

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-
économique

du

projet « Nouveau Lariboisière »

8 juillet 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. Présentation du projet	7
2. Opportunité du projet par rapport à l'offre de soins environnante	9
2.1. Evolution de la population.....	9
2.2. Conformité du projet au SROSS-PRS	10
2.3. Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernées par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement	11
2.3.1. Positionnement de l'établissement par rapport aux autres structures du territoire de santé	11
2.3.2. Evolution du volume d'activité actuel et futur de l'ES sur les différents domaines d'activités impactés par le projet.....	12
2.3.3. La situation actuelle du site de Lariboisière répond-elle aux objectifs fixés par l'ARS Ile de France ?.....	13
3. Projet médical	14
3.1. La répartition projetée des activités entre Lariboisière-Fernand Widal et le futur HU Nord (Bichat Beaujon) améliore t'elle la lisibilité de l'offre de soins sur le territoire ?.....	14
3.1.1. Méthodologie.....	14
3.1.2. Les objectifs affichés dans le Projet Médical Lariboisière.....	14
3.1.3. Description globale	15
3.1.4. Détail sur le volet 1 Lariboisière - Fernand Widal	15
3.1.5. Activités Saint-Louis.....	16
3.2. Organisation médicale.....	17
3.2.1. Le Projet Médical et Scientifique	17
3.2.2. Déclinaison organisationnelle et fonctionnelle du Projet Médical	18
4. Dimensionnement du projet et hypothèses d'activités	21
4.1. Le périmètre des activités en hospitalisation complète	21
4.2. Hypothèses d'activités.....	21
4.2.1. En hospitalisation complète et partielle, médecine et chirurgie.....	21
4.2.2 L'évolution de l'activité des urgences	23
4.2.3 L'évolution de l'activité en obstétrique	24
4.3. Dimensionnement capacitaire proposé dans le projet "nouveau Lariboisière"	24

4.4. Dimensionnement du plateau technique opératoire.....	25
4.5. Dimensionnement du plateau technique interventionnel.....	26
4.6. Dimensionnement du bloc obstétrical.....	26
4.7. Dimensionnement des consultations externes.....	26
4.8. Biologie.....	27
4.9. Dimensionnement de l'aval (SSR.....)	27
4.10. Psychiatrie.....	27
5. Conception technique du projet.....	29
5.1. Présentation du projet.....	29
5.2. Montage du projet.....	29
5.3. Organisation spatiale et fonctionnelle du projet.....	29
5.4. Mutualisation/Evolutivité.....	32
5.5. Principe retenu en matière de développement durable.....	32
5.6. Prescriptions techniques.....	32
5.7. Analyse des surfaces.....	33
5.7.1. Analyses des surfaces par secteur fonctionnel.....	33
5.7.2. Analyse globale des surfaces.....	36
5.8. Analyse du coût du projet (valeur mai 2014).....	37
5.8.1. Coût des travaux basé sur DIPI.....	37
5.8.2. Prestations intellectuelles.....	39
5.8.3. Provisions pour aléas.....	39
5.8.4. Provisions pour révision de prix.....	39
5.8.5. Coût global.....	39
5.8.6. Synthèse des coûts.....	39
5.9. Planning et phasage.....	40
5.9.1. Phasage.....	40
5.9.2. Délais.....	40
5.10. Coûts exploitation technique.....	41
5.11. Suivi du projet.....	41
6. Soutenabilité financière du projet.....	42
6.1. Efficience et retour sur investissement.....	42
6.1.1. Dépenses d'exploitation.....	42
6.1.2. Recettes d'exploitation.....	49
6.1.3. Synthèse des gains.....	53
6.2. Situation financière de l'APHP au 31/12/2014.....	55

6.2.1. Equilibre d'exploitation.....	55
6.2.2. Equilibres bilanciaux	56
6.2.3. Endettement.....	56
6.2.4. Situation financière de l'hôpital Lariboisière	57
6.3. Analyse du plan de financement.....	58
6.3.1. Mobilisation de l'autofinancement	59
6.3.2. Mobilisation du fonds de roulement	59
6.3.3. Optimisation du besoin en fonds de roulement	59
6.3.4. Valorisation du patrimoine.....	60
6.3.5. Recours à l'endettement	61
6.4. Analyse sur les impacts financiers en exploitation	62
6.4.1. Coût du financement et charges du titre 4.....	62
6.4.2. Compte de résultat prévisionnel de l'hôpital Lariboisière après réalisation du projet.....	63
6.5. Aides sollicitées	66
6.6. Analyse des alternatives au plan de financement.....	67
6.7. Scénario hypothèse basse	67
6.8. Soutenabilité financière par l'évolution de la marge brute non aidée, le niveau de dette et la variation du fonds de roulement	67
7. Synthèse sur le projet « Nouveau Lariboisière ».....	69
L'offre de soin et le projet médical.....	69
Le projet immobilier.....	69
La soutenabilité financière du projet.....	70
Annexes	71

