

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-économique

du

Projet de reconstruction du CHU de Rouen

24 octobre 2014

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 8^{ème} projet de reconstruction d'hôpital.

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. Présentation du projet	4
2. Offre de soins et dimensionnement	6
2.1. La cohérence du projet avec l'offre de soins régionale	6
2.2. La cohérence du projet avec le schéma régional d'investissement en santé	6
2.3. La cohérence par rapport aux évolutions de la population et de son état de santé	7
2.4. L'opportunité du projet par rapport à la place du CHU dans la région	7
2.5. Le dimensionnement capacitaire du projet à l'horizon 2025	7
2.6. Le projet d'établissement	8
2.7. Le respect du contrat de retour à l'équilibre	9
3. Immobilier	10
3.1. Le site restructuré	10
Nouveau bâtiment chirurgico / ambulatoire	10
Surélévation de l'Anneau Central	11
Restructuration du bâtiment F. Dévé	11
3.2. Le dimensionnement du projet	12
3.3. Les coûts	12
3.4. Les délais	13
3.5. Les forces du projet	13
3.6. Les faiblesses du projet	13
3.7. Conclusion	14
4. Soutenabilité financière du projet	15
4.1. Des ressources plus importantes	15
a) Les variations de capacités et l'extension du plateau technique	15
b) La limitation du nombre de journées	16
c) Accroissement sensible du nombre de séjours	16
4.2. Des coûts maîtrisés	16
4.3. Atouts et points de vigilance	17
a) Les atouts du projet	17
b) Les points de vigilance	18
Conclusions	20

1. Présentation du projet

Le présent projet concerne la construction du « Nouvel hôpital Charles-Nicolle » du centre hospitalo-universitaire de Rouen.

Le site hospitalier en question constitue l'implantation principale du CHU de Rouen et la reconstruction prévue vise à organiser la concentration des activités de médecine – chirurgie – obstétrique de l'ensemble.

Le CHU compte aujourd'hui 1 686 lits et places MCO. L'opération en affectera 1 085 (capacité actuelle).

Le site de Bois Guillaume, ainsi libéré par la densification de Charles-Nicolle, sera destiné à la réadaptation, aux soins de suite et à l'éducation thérapeutique.

Trois tranches composent cette opération :

- la construction d'un bâtiment de blocs opératoires, de chirurgie ambulatoire et de consultations pour un montant de 48 297 750 € auxquels il faut ajouter des travaux préparatoires pour 2 M€ ;
- la surélévation et la restructuration du bâtiment dénommé « anneau central » qui accueillera les activités de réanimation et de surveillance continue pour 36 188 175 € ;
- l'humanisation d'une partie de l'hospitalisation, bâtiment « Félix-Dévé » pour 35 400 312 €.

C'est donc une opération de 121 886 233 € TDC (valeur juin 2014) dont la fin devrait se situer en 2022 qui est présentée par le CHU de Rouen. Ceci représente une valeur de 138,011 Me en valeur fin de chantier. Il faut y ajouter les équipements et système d'information qui portent cette opération à 144,067 M€.

Le CHU est constitué de cinq sites hospitaliers :

- Charles Nicolle : 222 000 m², MCO de 1 253 lits
- Bois Guillaume : 43 251 m², MCO et SSR de 579 lits
- Saint Julien : 22 495 m², urgences de proximité, MCO, USLD, et EHPAD de 342 lits
- Oissel : 9 658 m², SSR et USLD de 131 lits
- Boucicaut : 7 622 m², USLD et EHPAD de 150 lits.

Le CHU emploie 9 900 personnes.

Le projet présenté par le CHU de Rouen s'inscrit dans un plan de rationalisation et de modernisation de l'ensemble des installations hospitalières du CHU de Rouen touchant principalement les deux sites Charles Nicolle et Bois Guillaume.

Le Projet Médical et le Plan Directeur ont conduit l'établissement à faire les choix suivants :

- Dans une première phase, restructurer, moderniser et redimensionner l'hôpital Charles Nicolle » afin d'y accueillir les services de court séjour, actuellement positionnés sur le site de Bois Guillaume.
- Structurer les activités de court séjour en fonction des modes de prise en charge.
- Réaliser le regroupement des activités externes (consultations, explorations) et hôpitaux de jour.
- Développer la chirurgie ambulatoire.
- Favoriser la constitution d'un plateau technique lourd mutualisé
- Améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients hospitalisés, en supprimant notamment les chambres à trois lits vétustes du site de Bois Guillaume. Le site de Bois Guillaume deviendra un établissement de soins de suite polyvalent.

Cette recomposition a été précédée, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, de la construction d'un bâtiment (Dévé 2) en prolongement du pavillon Dévé existant pour augmenter les capacités d'hospitalisation du site et permettre, dans la présente phase, la restructuration du bâtiment F. Dévé.

De même pour libérer des espaces dans l'Anneau Central, dans la perspective du projet du futur plateau technique, un bâtiment regroupant les laboratoires a été construit également au titre du plan Hôpital 2007.

Les différentes phases du projet constituent donc une continuité de la réflexion d'évolution spatiale du CHU engagée dès 2007.

