposées.

Tableau 2 : Dimensionnement du projet et hypothèses d'activités

	Médecine (pédiatrie, UHCD)		Chirurgie		Obstétrique	Soins Critiques
	HC	Ambu	HC	Ambu	HC	
Capacités actuelles	352	34	201	68	81	64
Séjours futurs						
Capacités projetées Iso	309	37	162	63	63	64
Capacités Activ nouvelles	38					6
Total Capacité	347	37	162	63	63	70
Delta	-5	3	-39	-5	-18	6

Source : rapport ARS

L'établissement tient compte de la réduction des capacités liées au virage ambulatoire. Il souhaite développer de nouvelles activités en lien avec le SROS :

- Création d'une unité d'oncologie médicale 8 lits ;
- Création d'une unité de gériatrie de court séjour 20 lits ;
- Création d'une unité de néphrologie 10 lits et création de 4 lits de soins critiques, liés au projet Diaverum avec l'implantation d'une unité d'hémodialyse sur place.

Enfin pour le SSR, le regroupement sur le site des capacités de SSR s'accompagne d'une baisse des capacités d'hospitalisation complète, de 56 à 35 lits et la création de 5 places ambulatoires.

En termes de bloc opératoire, il n'existe pas de variation de capacité. L'établissement respecte ainsi le choix stratégique de non augmentation des activités interventionnelles.

5. Analyse du projet immobilier

5.1. Présentation générale

L'opération consiste à regrouper l'offre de soins de la Fondation St Joseph sur un seul site, celui de l'hôpital St Joseph, installé dans le 8^{ème} arrondissement de Marseille.

Le terrain de 4 ha, dispose de plusieurs entrées possibles, notamment la principale sur le boulevard de Louvain, mais également une autre sur l'avenue du Prado. L'établissement appartient à un ensemble urbain particulièrement dense en immeubles collectifs d'habitation (souvent plus de 10 étages). Le quartier est desservi par les transports en commun (bus et métro) ; la station de métro du Rond-Point du Prado (ligne 2), située à moins de 5 mn à pieds, est la plus proche de l'hôpital. L'autoroute A50 (sortie 2), proche également, permet une desserte facile en voiture ; par contre, l'établissement conseille de stationner aux parkings Louvain et Parc Chanot, car dans l'enceinte hospitalière, le nombre de place est extrêmement limité et mis en service payant. A noter que le parking Louvain est à proximité immédiate mais d'une capacité modeste, et que celui du Parc Chanot géré par le groupe Vinci est distant d'une quinzaine de minutes en marche normale.

Aujourd'hui, le site de l'Hôpital St Joseph comprend 856 lits et places d'hospitalisation, répartis en activités de MCO et de SSR. Avec 102 places, dont 68 pour la chirurgie ambulatoire, les alternatives à l'hospitalisation complète occupent déjà une place importante, mais elles ont vocation à se développer de façon très importante à l'issue du projet.

L'opération vise à réorganiser différemment la distribution de ces activités, pour une meilleure efficacité de l'établissement, tout en améliorant la qualité de l'accueil, notamment en augmentant de façon substantielle le nombre de chambres à 1 lit. En revanche, la contrepartie consiste à réduire la capacité globale de la structure à hauteur de 785 lits et places environ ; environ, car le rapport transmis par l'Ars en indique, alors que le PTD en décompte 784 avec une répartition différente entre les capacités MCO et SSR :

Tableau 3 : Capacitaire au stade du rapport ARS et dans le PTD

	Après projet (rapport ARS)	PTD
Lits	646 + 35 SSR	646 + 40 SSR
Places	100 + 5 SSR	98 + 0 SSR
Totaux	786	784

Source : rapport ESE ARS

Il conviendra de demander à l'établissement de préciser ce point.

Concernant l'immobilier, plusieurs éléments se contredisent dans le rapport ARS, entre les surfaces indiquées page 15 et celles figurant pages 46 et 48. Néanmoins, les recoupements permettent de retenir avec certitude les chiffres figurant page 74 du rapport :

Le site comprend actuellement au total 76 146 m² SDO, parmi lesquels 35,947 ne sont pas concernés par le projet. Le reste, soit 40 199 m², font l'objet du projet. Sur cette base, 13 665 m² sont démolis, alors que le solde soit 26 534 sont restructurés et que 23 570 m² construits à neuf viennent s'ajouter. **Au final, le site comprendra 86 051 m² SDO, soit 9,905 de plus qu'aujourd'hui** (augmentation du parc de 13 %).