1. Présentation du projet²

L'hôpital Lariboisière est situé dans le 10^{ème} arrondissement de Paris. Il a été construit au 19^{ème} siècle selon les théories hygiénistes et sur un site pavillonnaire. Il a ouvert ses portes en 1854 et il est inscrit aux Monuments Historiques.

La situation actuelle du site Lariboisière se caractérise par de nombreuses inadéquations :

- Hôpital pavillonnaire.
- Sites interventionnels éclatés (blocs, réanimation, imagerie).
- Taille des unités de soins non efficiente (plus ou moins 14 lits).
- Circuits patients/soignants empruntant les sous-sols et l'extérieur.
- Confort hôtelier médiocre.
- Amiante localisée.
- Difficultés de maintenance avec impact sur la certification.
- Avis défavorable à l'exploitation donné par la commission sécurité-incendie.

Le projet "Nouveau Lariboisière" s'inscrit dans une vision d'ensemble pour le Nord de la métropole parisienne. Il constitue le premier volet d'une reconfiguration et modernisation plus large, incluant le devenir des hôpitaux Bichat – Claude Bernard – Beaujon ainsi que l'organisation des activités d'Enseignement et de Recherche de l'Université Paris VII.

La modernisation de l'offre hospitalière et universitaire du Nord de Paris constitue une des priorités du Plan Stratégique 2015-2019 de l'APHP.

Le Projet Médical coordonné Nord de Paris vise à répartir les pôles lourds d'activité clinique et de recherche entre les deux ensembles, Saint-Louis – Lariboisière - Fernand Widal d'une part, Bichat – Beaujon – Claude Bernard d'autre part.

L'offre de proximité du "Nouveau Lariboisière" tient compte du futur hôpital universitaire du Grand Paris Nord (issu du regroupement Bichat – Beaujon) dont la localisation est envisagée sur une commune périphérique (Saint-Ouen, Clichy...).

² Références : Note d'engagement du Directeur Général de l'APHP en date du 20 octobre 2014 ;
Projet Médical du GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal et sa déclinaison organisationnelle.

Le Projet Médical et immobilier du "Nouveau Lariboisière" concerne le volet 1 du projet de reconstruction et de modernisation des hôpitaux Nord sur le site du GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal. Il comprend :

- Un projet stratégique et médical du groupe hospitalier et sa déclinaison au niveau des différents sites.
- Un projet organisationnel découlant de ce projet médical, consistant à reconcevoir dans une vision prospective l'ensemble des parcours patients et l'articulation entre ces différents parcours et le plateau médicotechnique.
- Un projet d'investissement et/ou de modernisation de l'infrastructure comportant :
 - o La construction d'un bâtiment sur le site de Lariboisière pour accueillir le plateau technique et les unités d'hébergement MCO.
 - o La restructuration de la partie Est du bâtiment historique Lariboisière pour accueillir les activités ambulatoires et tertiaires.
 - o Le projet d'accueil, au sein du bâtiment Galien, d'activités de Fernand Widal (médecine physique et réadaptation, psychiatrie, addictologie) en lien avec les urgences et le plateau technique au sein du bâtiment Galien.
 - o Le maintien temporaire des activités SSR gériatrie, SLD sur Fernand Widal avant leur inscription sur le site de Claude Bernard après la constitution du futur hôpital universitaire du Grand Paris Nord.
 - o Le projet immobilier dédié aux activités de recherche sur la partie Ouest du bâtiment historique Lariboisière.
 - o La cession-reconversion des parties libres d'activités hospitalières de la partie Ouest du bâtiment historique.

Le lancement des travaux relatifs à la stratégie hospitalière et à l'organisation médicale préalable à la programmation architecturale du "Nouveau Lariboisière" a donné lieu à un séminaire regroupant l'ensemble de la communauté du groupe hospitalier le 20 avril 2013.