Il est évidemment trop tôt pour structurer un plan directeur pour les établissements non touchés par la présente restructuration mais la réflexion devra être menée.

2. Offre de soins et dimensionnement

2.1. La cohérence du projet avec l'offre de soins régionale

Dans son rapport de juillet 2014, l'agence régionale de Santé de Haute Normandie a mené une analyse de la cohérence du projet avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Il ressort plusieurs points qui confortent la pertinence du projet dans l'offre de soins régionale :

- le CHU établissement de référence régionale : en terme de soins techniques complexes, le CHU accueille la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la neuroradiologie, les transplantations d'organes et la réanimation pédiatrique de la région. Il constitue le pôle régional de cancérologie avec le centre anti cancéreux ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire proposé au cœur de ce projet va dans le sens de la politique de santé nationale et régionale. La cible régionale de 65 % au terme du SROS sera respectée par le CHU ;
- la densité en équipements de réanimation médico-chirurgicale est de 4,4 lits pour 100 000 habitants en Haute Normandie pour une moyenne nationale de 6,9 en 2012. En surveillance continue, cette densité est de 6,94 comparée à 9,07 pour la France. Le projet contribuera en partie à combler le déficit régional et s'inscrit en cohérence avec les objectifs du SROS PRS. Ce déficit d'offre de soins est constaté également en chirurgie cardiaque avec un taux de fuite de 33 % vers l'Ile-de-France.

L'augmentation des capacités de réanimation et le renforcement des équipements du plateau technique (salle d'opération hybride notamment) est également conforme aux directives du SROS.

2.2. La cohérence du projet avec le schéma régional d'investissement en santé

Le coût des travaux présentés par le CHU de Rouen représente 35,64 % du total des investissements régionaux du schéma.

Si l'ARS l'a retenue comme première priorité régionale, c'est pour mettre aux normes et permettre la poursuite et le développement de l'activité hospitalière de l'établissement de référence de Haute Normandie. Mais c'est également pour constituer un pôle d'attractivité des professionnels de santé dans cette région.

Cette rénovation poursuit les programmes précédents réalisés au CHU dans le cadre d'hôpital 2007.

2.3. La cohérence par rapport aux évolutions de la population et de son état de santé

Les travaux présentés par l'ARS font état d'un contexte défavorisé en matière de santé sur les 1,8 millions d'habitants de la région.

Le taux de chômage est important, ceux des bénéficiaires des minima sociaux et de la CMU sont supérieurs aux moyennes nationales.

La situation sanitaire montre une surmortalité générale de 8 % par rapport à la moyenne nationale allant jusqu'à 16 % pour la tranche d'âge en dessous de 45 ans.

Sur le territoire dit « Rouen Elbeuf » et « Dieppe », les caractéristiques sont les mêmes avec quelques facteurs aggravants. Ce sont une surmortalité par cancer des plus de 75 ans sur le territoire de Dieppe due à une surconsommation d'alcool et une offre hospitalière peu élevée et une des plus fortes mortalités par cardiopathies sur Rouen Elbeuf.

Les évolutions démographiques, par tranche d'âge, confirment à elles seules, selon l'ARS, les hypothèses de progression d'activité retenues dans le projet.

2.4. L'opportunité du projet par rapport à la place du CHU dans la région

Le taux de fuite global de la région Haute Normandie est de 10,5 %. Sa résorption concerne surtout les spécialités (cf *supra* pour la chirurgie cardiaque).

L'évolution d'activité du CHU depuis 2009 est en moyenne annuelle de 3,3 % dont 2,2 % sur les activités concernées par le projet.

Ces éléments confortent les hypothèses retenues dans le projet.

La concurrence sur le territoire de santé est essentiellement portée par quatre cliniques de l'agglomération de Rouen. Deux cliniques en particulier représentent 60 % de l'activité du CHU, en progression depuis 2009.

La rénovation qui doit s'accompagner d'organisation et de ressources médicales adaptées doit permettre d'inverser la tendance.

C'est un enjeu majeur de cette opération.

Ainsi, le projet qui prévoit une évolution annuelle d'activité de 0,69 % (dont 1,06 % pour la chirurgie) apparaît cohérent sur les points suivants :

- prévisions de dépenses d'Assurance maladie ;
- dynamique d'activité du passé ;
- prévision d'activité ambulatoire.

2.5. Le dimensionnement capacitaire du projet à l'horizon 2025

En matière de chirurgie ambulatoire, la progression annuelle sera de 1,73 % et permettra de passer d'un taux de 23,2 % à 54,5 % toutes spécialités confondues.

Cependant la part de marché du CHU sur sa zone d'attractivité est de 11,6 % en 2012, ce qui laisse des marges de progression.

En capacité, le CHU passe de 83 places en 2012 à 122 places en 2025.

Cette évolution, pour importante qu'elle soit, reste limitée en regard de la part de marché qu'elle représente. Une interrogation se pose sur la faisabilité d'une politique de développement plus déterminée sur la pénétration du marché au détriment des acteurs environnants qui contribuerait à améliorer encore la rentabilité de ce projet d'investissement majeur pour la région. C'est l'un des points qui semble encore à faire progresser.