5.2. Pilotage et conduite de l'opération

La maîtrise d'ouvrage est assurée directement par l'hôpital St Joseph. Le dossier précise que la chefferie de projet est confiée au Directeur du Pôle des Ressources Matérielles, qui se fait également assister de l'ingénieur travaux de l'établissement. Par contre, une contradiction dans les pièces méritera que les rôles soient clarifiés : page 115 du rapport ARS, l'ingénieur travaux assure la conduite d'opération, alors que page 9 du PTD, celle-ci est confiée au cabinet CITADIS, à qui la mission de programmation a également été confiée. Page 115 du rapport ARS, CITADIS figure par ailleurs comme assistant au maître d'ouvrage (AMO).

Si l'hôpital le souhaite, il n'y a pas de contre-indication pour la programmation et la conduite d'opération soient assurées par le même prestataire, en l'occurrence le cabinet CITADIS. En revanche, eu égard à la nature du projet, il sera demandé à l'établissement de conserver la totalité de la maîtrise d'ouvrage à son niveau, et de veiller à la stabilité de l'équipe projet (notamment celle du chef projet et de l'ingénieur travaux) sur la durée complète du projet. Autrement dit, ne pas créer de rupture ou de changement à la tête du projet en limitera les risques et sera gage de sa réussite.

S'agissant des autres ressources internes que l'établissement envisage de déployer, celles-ci ne sont pas mentionnées. Elles devront être adaptées au type de procédure qui sera retenue *in fine* (confère *infra*).

5.3. Programme de l'opération

Sauf pour ce qui concerne le point qui suit, le dimensionnement des surfaces, tant sur les parties neuves que celles qui seront restructurées, ainsi les organisations, distributions des locaux et fonctionnalités n'appellent pas de remarque particulière. A ce stade des études, les ratios de cette réalisation correspondent aux références nationales. Les capacités sont pertinentes et adaptées. Il est vrai que l'utilisation des références de l'ANAP et du logiciel *Ælipce* dans cette phase initiale du projet donne de sérieuses garanties.

Cependant, alors qu'il est envisagé une augmentation sensible de l'activité, notamment en ambulatoire (et donc aussi des consultations) et que les conditions actuelles de stationnement se révèlent déjà compliquées, le programme de l'opération ne prévoit pas de parking supplémentaire sur le site. Cette position est justifiée dans le programme par le fait que l'hôpital est installé dans une zone largement desservie par les transports en commun, ce qui est vrai. Par contre, il est totalement illusoire de penser que patients, consultants et accompagnants utiliseront les transports en commun. Au jour d'aujourd'hui, toute nouvelle réalisation hospitalière comprend l'aménagement d'un parking à raison de 2 places par lit de MCO. Autrement dit, pour ce qui concerne l'hôpital St Joseph, il faudrait que celui-ci dispose *a minima* de 1 500 places de stationnement, idéalement de 1 700 places. Or, même si aucune donnée ne figure sur le sujet dans les documents communiqués dans le dossier, le site ne compte actuellement pas plus de 350 à 400 places (90 places par niveau, sur 3 niveaux, selon l'analyse du bâtiment daté 2000, sur la vue aérienne insérée au PTD page 6).

Les 1 300 places de stationnement manquantes pourraient donc constituer un frein au développement de l'activité du site de St Joseph, et par conséquent remettre en cause l'équilibre économique du projet. De manière à limiter le handicap, l'établissement aura toujours la possibilité de passer un contrat de partenariat avec un ou plusieurs parkings sous concessions dans l'arrondissement, tel que celui du Parc Chanot, et mettre en place en parallèle une navette gratuite entre ces parkings et l'hôpital St Joseph. Mais avant cela, **il est conseillé au maître d'ouvrage de prévoir au programme une variante parking**, dont le financement serait assuré en retour sur investissement par le service payant de cette prestation apportée à la patientèle et aux visiteurs (en extension au service déjà apporté aujourd'hui par l'actuel parking).