Le volet 1 du projet "Hôpitaux Nord" a été présenté au COPERMO le 11 décembre 2014. Ce dernier a formulé différentes recommandations communiquées à l'ARS Ile de France par courrier du DGOS en date du 23 décembre 2014.

La présente contre-expertise s'inscrit dans le cadre d'un nouvel examen par le COPERMO le 16 juillet 2015.

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

2.1. Evolution de la population

- Zone de recrutement : 8^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} arrondissements.
Population estimée : 761 365 habitants.
- Caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques aux environs du groupe hospitalier Lariboisière, Saint Louis, Fernand Widal.
 - o Caractéristiques socio-économiques contrastée (entre Est et Ouest)
Est : fort taux d'allocataires RSA et bénéficiaires CMU.
Revenu médian inférieur à la moyenne parisienne.
 - o Parc immobilier
Pourcentage de logements sociaux supérieur à la moyenne dans les 18^{ème} et 19^{ème}.
 - o Zones urbaines sensibles
6 des 9 ZUS du Grand Paris se trouvent dans le territoire de santé Paris Nord.
- Caractéristiques épidémiologiques
 - o Contrastées
 - o Surmortalité prématurée hommes (10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème}).
- Couverture actuelle de l'offre de soins environnante du groupe hospitalier
 - o Lariboisière est au cœur du territoire Paris Nord. C'est l'un des trois territoires de santé parisiens.
 - o La densité médicale est faible dans tous les secteurs (médecins spécialistes, médecins généralistes de ville) par rapport au reste de Paris.
- Analyse prospective
 - o A l'horizon 2020, population globalement stable mais vieillissante selon l'ARS Ile de France.
 - o Augmentation de la densité de population, surtout dans le 18^{ème} qui a déjà une densité très élevée.
 - o Fort taux de natalité.
 - o Augmentation de la part des cadres et des professions intermédiaires.
 - o Baisse attendue de la démographie médicale.

De ces différents éléments, l'ARS Ile de France conclue ainsi dans son rapport d'évaluation socio-économique d'octobre 2014 :

- « Les caractéristiques du territoire :
 - o En mutation
 - o Vieillissement de la population
 - o Augmentation des pathologies et des maladies chroniques
 - o Augmentation des besoins de consommation de soins rendant nécessaire le renforcement de l'offre de soins du territoire
- Des besoins de soins en relation avec l'accroissement de la population :
 - o Besoins supérieurs à la moyenne au regard des critères démographiques
 - o Une partie de la population très précaire (problématique de la prise en charge sociale d'où importance de la PASS de Lariboisière).
 - o Précarité + densité médicale faible : peu de suivi en ville, accès aux soins prioritairement par les urgences.
 - o Faible acculturation et accès limité à la prévention et à l'éducation thérapeutique.
 - o Développement des pathologies chroniques qui relèvent de l'hôpital de proximité.
 - o HAD peu accessible du fait de la précarité de la population et de l'insalubrité des logements.
 - o Conditions de logements rendant difficiles certains retours à domicile anticipés ».

2.2. Conformité du projet au SROSS-PRS

Dans le même rapport, l'ARS confirme la conformité du projet (hôpitaux Nord-volet 1 nouveau Lariboisière) au SROSS-PRS, notamment sur les points suivants :

- Maintien de deux grands sites d'urgence
- Coordination de l'offre de soins hospitalière et de l'offre de soins de premier recours
- Lisibilité de l'offre de soins sur le territoire Nord Parisien (notion de parcours patient, lien étroit avec la ville)
- Fluidité du parcours patient (réflexion amorcée sur l'aval direct des activités médico-chirurgicales). Cf. SSR sur le bâtiment Galien et lors du volet 2 du projet, SLD et SSR gériatrique sur le site de Claude Bernard
- Conception du nouveau bâtiment basée sur l'organisation en pôles d'hospitalisation et sur la mutualisation du plateau médico-technique
- Bascule ambulatoire
- Implication forte du groupe hospitalier dans le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie (PAERPA)

2.3. Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernées par rapport aux établissements de la zone d'attractivité de l'établissement

2.3.1. **Positionnement de l'établissement par rapport aux autres structures du territoire de santé**

Le projet s'inscrit dans le plan stratégique de l'APHP (2015-2019) qui prévoit une réorganisation géographique des activités sur un seul site, sur l'ensemble de l'APHP (centre lourd de cardiologie à Bichat, centre unique APHP pour les brûlés à Saint-Louis, centre lourd d'ophtalmologie à Cochin, centre intégré de cancérologie sur le groupe hospitalier Paris-Nord Saint-Louis...). Le volet 1 du projet Hôpitaux Nord se poursuivra avec le volet 2 Bichat-Beaujon, par la construction de cet ensemble relocalisé sur une commune limitrophe (Saint-Ouen, Clichy ?).