Pour ce qui concerne les soins critiques (surveillance continue, soins intensifs, réanimation), la capacité passe de 154 lits à 176 lits, cohérente avec les éléments cités supra.

L'opération consiste également à optimiser les blocs opératoires, avec un objectif de 36 salles d'opération en cible sur quatre sites. Trois salles de chirurgie cardiaque seront partagées avec une clinique.

Actuellement, il y a 44 salles d'opérations réparties sur 11 sites.

Le gain d'organisation et le regroupement proposés apportent une optimisation de 8 salles et 7 sites opératoires.

L'ARS confirme 100,9 ETP de gains de personnels sur l'ensemble de l'opération.

Ce décompte intègre un gain de 184,9 ETP et un renforcement en personnels de 84 postes (70 postes pour satisfaire à des obligations réglementaires et 14 pour soutenir l'ambulatoire).

Ces chiffrages seront probablement à réviser, par exemple à la fin de chaque tranche de réalisation.

Au global, cohérent avec le besoin de santé, performant en organisation et en moyens et non concurrent avec d'autres projets régionaux, ce projet est donc soutenu sans réserve par l'ARS Haute Normandie.

2.6. Le projet d'établissement

Le projet 2013-2017 s'articule autour de sept axes stratégiques :

- « vers une éthique de la prise en charge qui garantit la pertinence des soins ;
- conforter nos missions universitaires dans une exigence de qualité ;
- répondre aux priorités de santé publique et s'ouvrir sur notre environnement ;
- qualité du parcours de soins et qualité au travail pour un service de qualité ;
- mieux utiliser nos ressources ;
- développer un management dynamique ;
- mieux évaluer nos pratiques dans un souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. »

Bâti autour d'un diagnostic sans concession, chaque axe est décliné en objectifs pragmatiques recherchant la cohérence d'action et l'amélioration du service rendu au patient.

Le projet d'investissement présenté ici est au cœur du projet d'établissement qui l'intègre dans toutes les dimensions de reconfiguration d'activités et de mode de gestion.

Notamment le sujet d'attractivité pour les médecins est posé. C'est un enjeu majeur. Peut-être mériterait-il cependant d'être plus développé au vu des enjeux de soutien à ce projet d'investissement qui passe par le renforcement de la ressource médicale.

2.7. Le respect du contrat de retour à l'équilibre

Le bilan de l'exécution du plan de retour à l'équilibre 2009-2012 réalisé en novembre 2011 montre un respect global des engagements pris par le CHU de Rouen.

L'effort en personnel n'était lui atteint qu'à 61 % des objectifs fixés pour les années 2009- 2010 - 2011.

Ceci amène donc à proposer que les aspects majeurs de respect des engagements en matière de gain de personnel qui justifient ce projet soient audités régulièrement et conditionnent le déclenchement des deux dernières tranches du projet d'investissement proposé.

3. Immobilier

3.1. Le site restructuré

L'hôpital Charles Nicolle comprend actuellement :

- Le pavillon Derocque
- L'anneau central, accès principal de l'hôpital
- Les pavillons Dévé 1 et Dévé 2 avec l'accès des urgences.

Les constructions neuves concernent un nouveau bâtiment, dit bâtiment chirurgico ambulatoire en bordure Nord du site et relié à l'anneau central, ainsi que la surélévation de l'anneau central.

Le schéma prévu témoigne de la volonté de recentrer le plateau technique lourd sur plusieurs niveaux, dans l'Anneau Central et dans le nouveau bâtiment de chirurgie ambulatoire, et d'affecter les étages des pavillons Dévé et Derocque aux Pôles cliniques (hospitalisation essentiellement), en contiguïté avec ce plateau technique.

Les pôles cliniques occupant les étages de Félix Dévé correspondent à des disciplines dont une partie significative de l'activité est assurée *via* l'accueil des urgences.

Cette restructuration est conçue en trois tranches fonctionnelles et cohérentes :

- la construction d'un nouveau bâtiment pour y implanter les blocs opératoires adultes, une unité dédiée à la chirurgie ambulatoire, des consultations reliées à l'Anneau Central, aisément accessibles depuis le centre-ville de Rouen pour les patients.
- la restructuration et surélévation de l'Anneau Central pour y regrouper l'ensemble des lits de réanimations médicale et chirurgicale adultes ainsi que ceux de surveillance continue associés.
- l'humanisation, la réorganisation et la mise aux normes hôtelières du pavillon Félix Dévé pour accueillir les unités d'hospitalisation rénovées et regroupées, dans un nouveau dimensionnement.

Nouveau bâtiment chirurgico / ambulatoire

Le nouveau bâtiment de chirurgie ambulatoire, construit le long de la rue Eau de Robec, accessible directement par cette voie, sera relié par passerelle à l'Anneau Central et comprendra :

- Au rez-de-jardin, des parkings et surfaces dédiés à la logistique, constituant une réserve foncière,
- Au rez-de-chaussée, des consultations centralisées et un accueil spécifique,
- Au 1^{er} étage, 8 salles d'opérations ainsi qu'une SSPI modulable,
- Au 2^{ème} étage, un étage technique,
- Au 3^{ème} étage, 9 salles d'opérations ainsi qu'une SSPI modulable,

- Au 4^{ème} étage, un bloc de 6 salles + 2 salles d'endoscopie, intégrant une zone de 12 fauteuils, dédiées à la chirurgie ambulatoire.
- Au 5^{ème} étage, un espace d'hospitalisation ambulatoire de 36 places.