5.4. Planning et phasage

Sans doute afin de limiter la durée totale de l'opération, le planning présenté page 19 du rapport ARS et document 23² montre que le maître d'ouvrage prévoit des chevauchements de phases de travaux :

- Début des travaux de désamiantage et de démolition des bâtiments Ste Monique et Labo avant la fin de la première construction neuve, ce qui induit des déménagements de services avant que cette construction ne soit totalement achevée.
- Début de la seconde construction neuve avant l'achèvement des travaux de démolition, où vient justement prendre place cette seconde construction.

Autrement dit, **le planning joint au dossier mérite d'être clarifié, à tout le moins, et si besoin d'être étudié à nouveau afin de garantir la faisabilité du projet.**

5.5. Coûts des travaux

Sur le coût des constructions neuves et des réhabilitations, il est démontré que le projet ne diffère pas fondamentalement des données nationales, en l'occurrence celles des référentiels de l'ANAP et de l'Observatoire des Coûts de la Construction Hospitalière. Sur ce point, le dossier n'appelle donc pas de commentaire particulier.

Par contre, dans le décompte du coût des travaux il est noté une ligne pour le désamiantage des bâtiments qui mérite les observations suivantes. La somme envisagée à ce titre s'élève à 203 790 € et correspondent aux 6 793 m² des bâtiments Ste Monique et laboratoire qui seront démolis, soit très exactement 30 €/m².

² Planning schéma directeur, V1 du 12/10/2014

En la matière, il n'existe aucune référence nationale permettant d'évaluer avec suffisamment de précision la dépense que l'établissement pourrait retenir sans trop de risque. Certes, les diagnostics amiante versés au dossier mentionnent que les contrôles faits ne montrent aucune présence de ce matériau dans les deux bâtiments ; mais il convient de préciser que ces contrôles, visuels uniquement, n'ont été effectués que sur des parties visitables et non occupées des bâtiments. Autrement dit, et comme souvent, les diagnostics n'ont été réalisés que partiellement. Nous citerons, à titre d'exemple, un établissement des Pays-de-Loire, dont un de ses bâtiments, démoli dans l'été 2015, a nécessité des travaux de désamiantage supplémentaires, car le diagnostic préalable réalisé par un contrôleur technique renommé s'était révélé incomplet (présence d'amiante non repérée). Par conséquent, cet établissement a dû engager 277 000 € en plus des 307 000 prévus dans le cadre du marché initial, soit 584 000 au total pour 3 750 m² de planchers (et un ratio de 155 € TTC / m²). Au-delà, il convient de signaler un rapport du Sénat en date du 1er juillet 2014 intitulé « Amiante : des enjeux actuels, relever le défi du désamiantage ». Dans sa partie III-1c, relative aux hôpitaux et structures médico-sociales, ce document précise que « selon les indications fournies par la FHF, alors que le retrait de chantier de dalles de sols s'élève entre 300 et 500 euros du mètre carré, il atteint 800-1 000 euros le mètre carré dans un établissement hospitalier, voire 3 000 € en fonction de certaines contraintes et de leur localisation. »

Dans le cas présent, chantier en pleine agglomération marseillaise et en proximité immédiate de services hospitaliers en activité, la somme retenue par l'établissement dépositaire du projet s'avère très inférieure au besoin réel, car en l'occurrence **elle pourrait dépasser plusieurs millions d'euros. Eu égard, à l'impact financier d'un sujet comme celui du désamiantage de ses bâtiments (sans compter les conséquences sur le planning de l'opération), il est par conséquent recommandé à l'établissement de prendre rapidement toutes les précautions techniques et financières, avant toute poursuite des études de programmation et de maîtrise d'œuvre.** Ces précautions devront également porter sur les bâtiments restructurés, pour lesquels aucune somme n'a été envisagée pour les travaux de désamiantage.

De la même façon, la complexité du projet devrait induire une réserve pour aléas et imprévus plus importante que ce qui est envisagé dans le dossier. En effet, page 93 du rapport ARS, 5 % de tolérance pour phase étude et 5 % pour la phase travaux ont été retenus, ce qui paraît insuffisamment prudent pour ce projet.