Une analyse de la couverture des soins du GH a été réalisée par l'ARS prenant en compte notamment la densité médicale faible de la zone. Sur le territoire Paris Nord l'analyse de l'offre de soins environnante fait ressortir :

- 18 ES de court séjour (essentiellement privés)
- 9 ES de moyen séjour
- 3 ES de long séjour

En médecine et obstétrique, l'APHP est la seule structure présente avec 1 657 lits en médecine et 183 lits en obstétrique.

Forte concurrence privée en chirurgie : 697 lits à l'APHP contre 624 lits dans le secteur privé.

L'offre de Lariboisière est centrale dans sa zone d'activité.

L'ensemble Lariboisière - Fernand Widal représente actuellement 418 lits de médecine, 193 lits de chirurgie, 66 lits d'obstétrique, soit un total de 677 lits.

Selon le rapport de l'ARS précité, l'offre de soins de Lariboisière se caractérise par :

- Un report de la ville sur l'hôpital (impact sur les urgences et la polyclinique interne à Lariboisière).
- L'offre publique est privilégiée pour la médecine et l'obstétrique pour une population dont les caractéristiques socio-économiques sont difficiles.
- Population précaire : incidence sur la prise en charge avec séjours allongés et difficultés de retour à domicile.
- Offre chirurgicale concurrentielle : le secteur privé est mieux structuré sur les alternatives à l'hospitalisation. Les locaux actuels de Lariboisière, mais ce n'est pas le seul facteur bloquant, ne permettent pas une réelle bascule ambulatoire.
- Accès limité aux soins par rapport à d'autres territoires (offre médecine hospitalière et de ville limitée).

- Constat d'engorgement des urgences et problématique de régulation des flux : l'ARS valide l'option retenue de maintien de deux sites d'urgences et du calibrage en volume des urgences de Lariboisière et de sa polyclinique.
- Risque de saturation des lits d'aval : nécessité d'anticiper par l'organisation de flux distincts (consultations non programmées et urgences requérant un accès immédiat à un plateau technique).
- La densité de la démographie médicale est plus faible par rapport au reste de Paris et vieillissante.

Observations

La zone d'attractivité justifie d'une offre publique reconfigurée en termes d'activités de proximité et d'urgence sur l'hôpital Lariboisière

2.3.2. Evolution du volume d'activité actuel et futur de l'ES sur les différents domaines d'activités impactés par le projet

L'analyse concurrentielle sur le territoire conduite par l'ARS fait ressortir :

- En médecine : 2^{ème} position derrière Bichat (19 %-27,6 %)
 - Fuites : 53 % de la population du territoire
 - Attractivité : 54 % provenant d'autres territoires
- En chirurgie : 2^{ème} position derrière Bichat (13,4 %-14 %)
 - Fuites : 60,9 %
 - Attractivité : 69,7 %
 - 47,6 % des activités de chirurgie sont réalisés sur le territoire par un ES de l'APHP.
- En obstétrique : 1^{ère} position devant Bichat (28,8 %-27,2 %)
 - Fuite : 54 %
 - Attractivité : 33,4 %
 - 85 % de l'activité est réalisée sur le territoire par un ES de l'APHP.

Pour l'ARS l'environnement concurrentiel fort en chirurgie avec des établissements du territoire et hors du territoire (cf. taux de fuite) nécessite pour les deux groupes hospitaliers Nord Parisien de s'organiser afin de :

- Rendre plus lisible l'offre publique et garantir un accès MCO pour plus de 750 000 habitants.
- Offrir des alternatives à l'hospitalisation.
- Organiser la complémentarité des projets médicaux des deux groupes hospitaliers tant pour garantir une prise en charge coordonnée de proximité qu'un partage lisible des activités de recours.

Observations

Ces recommandations sont partagées par la contre-expertise.