Surélévation de l'Anneau Central

L'anneau central surélevé de 2 niveaux comprendra :

- au rez-de-jardin, la stérilisation, l'imagerie lourde structurée en 3 ensembles de spécialités : neurologie, digestif et ostéo articulaire. Ce plateau déjà existant est hors opération d'investissement ;
- au rez-de-chaussée, l'accueil principal, des consultations centralisées et une unité de radiologie conventionnelle, unité existante, hors opération de travaux ;
- au 1^{er} étage : les unités de réanimation chirurgicale et neurochirurgicale avec les lits de surveillance continue associés.
- au 2^{ème} étage : les unités de réanimation médicale et les lits de surveillance continue associés
- au 3^{ème} étage : des unités d'hospitalisation.

Les travaux de l'Anneau Central, consistent donc à restructurer lourdement le 1^{er} étage, et à le surélever de 2 niveaux.

Cette surélévation est possible, sans reprise de structure en sous œuvre, car ce bâtiment possède sur sa terrasse une voie d'accès pompiers au pavillon F. Dévé, qui sera déplacée par la création d'une nouvelle rampe.

Restructuration du bâtiment F. Dévé

Le pavillon F. Dévé est un bâtiment de 12 niveaux.

Tous les niveaux, en dehors du rez-de-jardin qui accueille les urgences, restructurées en 2007 avec la construction de Dévé 2 et du 8^{ème} étage qui abrite des locaux tertiaires, seront restructurés. Les cages d'escaliers et d'ascenseurs sont conservées. Les menuiseries extérieures sont remplacées, les façades ravalées, les infrastructures techniques sont rénovées.

Les étages d'hospitalisation seront composés de 2 unités de 30 lits décomposés en 2 sous unités avec, au centre, des locaux mutualisés. Elles comprennent 20 à 22 chambres à 1 lit et 4 à 5 chambres doubles, toutes équipées de salle de bain (actuellement la proportion de chambres individuelles n'est que de 30 %).

Les chambres d'hospitalisation de jour peuvent être transformées en espaces fauteuils en fonction des évolutions des prises en charges ambulatoires, de l'augmentation de l'activité, de l'évolution des prises en charges.

Chaque tranche de travaux est conçue pour maintenir l'activité, la fin de l'opération aboutira au regroupement des activités de courts séjours sur un site unique : Charles Nicolle.

3.2. Le dimensionnement du projet

Le dimensionnement est établi en référence aux normes ANAP (bases Oscimes et AElipce) avec un écart relativement faible vis-à-vis des seuils requis (m² par lit par exemple) s'agissant pour moitié d'opérations en site existants et occupés.

A titre d'exemple le ratio global concernant l'hébergement ressort à 36,16 m²/lit pour une cible du référentiel située entre 32 et 38 m²/lit.

Au total il s'agit de construire ou restructurer 47 954 m² sur les trois phases, avec un rapport, acceptable au regard des référentiels, de 1,4 entre surfaces dans œuvre et surfaces utiles.

Les opérations du bâtiment chirurgico ambulatoire et de la surélévation de l'anneau central ont déjà fait l'objet d'un programme technique détaillé très complet et d'excellente qualité.

La procédure suivie, à savoir la loi MOP apparaît la plus adaptée pour un délai de réalisation aussi long. Il faut éviter de s'enfermer dans un contrat complexe avec des partenaires liés entre eux et qui ne seront peut-être pas à même de tenir leurs engagements sur la durée.

3.3. Les coûts

Les coûts sont en concordance avec les ratios publiés par l'ANAP et le référentiel de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière.

Ils se décomposent comme suit :

- le bâtiment chirurgico ambulatoire : 48,3 M€ TDC
- la surélévation de l'anneau central : 36,2 M€ TDC
- la restructuration du bâtiment Duvé : 35,4 M€ TDC
- les travaux préalables : 2 M€

Soit un total de 121,9 M€ pour les 1 085 lits et places objet de la restructuration sur un total de 1 686 lits.

Les éléments relatifs aux aléas, prestations intellectuelles, assurances, révisions de prix sont bien pris en compte.

Le prix moyen des trois phases ressort à 2 542 €/m² TDC, soit un montant réaliste et acceptable pour des opérations du même type, inférieur aux ratios standard aux alentours de 3 000 €/m².

Le projet décline les comparaisons entre coûts du projet et coûts ANAP par type d'activité.

Le montant moyen des crédits de paiement associé est de l'ordre de 13,5 M€/an alors que l'investissement immobilier pour maintenir le patrimoine existant est de 7 M€ par an ; le décaissement nécessaire est détaillé année par année.

Le plan de financement de l'investissement proposé est constitué pour 40 % de l'autofinancement, pour 46 % de l'emprunt et pour 14 % de subvention FMESP.