5.6. Coûts d'exploitation et de maintenance du bâti et des équipements

A ce titre, quelques indications figurent dans le document 14 « outil financier RSI ». Toutefois, elles restent partielles et trop synthétiques pour qu'une analyse de cet aspect du projet soit faite. Tout juste est-il possible de dire que les dépenses annuelles prévues pour la maintenance « matériel et infrastructure » varient linéairement de 153,8 à 158,8 k€ sur la période 2017 à 2039, soit un ratio maximum de 1,84 €/m² en exploitation qui ne correspond sans doute pas à la réalité d'aujourd'hui. Il y a sur ce point matière à clarifier les données fournies.

5.7. Maîtrise d'ouvrage

La procédure « MOP classique » est retenue dans le dossier, au motif que la souplesse offerte par ce mode d'exercice permettrait de mieux appréhender la complexité du site, de tenir compte plus facilement de la contiguïté des travaux de construction neuve et de réhabilitation/restructuration, des aléas nombreux sur un tel projet, et de ce fait de contenir les coûts d'adaptation du programme, et maîtriser les modifications en les limitant à des adaptations mineures.

Pour un tel projet, aussi complexe, en site occupé avec maintien de l'activité hospitalière, les risques (y compris physiques sur les personnes, mais aussi de dérapage du calendrier et du coût des travaux) sont particulièrement élevés. En l'occurrence, retenir une « MOP classique » revient à faire supporter au seul maître d'ouvrage toute la responsabilité de ces risques, sauf à se doter d'une structure technique à la hauteur des enjeux, et encore cela ne serait pas suffisant. En de telles situations, même les CHU, de plus en plus nombreux, ne recourent plus à la « MOP classique ».

Il est par conséquent conseillé au porteur du projet de revoir sa position et de retenir *a minima* la procédure de « conception-réalisation » et dans l'idéal celle de la « conception-réalisation-maintenance ». Sous réserve de contrats véritablement protecteurs du maître d'ouvrage (prévoir l'intervention d'un conseil juridique pour cela), cette procédure de « conception-réalisation-maintenance » permettra à l'établissement de mieux garantir ses délais, les coûts de travaux et d'exploitation, et de faire majoritairement porter les aléas du projet par les titulaires du marché. De surcroît, l'issue de la consultation, qui pourrait sur le mode « dialogue compétitif » permettra de répondre véritablement aux objectifs de « coût global » de l'opération.

6. Soutenabilité financière du projet

Le projet de restructuration de l'hôpital Saint-Joseph à Marseille est une opération qui poursuit et conforte les efforts d'optimisation des ressources engagés par l'établissement.

En effet, cette opération épouse parfaitement les contraintes et les atouts d'un établissement généraliste, dynamique en recherche permanente de la maîtrise des coûts, et qui cherche à anticiper les effets de la tarification à l'activité tout en offrant une prestation de haute qualité à ses patients.

Le montant prévisionnel de l'opération est de 134 468 M€ TDC ; l'investissement est porté en totalité par la Fondation, l'hôpital versant un loyer à la Fondation.

Comme précisé par la Direction de l'établissement, la Fondation soutient l'Hôpital à la fois par une avance de trésorerie pendant la période des travaux, le loyer n'étant facturé qu'à compter de la mise en service des locaux, et par l'attribution d'une subvention annuelle versée à compter de la mise en service des locaux.

Le plan de financement est quant à lui le suivant :

L'autofinancement est de 26,468 M€, le solde soit 108 M€ étant financé par emprunt.

Le montant de l'aide demandé par l'établissement est un soutien en exploitation de 2,5 M€ sur 20 ans permettant de compenser le surcoût du loyer du par l'hôpital en remboursement de l'emprunt contracté par la Fondation, soit une subvention de 50 M€ étalée sur la période évoquée plus haut.

L'inconvénient majeur du projet (et le seul) qui nous est présenté, est sa longueur, 9 années en théorie, ce qui contraindra l'hôpital Saint- Joseph à poursuivre ses activités dans un contexte de travaux, ce qui traditionnellement constitue un handicap pour les établissements de santé.

Toutefois, le dossier présenté contient des lignes de force, lesquelles apportent un éclairage très positif sur la soutenabilité financière de l'opération.

Nous en distinguons plusieurs, que nous développerons ensuite :

- la bonne santé financière de l'institution (établissement très peu endetté, adossé à une fondation), les principaux indicateurs économiques étant rassurants, ce que les rapports du commissaire aux comptes confirment.
- Le caractère prudent des projections présentées, tant du point de vue de l'activité que des prévisions médico-économiques qui en découlent.
- Un redimensionnement capacitaire totalement approprié aux contraintes de la tarification à l'activité, et adapté aux besoins sanitaires du territoire de responsabilité de l'Hôpital Saint-Joseph.