2.3.3. La situation actuelle du site de Lariboisière répond-elle aux objectifs fixés par l'ARS Ile de France ?

Si rien ne se fait, y a-t'il des alternatives possibles ?

L'ARS pose la question des enjeux et conséquences de la non-réalisation du projet.

Elle souligne :

- Les limites organisationnelles et de performance des sites actuels.
- S'y ajoute la problématique de l'évolution des modes de prise en charge vers l'ambulatoire.
- Limites concernant les conditions immobilières des deux sites : un schéma directeur immobilier et technique (SDIT) a été réalisé par l'APHP en 2009.
- Sur Lariboisière, avis défavorable à l'exploitation par la commission de sécurité sur le bâtiment principal.

Que se passe-t-il si ?

- Fermeture de Lariboisière : MCO de Lariboisière sur Bichat et Saint-Louis.

Suppression d'un site sur la zone d'attractivité.

Transfert d'activités hors du territoire (Tenon, Pitié et éclatement de l'offre de soins pour la population.

Absence d'accès aux soins de proximité sur le 10^{ème} arrondissement.

Des reports générant des activités extrêmes sur Bichat (200 000 passages aux urgences ; 5 000 accouchements, ce dernier chiffre représentant l'activité de Bichat en cas de fermeture de Lariboisière et de report de son activité sur Bichat).

- Rénovation de Lariboisière.

Fermeture partielle de niveaux pendant les travaux engendrant de graves difficultés de fonctionnement.

Les scénarios de rénovation ont été évalués à 100 M€ sans apport de gain d'efficience.

- Rénovation Fernand Widal.

Mise en conformité non envisagée : site appelé à disparaître (fermeture prévue du site).

Observations

Le maintien dans les lieux ne permet pas la mise en œuvre des principes organisationnels définis dans le Projet Médical du groupe hospitalier, notamment l'optimisation des prises en charge en hospitalisation complète et la bascule ambulatoire. La maternité actuelle ne permet pas non plus une augmentation d'activité.

3. Projet médical

3.1. La répartition projetée des activités entre Lariboisière-Fernand Widal et le futur HU Nord (Bichat Beaujon) améliore t'elle la lisibilité de l'offre de soins sur le territoire ?

3.1.1. Méthodologie

L'implication des équipes des deux GH et du siège dans l'élaboration du Projet Médical est affirmée.

3.1.2. Les objectifs affichés dans le Projet Médical Lariboisière

Concernant le recours :

- Constituer des ensembles cohérents disposant d'une masse critique sur le plan clinique et de la recherche (efficacité médico-économique et optimisation des plateaux techniques)
- Fédérer les équipes
- Limiter les doublons

Concernant les besoins de proximité :

- Assurer une couverture coordonnée des prises en charge MCO et d'aval pour un même bassin de population
- Renforcer les prises en charge Urgence et Maternité
- Améliorer la lisibilité et la fluidité de l'offre

Mise en conformité des sites

Observations

Cette nouvelle répartition tient tout autant à une recherche de cohérence entre les différents GH du Nord de Paris, qu'à une réponse aux besoins de santé de la population desservie.

Un niveau plus détaillé de la concertation avec les équipes des deux GH n'est pas explicité dans le dossier. Pour autant, les réponses aux questions des contre-experts ont montré que cette concertation a été conduite par la gouvernance du GH et le siège de l'APHP.

3.1.3. Description globale

Le volet 1 du projet concerne Lariboisière, Saint-Louis, Fernand Widal.

Le volet 2 du projet concernera la future implantation de l'hôpital universitaire Nord de Paris par transfert de l'activité Bichat Beaujon (cf. schéma page 21 tome 1 ARS).

La répartition envisagée des activités conduit à :

- Maintenir au sein des deux ensembles un socle d'activités MCO, motivé par l'importance des missions de proximité.
 - o Urgences : 200 000 passages à eux deux
 - o Périnatalogie : 6 500 accouchements en tout.
- Améliorer la lisibilité de l'offre en cancérologie par le regroupement sur Saint-Louis des activités et constituer ainsi le Centre de Lutte contre le Cancer du Nord de Paris. Ce projet s'inscrit dans la déclinaison du Plan Cancer 3.
- Structurer davantage l'aval :
 - o Le taux d'équipement du Nord de Paris est inférieur à la moyenne nationale.
 - o L'offre actuelle est répartie sur quatre sites (Lariboisière, Fernand Widal, Bichat-Claude Bernard, Bretonneau).
 - o Un aval commun aux deux GH constitue un projet à terme sur Bretonneau et Claude Bernard.
 - o Un maintien provisoire sur Fernand Widal des lits SSR et SLD est prévu avant transfert dans le cadre du volet 2 du projet.
- Mettre en œuvre une approche commune des activités de recours par une articulation des deux sites.
- Organiser le futur campus Nord Université et Recherche sur un seul site dans le cadre du volet 2.