L'encours de la dette dépassera les 30 % à partir de 2017/2018, allant jusqu'à 39,3 % en 2022/2023 pour revenir à son niveau actuel en 2026.

Les coûts induits :

- Le coût des mises aux normes des bâtiments existants, qui représentent une contrainte très forte dans l'hospitalier, a été estimé à un montant réaliste de 95,6M€ ; c'est un coût évité par cette opération.

- Le bilan de surfaces est globalement en hausse de 6 500 m², principalement du fait de l'augmentation des chambres individuelles (de 30 à 70 %) ; cette évolution entrainera des recettes supplémentaires et une attractivité probablement meilleure vis-à-vis de la population.
- Malgré cette augmentation de surfaces exploitées et une amélioration du confort thermique, les performances énergétiques de l'ensemble du CHU seront améliorées entraînant un maintien des dépenses énergétiques.
- Les 21 000 m² libérés à Bois Guillaume vont faire l'objet d'une cession foncière d'une parcelle de l'établissement.

Le montage complexe de l'ensemble de l'opération et les rocadés mises en place ont pour objectif de maintenir l'activité. Il ne peut en être autrement sur une si longue période.

Une seule difficulté technique apparente peut influencer sur le coût : la faisabilité de la surélévation de l'anneau central. Ceci constituera un point de vigilance particulier.

3.4. Les délais

Les délais prévus de chacune des phases apparaissent réalistes si ce n'est que le démarrage des opérations ne se fera pas à la date prévue : septembre 2014.

Le planning des trois phases nous amène à 2023, avec une mise en service tous les deux ans des phases successives.

3.5. Les forces du projet

- une réflexion sur la durée
- une meilleure organisation de l'offre de soins en regroupant les activités
- un projet très marqué par une ouverture sur les activités ambulatoires
- une volonté de supprimer des secteurs vétustes et indignes.
- un dossier déjà avancé sur la programmation architecturale, gage de maîtrise des aléas techniques et financiers.
- Une équipe de maîtrise d'ouvrage étoffée (8 ingénieurs et 5 techniciens spécialisés) ayant déjà mené avec succès - coûts et délais respectés - le plan « hôpital 2007 ».

3.6. Les faiblesses du projet

- une durée d'exécution longue : trois phases de travaux sur 9 ans. Recommandation : prévoir une revue de projet à mi-parcours, avec des points d'étape réguliers pour piloter dans la durée.
- en vigilance : la vérification de la réalité de la subvention de 29 M€ qui est un des piliers de la soutenabilité financière.
- l'évaluation plus fine, mais en temps voulu, du montant de la cession immobilière prévue (30 000 m²).

3.7. Conclusion

Le dossier apparaît très documenté et pertinent.

Le projet qui s'appuie sur les référentiels nationaux en matière de construction, affiche des performances acceptables sur l'utilisation des espaces, de coûts de construction et d'organisation du projet.

Il avance des objectifs assurés sur les questions de technicité des services, de confort des patients, et de maîtrise des coûts d'exploitation.

Les points de vigilance retenus :

- la gestion du projet dans la durée
- la faisabilité à un coût acceptable de la surélévation de l'anneau central
- la valorisation des cessions
- la pérennisation de la subvention prévue.

4. Soutenabilité financière du projet

Le CHU de Rouen s'est engagé depuis plusieurs exercices dans une démarche vertueuse pour retrouver les équilibres budgétaire et financier et dégager les marges de manœuvre suffisantes pour poursuivre et achever la recomposition de son offre hospitalière lui donnant la possibilité de consolider les résultats acquis.

Le financement de l'opération, soit 144,067 M€ (dont 6 M€ d'équipements et mobiliers) proposé est le suivant :

Auto-financement :	57,114 M€
	(dont cession d'actifs : 10 M€)
Part de l'emprunt :	66,653 M€
	(dont part aidée par l'Etat : 8,7 M€)
Subvention Etat :	20,3 M€

Ceci étant posé, l'objet de la contre-expertise, dans son volet financier, est de s'assurer que le CHU de Rouen dispose, dans la durée, des ressources suffisantes pour conduire son projet à terme dans des conditions ne remettant pas en cause le maintien de ses équilibres budgétaire et financier.

Ainsi sont successivement traitées les éléments d'activité projetés sur lesquels sont assis les prévisions de recettes, T2A notamment, les données budgétaires actuelles et celles prévues pour les court et moyen terme, en exploitation comme en investissement, ainsi que les flux financiers constatés pour la période considérée.

4.1. Des ressources plus importantes

Le CHU de Rouen a opéré au cours des derniers exercices plusieurs actions, lesquelles conduites quasiment de façon concomitante, ont permis de réorienter de façon pertinente l'activité de l'établissement, ce que le projet architectural viendrait confirmer et amplifier.

a) Les variations de capacités et l'extension du plateau technique

Il s'agit là d'un des points clé du redressement opéré par le CHU depuis 2009, directement à l'origine d'une optimisation des recettes par augmentation mécanique de l'activité, ce que le projet architectural consoliderait, notamment :

- Augmentation des lits de l'USIR.
- Création par substitution massive à des lits d'hospitalisation conventionnelle ou de semaine, de places de Chirurgie Ambulatoire et d'Hôpital de Jour : cette action engagée au cours des 4 dernières années est à l'origine d'une croissance sensible de l'activité dans ces secteurs tout en étant source d'économies de ressources.