- L'optimisation des moyens une fois les bâtiments définitifs construits : l'établissement gagnera en efficience une fois la restructuration réalisée.

6.1. La bonne santé financière de l'établissement

Etablissement privé, la bonne santé comptable de l'hôpital (et de la Fondation) est certifiée par le rapport du commissaire aux comptes.

L'analyse des principaux indicateurs financiers est satisfaisante quant à la bonne santé économique de l'établissement, la capacité d'auto-financement notamment, qui se situe à un niveau très acceptable, voir enviable par beaucoup d'établissements de sa catégorie.

L'observation des derniers comptes de résultat est compatible avec le projet d'un hôpital qui souhaite se lancer dans une opération d'investissement de grande envergure. Enfin le niveau d'endettement constaté avant le démarrage de l'opération n'obère en rien la projection d'endettement futur.

6.2. Le caractère prudent des projections proposées

L'établissement propose des projections d'activité très prudentes, tant durant la phase de travaux, qu'à l'issue de celle-ci : en effet, l'établissement table sur une activité équivalente à celle constatée aujourd'hui, sans présager d'une activité supérieure lorsque les bâtiments seront rénovés. Seuls les services nouvellement créés (oncologie médicale) ainsi que ceux connaissant un accroissement sensible de leur volume capacitaire (réanimation polyvalente) voient leurs données d'activité estimées à la hausse.

On peut toutefois observer que l'activité de gastro-entérologie est projetée très à la hausse alors que la capacité du service est revue à la baisse (- 3 lits).

L'établissement envisage pareillement une croissance très sensible de l'activité de ses blocs opératoires et de son volume de consultations toutes disciplines confondues, alors que ses entrées en chirurgie demeurent stables.

L'établissement fait donc le pari d'un recrutement davantage tourné vers des patients à plus fort potentiel d'« opérabilité », donc plus rémunérateurs sur le plan budgétaire : parti pris audacieux qu'il faudra tenir une fois le projet abouti, mais qui ne remet que partiellement en cause le parti pris budgétaire envisagé pour le moyen terme.

La multiplication par deux du volume capacitaire de la réanimation polyvalente permet, sur le plan de la logistique purement médicale, de soutenir ce pari.

Il semblerait toutefois que cette évolution, insufflée par l'autorité de tutelle, soit sous-tendue par des gisements de patientèle suffisants.

Il découle de cette projection d'activité prudente une projection budgétaire sur les années à venir crédible, tout en notant à la fois que l'établissement a occulté l'effet prix de la tarification à l'activité sur ses recettes futures, et, qu'en outre, l'hôpital Saint-Joseph fait le pari d'engranger davantage de recettes issues des séjours sur la période, y compris pendant la phase de travaux.

6.3. Un dimensionnement capacitaire réajusté

En complément d'une stratégie très volontariste sur le profil des patients de chirurgie, le re-dimensionnement capacitaire proposé traduit le souhait de l'établissement de s'adapter parfaitement aux règles du jeu imposées par la tarification à l'activité, notamment :

- En lien avec les besoins qui seront nécessaires pour le fonctionnement plus soutenu des blocs opératoires, l'accroissement de la capacité de la réanimation polyvalente comme évoqué plus haut, permettra d'optimiser les recettes issues de la tarification à l'activité.
- La réduction capacitaire importante en hospitalisation conventionnelle (-52 places) avec l'objectif patent d'optimiser la capacité existante en hospitalisation de jour, chirurgie comme médecine, et de poursuivre ainsi la dynamique engagée depuis plusieurs années.

La création d'un secteur endoscopique dédié de 15 places en est un bon exemple.

- L'adaptation des capacités aux données d'activité constatées sur les derniers exercices est également une action d'optimisation que l'établissement a engagée: ainsi la maternité par exemple voit sa capacité réduite de 18 lits, tout en projetant une activité similaire à l'issue de l'opération de construction / rénovation.
- L'implantation de l'activité de dialyse (société Diaverum), l'hôpital s'adaptant à ce partenariat en augmentant le nombre de lits de néphrologie (+ 2 lits).
- Le rapatriement sur le site de l'hôpital d'une structure de soins de suite et de réadaptation, lequel permettra, par la proximité de ces lits d'aval, d'améliorer le taux de rotation des patients sur les lits de court séjour, socle indispensable à l'optimisation des recettes en tarification à l'activité.