Toutefois la plate-forme de recherche Lariboisière-Willemin et les UMR associées seront positionnées sur le site Ouest de Lariboisière libéré.

3.1.4. Détail sur le volet 1 Lariboisière - Fernand Widal

Activité Lariboisière :

- Neurosciences avec Stroke Center
- Appareil locomoteur
- Pathologies aiguës, urgences y compris digestives
- Périnatalogie
- MPR, addictologie, psychiatrie, SSR neuro sur bâtiment Galien.

Activité Fernand Widal :

- SSR, SLD.

Le projet "nouveau Lariboisière" doit permettre³ :

- Le regroupement au sein d'un seul bâtiment à construire à l'Est du site du plateau technique unique, des urgences, des soins critiques, de l'hospitalisation complète.
- La rénovation des bâtiments historiques Est de Lariboisière pour les soins sans nuitée et les fonctions support avec connexion fonctionnelle avec le nouveau bâtiment.
- L'optimisation et la diversification des surfaces de Saint-Louis pour accueillir les activités transférées des deux GH (sans travaux supplémentaires sur Saint-Louis).
- Le transfert entre les sites :
 - o De Fernand Widal à Lariboisière (bâtiment Galien) : MPR, SSR neuro, addictologie, psychiatrie.
 - o De Lariboisière à Saint-Louis : oncologie digestive, sénologie.
 - o De Bichat à Lariboisière : urgence et maternité (report partiel)

3.1.5. Activités Saint-Louis

Hématologie-cancérologie : "CLCC du Nord de Paris".

Observations

Quelques interrogations demeurent sur la répartition projetée entre les deux sites :

- Appareil locomoteur positionné sur le site de Lariboisière.

Toutefois le Trauma Center est positionné sur le HU Nord de Paris (volet 2),

Constitution d'un département bi-site avec le futur HU Nord, qui comportera également des activités d'orthopédie-Rhumatologie ?

- Ensemble de la thématique neurosciences sur Lariboisière avec Stroke Center.

Participation à la grande garde neurochirurgie.

Constitution d'un département bi-site avec le futur HU Nord, qui comportera également des activités de neurochirurgie (agressions cérébrales aiguës) ?

- Digestif sur Saint-Louis et futur HU Nord.

Toutefois les urgences digestives et leur aval seront également accueillis à Lariboisière.

Lien avec Trauma Center du HU Nord ?

- Périnatalogie

Le scénario d'une seule maternité regroupant Bichat et Lariboisière, n'a pas été retenu car jugé trop important. ?

- Regroupement de l'ensemble des activités de transplantation sur le futur HU Nord à terme : Une réflexion est-elle en cours sur l'ensemble de la région Ile de France?

³ En annexe : schéma Lariboisière 2014, 2021, 2024 : documents n°30, 31 et 32 du dossier initial.

- L'implantation du futur HU Nord réunissant Bichat Beaujon n'est pas encore arrêtée.

La répartition de certaines activités (locomoteur et neuroscience) sur les deux sites du projet Hôpitaux Nord de Paris n'est pas toujours très lisible.

La justification de certaines répartitions n'apparaît pas clairement, d'autant plus que le programme du volet 2 semble encore en gestation et que l'emplacement de ce futur HU n'est pas encore arrêté.

La responsabilité partagée dans les soins aigus amène à se poser la question de la régulation des flux de patients sur les départements ou pôles bi-sites, notamment pour les urgences et l'accès au Trauma Center.

La réponse à cette question nécessiterait une clarification concernant la gestion des flux afin d'éviter de futurs doublons et fiabiliser l'orientation des patients sur l'ensemble de la zone d'attractivité.