- Ouverture d'une deuxième salle d'endoscopies digestives, ce qui permet d'accroître les recettes d'une activité probablement génératrice de recettes.
- Ouverture de 9 lits de Médecine Interne Gériatrique couplée à la transformation de 70 lits MCO en lits SSR en 2010, ce qui permet de désengorger les services dits « d'aigu » et ainsi accroître le taux de rotation dans ces services, conséquence positive pour les recettes acquises en tarification à l'activité.
- Centralisation de consultations externes sur un même plateau (trois disciplines concernées).

b) La limitation du nombre de journées

laquelle permet un rapprochement sensible vers les valeurs cibles en matière de durées de séjour, ce qui améliore de façon très significative l'indicateur de performance, puisque celui-ci n'est désormais plus très éloigné de la valeur (moyenne nationale) dite « standard ».

Cet élément est capital en matière d'optimisation des ressources du CHU, dans le cadre de la tarification à l'activité, puisqu'il améliore mécaniquement le montant du chiffre d'affaires.

c) Accroissement sensible du nombre de séjours

Au-delà d'une augmentation très nette de l'activité comptabilisée en séjours, il est important de souligner que cette augmentation, apparaît comme structurelle, parce-que assise sur une base solide, les modifications capacitaires mises en œuvre par la direction de l'établissement.

On peut toutefois noter qu'un certain nombre d'augmentations d'activité semblent plus conjoncturelles, sans pour autant remettre en cause la tendance générale (Cardiologie).

S'agissant de l'activité, et en synthèse, l'ensemble de ces évolutions très positives est confirmé par le projet architectural, lequel permettrait de consolider la dynamique insufflée par la direction de l'établissement depuis plusieurs exercices.

4.2. Des coûts maîtrisés

Toutefois, les efforts du CHU de Rouen n'ont pas uniquement porté sur l'accroissement de l'activité mais aussi sur d'autres leviers susceptibles de contribuer au rétablissement durable des équilibres budgétaire et financier.

Ainsi, des efforts de rationalisation importants ont été engagés par le CHU de Rouen afin de redresser une situation budgétaire déséquilibrée, laquelle l'a d'ailleurs contraint à signer en 2009, avec l'ARH un contrat de retour à l'équilibre pour la période 2009/ 2012.

Notons d'ailleurs que les objectifs inscrits dans le CRE en 2009, pour lequel le CHU de Rouen a été soutenu par la tutelle régionale, ont été dans l'ensemble atteints, voir même dépassés pour certains d'entre eux.

C'est donc dans un contexte budgétaire et financier très assaini (retour à l'équilibre budgétaire) que le CHU de Rouen se propose de lancer une grande opération d'investissement, laquelle vient confirmer l'inflexion stratégique et financière amorcée dans le plan de retour à l'équilibre.

A ce titre, si nous avons pu constater précédemment que le projet architectural CHU de Rouen permettait de présenter une relance dynamique, solide et structurée de son activité, l'établissement s'est aussi attaché à améliorer l'optimisation de ses ressources, dans l'élan du plan de retour à l'équilibre.

Les gains attendus du recentrage des activités de court séjour induit par le projet architectural apparaissent comme très significatifs, puisque la direction du CHU les estime à 184,5 postes, dont 103,3 postes pour la seule réduction des capacités d'hospitalisation².

La restructuration des Blocs Opératoires permet quant à elle d'optimiser la ressource à hauteur de 46 postes, celle des consultations externes de 12 postes.

Cependant, des surcoûts apparaissent, lesquels sont étroitement liés à des créations de lits mises en œuvre afin de satisfaire la vocation régionale du CHU : ainsi ce sont plus de 92 postes Equivalents Temps Plein qui viendront en appui des évolutions capacitaires de la Chirurgie Cardiaque, de la Réanimation-Surveillance Continue et du Secteur Ambulatoire.

Le solde des Ressources Humaines avant/après projet demeure toutefois positif, de 100 postes environ ; en conséquence, la projection d'efficience présentée par l'établissement dans le cadre de son projet architectural peut être globalement validée.

Quant aux gains attendus en termes de recettes, le projet présente des garanties de pérennité : il consolide la mise en œuvre de mesures structurelles relativement aux capacités, ce qui devrait permettre au CHU de Rouen de demeurer dans des niveaux d'activité permettant de valider les projections de recettes T2A, lesquelles paraissent raisonnables (prévision de stabilité des tarifs, même si certaines analyses, faites pour d'autres établissements, projettent un recul de 1 % de ces mêmes tarifs).