6.4. Des gains d'efficience certains

Nous venons de voir que le projet présenté permettait à l'hôpital Saint-Joseph d'accroître de manière sensible l'optimisation de ses moyens, en réajustant finement son dimensionnement capacitaire, et ce, en accord avec l'autorité de santé régionale pour des disciplines sensibles (réanimation, oncologie).

Si l'on observe à présent les retours d'efficience que permet le parti-pris architectural, on peut constater que les choix réalisés par l'établissement sont judicieux et entraînent avec eux des effets positifs tant sur l'accroissement des recettes que sur la maîtrise des dépenses.

- Le regroupement d'activités aujourd'hui éclatées est un outil d'optimisation des moyens indéniables: le projet prévoit de regrouper l'ensemble du plateau technique de l'établissement: l'imagerie, les blocs opératoires (et des sites d'anesthésie), l'ensemble des lits de chirurgie ambulatoire (et de médecine ambulatoire en partie).

Ce regroupement d'activités dont les échanges mutuels sont denses et constants, permet une rationalisation des ressources humaines, source future d'économies budgétaires plus que probables.

- S'agissant des secteurs d'hospitalisation, la constitution d'unités de soins de taille cohérente permet de ne pas disséminer les moyens humains mis à disposition, tout en préservant la qualité de la prestation rendue.

- le projet est également soucieux d'offrir non seulement des bâtiments neufs et rénovés mais aussi d'accroître sensiblement la qualité de l'offre dans un territoire très concurrentiel: ainsi la proportion de chambres à 1 lit devrait passer de 40 à 80 %.

Toutefois, l'insuffisance flagrante de places de parking pour les consultants et visiteurs est préjudiciable au projet, la présence du métro dans une relative proximité ne pouvant contrebalancer ce handicap extrêmement pénalisant.

7. Synthèse sur le projet

La contre-expertise souhaite souligner l'intérêt stratégique du projet de modernisation de l'hôpital Saint Joseph et la qualité du dossier tant sur le plan des pièces fournies par l'établissement que sur celui de l'utilisation d'outils ayant permis à l'établissement de produire un projet très satisfaisant.

La contre-expertise souhaite toutefois apporter les recommandations suivantes :

1 / Il serait préférable de réaliser cette opération d'importance sous forme de conception – réalisation – maintenance, notamment à un moment où le Directeur Général partira en début ou en cours de projet. De plus la maîtrise des délais du projet est un élément clef pour éviter que des patients aillent dans d'autres centres récemment ouverts compte tenu de la longueur des travaux sur un site occupé.

2 / Le parking est largement sous-évalué et il est probable qu'une solution devra être trouvée en cours de projet ou à la fin, éventuellement en concession pour éviter de déséquilibrer financièrement le projet.

3/ Le projet médical devra d'avantage tenir compte de la dimension domicile du patient, notamment l'HAD, pour favoriser l'organisation des filières gériatriques et post urgence, qui est congruante avec la réorganisation des lits de SSR sur le site.

La demande de financement émane d'un établissement sain sur le plan des ratios économiques et financiers, et qui a le mérite de présenter une projection prudente de ses activités et de fait, de ses ressources futures.

Le projet vient amoindrir ses indicateurs économiques et financiers sans pour autant fragiliser les équilibres essentiels.

L'optimisation des disponibilités capacitaires est astucieuse et cohérente avec les règles du jeu imposées par la tarification à l'activité, de même que le parti pris architectural, qui accompagne et épouse parfaitement la recherche d'optimisation des ressources poursuivie par l'établissement.

La demande d'accompagnement (2,5 M€ pendant 20 ans) souhaitée par l'établissement doit être satisfaite en ce qu'elle accompagne de façon positive un établissement vertueux en recherche permanente d'efficacité et qui ne sollicitera pas d'aide publique en retour à l'équilibre à court et moyen terme.

La contre-expertise propose de verser ce soutien dans son intégralité à la condition que l'établissement intègre la problématique des parkings dans son projet.