3.2. Organisation médicale

3.2.1. Le Projet Médical et Scientifique

Le projet prévoit le regroupement des équipes au sein de pôles HU :

- Neurosciences y compris aval : pôle renforcé.
- Appareil locomoteur
- Pathologies aiguës et urgences : pôle renforcé
- Périnatalogie

Le Projet Médical et Scientifique est étroitement lié au projet architectural.

Les principes de conception sont conformes aux exigences actuelles.

Observations

A noter toutefois qu'il s'agit de principes généraux (ouverture sur le territoire, modularité, évolutivité, hôpital communiquant) qui nécessitent un développement concret dans le PTD et le schéma directeur du système d'information hospitalier (SDSIH) (document sollicité par les experts et communiqué après le début de l'expertise). Ces documents confirment un travail approfondi de conception et de concertation sur le terrain.

Le volet hospitalo-universitaire est étroitement associé et complémentaire au pôle clinique.

La cohérence soins / recherche est un élément fort du projet avec la notion de centre intégré (un pôle squelette, un pôle vasculaire, un pôle génétique).

Observations

La proximité des activités Soins et Recherche est un atout majeur. Toutefois les plateaux techniques des différentes UMR sont maintenus au sein de chaque unité : il n'y a pas de plateau technique commun, regroupant les laboratoires des différents UMR.

Le regroupement des animaleries est simplement envisagé à terme. Il serait intéressant d'élaborer un schéma directeur d'ensemble des surfaces et plateformes de recherche, en collaboration avec l'Université.

Observations

La méthodologie d'élaboration du Projet Médical n'est pas explicitée dans le dossier initial. Ce dernier n'apporte pas la preuve d'une démarche concertée et régulière avec les acteurs de terrain.

Toutefois, en réponse aux questions des experts, l'APHP a transmis le plan d'action engagé dès 2013 et qui se poursuivra jusqu'en 2024. Une réflexion collective a donc bien été initiée par la gouvernance du GH sur le schéma organisationnel cible du futur Lariboisière et sur la conduite du changement qu'il induit. Le GH se fait accompagner dans cette démarche par un cabinet extérieur.

3.2.2. Déclinaison organisationnelle et fonctionnelle du Projet Médical

Les partis pris dans l'organisation fonctionnelle et spatiale :

- Alternative au tout SAU
- Spécialisation des plateaux par fonction
- Standardisation des plateaux d'hospitalisation
- Unicité de lieu par fonction
- Tertiaire hors bâtiment d'hospitalisation

Observations

A la lecture du PTD, la répartition des activités par plateau (donc par niveau), tant en ce qui concerne le bâtiment neuf que le bâtiment Galien et le peigne Est, n'offre pas une parfaite visibilité des pôles HU identifiés dans le Projet Médical.

Par ailleurs le dimensionnement capacitaire des pôles HU (plateaux médico-chirurgicaux) du nouveau Lariboisière est faible (107 à 108 lits dans le Projet Médical) et limite les marges de manœuvre dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Par comparaison, plusieurs CHU s'orientent vers des pôles d'une dimension autour de 250 à 300 lits.

Enfin il semble que les plateaux fonctionnels ne correspondent pas exactement au découpage en pôles thématiques.

Par ailleurs, associer sur un même plateau Orthopédie et Maladies Infectieuses pose question en termes de prévention des risques.

Approche par parcours et articulation avec le plateau technique :

- Fluidification des parcours à partir de la définition de chemins cliniques. (4 parcours cibles patient et 2 parcours plateaux techniques)
- Le parcours du patient programmé : une cellule de pilotage des parcours est prévue par plateau.

Observations

Pourquoi pas une seule cellule de pilotage des parcours pour l'ensemble du site Lariboisière ?

Cela doit pourtant être possible pour 334 lits (ou 364 lits selon les documents) MC (hors maternité, soins critiques qui obéissent à des modalités de programmation spécifiques), pour l'ensemble médico-chirurgical Lariboisière.

- Le parcours du patient non programmé.

Différents outils sont mis au service de la prise en charge des urgences : circuit court, régulation des différents flux dans l'accès au plateau médicoteknique, cellule de pilotage des parcours.

- Hospitalisation ambulatoire et consultations externes.

La demande d'hospitalisation ou de prise en charge sera effectuée par le centre d'expertise et de planification.

Le regroupement des espaces est prévu par fonction.

Formation des IDE à la bi compétence ?