Ainsi, dans le projet architectural seront mises en place les modifications structurelles suivantes, lesquelles garantissent l'optimisation de la ressource :

- la mutualisation et la centralisation du plateau technique, soit blocs, imagerie et consultations externes notamment, ce qui laisse envisager de substantielles économies par rapport à la situation actuelle.
- L'optimisation de la pratique ambulatoire, chirurgie ambulatoire comme hôpital de jour : cette organisation qui correspond à la pratique contemporaine pour de nombreuses disciplines, présente deux avantages majeurs : elle peut permettre de faire venir dans un CHU rénové une clientèle nouvelle qui préférerait se tourner vers l'offre privée parce qu'elle ne trouvait pas à l'hôpital public ce type de prestation (action sur les recettes), et elle dynamise, par la mutualisation et l'optimisation des coûts de production qu'elle implique, une action forte sur la consommation de ressources.
- Des surfaces et donc des coûts optimisés (entretien du bâtiment, nettoyage des locaux, brancardage, etc.) non négligeables.
- Des unités d'hébergement rénovées, standardisées et surtout modulables.

4.3. Atouts et points de vigilance

Sur les plans budgétaire et financier, le projet valide et confirme un plan d'actions structuré et ambitieux, même si quelques signaux incitent à demeurer vigilant dans son exécution.

a) Les atouts du projet

- Sur le plan architectural, le projet est évolutif, et se décompose en plusieurs phases, avec la possibilité (technique) de stopper ou ralentir le projet à l'issue de chacune des phases, apportant ainsi la garantie de pouvoir maîtriser le projet si les conditions financières de le réaliser en totalité (ou d'un seul jet) n'étaient, à terme, plus réunies.

² Les chiffrages sont ceux du CHU, qui diffèrent légèrement de ceux de l'ARS rappelés en page 9.

- L'évolution de l'ensemble des recettes suit une évolution linéaire, les produits T2A connaissant quant à eux sur la période un accroissement important (modifications de structure, activité en hausse sensible et durable...).

Notons toutefois que, si, sur le principe, ces augmentations de recette ne sont guère contestables, elles traduisent probablement une version "haut de la fourchette" de la prévision d'activité à court et moyen terme.

- Les gains d'efficience qu'induit le projet ne sont guère contestables, puisque le projet architectural se promet de regrouper sur un site unique la quasi-totalité des ressources de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, de même que son plateau technique (Blocs Opératoires, Imagerie et Consultations Externes notamment) : de fait, à ressources induites supérieures, les coûts en personnels, notamment non médicaux, suivront une courbe de progression plus faible.
- Autre point fort du projet, la politique de ressources humaines, laquelle, en raison de la durée de réalisation du projet, pourra être conduite progressivement (non remplacement des départs en retraite et redéploiements), et laisse envisager de faibles répercussions quant au climat social de l'établissement.
- Par ailleurs, l'avantage de ce regroupement des activités de court séjour sur un site unique, situé en centre-ville permet d'offrir à l'utilisateur un "guichet unique": absence de déplacements inter-site multiples (souvent une faiblesse pour les CHU), prestation à forte plus-value ajoutée (avance technologique, qualité des prestations soignantes et hôtelières, sécurité des soins) en comparaison de ce que proposeront leurs concurrents du privé.
- Les indicateurs financiers sont corrects si l'on valide les hausses d'activité projetées (ce que nous avons fait) sans modification des tarifs T2A, ce qui paraîtra à certains comme une vision optimiste de l'avenir.

La marge brute, laquelle amorce une période de décrue sensible durant le cœur de la phase de travaux, retrouve de la consistance lorsque le CHU est censé engranger les produits issus de la réalisation de son projet, l'aide financière en crédits reconductibles promise par l'Etat venant opportunément soutenir l'établissement durant la période.

Le résultat comptable est lui aussi sensiblement affecté de ce lourd investissement durant la même période, (sans que, pour autant, les indicateurs de trésorerie ne montrent de signaux alarmants), et l'établissement retrouve des marges plus confortables à compter de 2022, lorsque l'établissement pourra profiter de son investissement en totalité.

La capacité d'auto-financement se reconstitue après la période correspondant aux lourds décaissements auxquels le CHU devra faire face durant la phase de travaux, l'établissement conservant, à l'issue de la réalisation de son projet, sa capacité future à investir sans dépendre de soutiens financiers externes.

b) Les points de vigilance

- **L'endettement sur le moyen et long terme** est le premier point de vigilance de ce projet, puisque l'indépendance financière dépassera les 50 % à mi-projet, et n'offre pas la garantie de retrouver des niveaux plus rassurants dans la deuxième partie des années 2020.
- L'encours de la dette sur le total des produits atteint lui aussi des niveaux à surveiller dans les 10 ans qui suivront le projet, sans que nous ne disposions de signaux suffisamment visibles quant à la capacité de l'établissement à inverser la tendance, en particulier dans le cas où l'activité MCO, et donc les recettes issues de la tarification à l'activité, amorceraient une décrue sensible.

- **L'évolution des dépenses de personnel, notamment non médical**, paraît faible en volume sur la période courant jusqu'à 2025 (3 M€ sur une masse d'environ 200 M€), ce qui implique, en interne, une maîtrise de la masse salariale très rigoureuse, et en externe, la quasi-absence de mesures catégorielles décidées par le niveau national, renchérissant le coût du personnel sans que l'établissement n'ait les moyens de freiner le mouvement puisqu'il s'imposerait à lui.
- Par ailleurs, les créations de poste qui seront opérées dans le cadre de la mise à niveau régionale de l'offre de soins, pour justifiées qu'elles soient, viennent sensiblement gréver les volumes de gains de poste générés par le projet architectural.
- Concernant les postes équivalent temps plein que le projet se promet de réduire, nous ne disposons d'aucun calendrier, même succinct, qui nous donnerait la vision, dans un délai d'une dizaine d'années, du rythme des suppressions de postes: sans cela, il s'avère difficile de parvenir à intégrer leur impact, hormis de façon théorique, dans une projection budgétaire et financière de moyen terme.
- La **cession de l'actif** est valorisée à hauteur de 10 millions d'euros, avec encaissement de la recette en deux exercices en cours de projet : cette cession d'actifs dont le calendrier et le montant de la transaction apparaissent "idéaux", devra probablement être revue, ce qui peut entraîner des conséquences sur la situation de trésorerie de l'établissement, bien que la cession d'actifs ne représente que 7 % du plan de financement.

Si les atouts de ce projet sont considérables, il demeure malgré tout essentiel de ne pas obérer les quelques points de vigilance évoqués précédemment, dont l'endettement de moyen et long terme ainsi que le suivi de la masse salariale, du personnel non médical notamment, semblent les plus préoccupants.

Conclusions

L'opportunité de la solution architecturale projetée par le CHU de Rouen ne fait pas de doute, en ce sens qu'elle permettrait d'affermir la recomposition de l'offre capacitaire déjà engagée depuis quelques années.

Ceci a permis une réorientation pertinente de l'activité et contribue ainsi, en grande partie, au réajustement des équilibres budgétaire et financier de l'établissement.

Le projet architectural présenté, concentre sur un site unique les activités de médecine, de chirurgie, ainsi que celles des plateaux techniques (imagerie, blocs, consultations). Ceci donne l'opportunité à l'établissement d'opérer à la fois une mutualisation de ses moyens, donc une optimisation de l'emploi de la ressource, tout en proposant, sur un même site, modernisé, une offre complète et cohérente.

Le projet apporte globalement une réponse au déficit de l'offre régionale de santé, et ainsi répond aux objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire.

La nécessité de réaliser cette restructuration lourde est réelle. La conduire dès à présent est indispensable, sauf à considérer que le CHU ne pourrait plus être en mesure d'assurer ses missions au niveau d'exigence requis.

Le dossier présenté à la contre-expertise prend en compte les observations formulées par le COPERMO en décembre 2013 : le dimensionnement et le chiffrage du projet s'appuient sur des référentiels nationaux en la matière.

Le montant global d'investissement est de 144,067 M€ toutes dépenses confondues, travaux terminés, sur une durée globale longue qui présente à la fois un avantage et un inconvénient :

- **un avantage** parce qu'elle se découpe en trois phases distinctes : ceci présente l'intérêt d'évaluer la tenue des engagements pris pour la phase précédente, et la pertinence de la phase suivante ;
- **un inconvénient** : puisque une incertitude pèse sur le coût global du projet et sur le niveau de recettes projeté.

Ainsi à l'issue de la première phase, il conviendra de valider les hypothèses d'activité, ambulatoire notamment, donc son dimensionnement, les gains d'exploitation, en personnels non médicaux en particulier.

Le contenu, la faisabilité, le coût (surélévation de l'anneau central) et la soutenabilité financière de l'ensemble du projet devront, en conséquence, être régulièrement évalués. En effet, cette opération, notamment dans sa deuxième phase, est très technique, et probablement source de nuisances, ce qui induit une d'incertitude supplémentaire sur le coût de la construction.

Le gain estimé de la cession d'actifs est sujet à interrogation, bien que la méthode d'évaluation ne puisse valablement être remise en cause.

Par ailleurs, malgré l'inflexion déjà donnée, et l'ambition affichée, le CHU et ses autorités de tutelle pourraient se mobiliser davantage sur le sujet de la capacité ambulatoire dans un objectif clairement assumé de reprise des parts de marché.

La réussite de ce projet dépend également de la capacité du CHU d'attirer les médecins en capacité d'atteindre les objectifs affichés. Le projet d'établissement évoque ce sujet qui mériterait une politique plus déterminée et plus dynamique.

Le CHU affiche un niveau de gains en personnel qui doit être coordonné avec le rythme de réalisation des travaux.

Ainsi, à l'issue de la réalisation de la première phase, les gains induits par le regroupement des blocs opératoires doivent être intégralement réalisés, condition d'équilibre du projet et d'acceptation de la deuxième.

Afin d'assurer l'équilibre financier de l'opération, nous préconisons l'octroi des aides reconductibles et en subventions telles que formalisées dans le plan de financement, sous réserve de la validation des étapes successives, comme préconisé *supra*.

En synthèse, sous réserve de l'évaluation par étapes des objectifs fixés pour l'activité (donc des recettes issues de la tarification à l'activité), de la maîtrise des coûts d'exploitation et d'investissement, nous donnons un avis favorable au projet de reconstruction du CHU de Rouen.