Observations

S'agit-il d'une bi-compétence soignante et administrative ou d'une nécessaire adaptation à l'emploi dans une unité de soins pluridisciplinaire ? Les experts ont considéré qu'il s'agissait de la première interprétation.

- Recours au plateau technique.

Les outils évoqués : centre d'expertise et de planification, prescription connectée, gestion informatisée du brancardage.

- Parcours interventionnel bloc imagerie.

L'accent est mis sur une gestion rigoureuse des flux.

- Biologie.

Le projet a donné lieu à une analyse complémentaire suite aux recommandations du COPERMO.

Seulement 23 % de l'activité du GH est réalisée sur Lariboisière.

Projet de regroupement en un lieu unique dont un laboratoire à réponse rapide avec délocalisation partielle sur Saint-Louis en préalable à la construction du bâtiment neuf Lariboisière : ce projet est en cours de définition avec l'aide du cabinet Elix.

La réflexion se poursuit à un niveau transversal dans le cadre du plan d'efficience et de mutualisation *supra* GH.

Observations

Les éléments positifs relevés dans le Projet Médical :

- Des dispositifs d'accueil et d'orientation lisibles.
- Une professionnalisation des pratiques de planification d'accès aux soins.
- Développement des pratiques de mutualisation.
- Développement d'une pratique de gestion des flux avec notamment la professionnalisation de la fonction de pilotage des parcours.
- Gestion des médicaments : gestion des stocks robotisée ; prescription connectée.
- Gestion centralisée des DMI.
- Sont joints en annexe du Projet Médical des protocoles relatifs à la mise en œuvre de ces différents outils.
- Ont été joints en complément des éléments relatifs au système d'information hospitalier sur Lariboisière ainsi que le plan d'action relatif à la définition et à la montée en charge des organisations cibles du nouveau Lariboisière.

Des interrogations demeurent :

- Doute sur le développement du concept de servuction.
- Le SI patient sera t'il apte à répondre aux objectifs ambitieux fixés dans le Projet Médical ?
- Le périmètre des outils de programmation est défini par plateau d'hospitalisation ou par pôle. Ne pourrait-il couvrir l'ensemble des activités médico-chirurgicales (334 ou 364 lits) du site ?
- A défaut, comment gèrera-t-on un accès coordonné et efficient au plateau technique commun ?
- Le déploiement de ces outils pourrait être mieux anticipé avant la mise en service du nouveau bâtiment, dans le cadre d'une montée en charge plus graduée des évolutions organisationnelles.

4. Dimensionnement du projet et hypothèses d'activités

4.1. Le périmètre des activités en hospitalisation complète

Le projet prévoit les transferts suivants à partir de Lariboisière :

- 12 lits d'ophtalmologie vers Cochin.
- Hépatogastro-entérologie vers Saint-Louis hors aval des urgences
- Chirurgie cancérologie digestive vers Saint-Louis
- Cancérologie gynécologique vers Saint-Louis
- Addictologie vers bâtiment Galien

La base de calcul est donc de 26 024 séjours actuels à périmètre d'activité équivalent au projet nouveau Lariboisière hors addictologie.

Ces séjours se décomposent en :

- 6 390 séjours chirurgicaux
- 18 155 séjours médicaux
- 1 479 séjours autres

4.2. Hypothèses d'activités

4.2.1. En hospitalisation complète et partielle, médecine et chirurgie

a) Hospitalisation complète médecine et chirurgie

- **Stabilité en périmètre** pour les activités maintenues à Lariboisière en hospitalisation complète (ostéo articulaire, neurosciences), sauf évolution des urgences et de la maternité par transfert partiel de Bichat.
- **Bascule ambulatoire**
- **Optimisation des capacités d'accueil** : optimisation de la DMS (cf. référence au niveau national + décote 5 %).
- **TOM dans les bornes hautes** : 90 % médecine, chirurgie, néonatalogie, 85 % en soins critiques.
- **Evolution en volume** :

○ **Dont effet Projet Médical**

Urgences en provenance de Bichat plus effet Fastrack

Objectifs : 70 000 urgences générales

Maternité en provenance de Bichat (passage de 2 500 à 3 220 accouchements).

Participation à la grande garde de neurochirurgie

Orthopédie : + 2 % sur 3 ans.

○ **Dont effet attractivité : + 1 % sur deux ans.**

Ces hypothèses appellent différentes remarques dans le cadre de la contre-expertise :

b) Les effets attractivité attendus, en général (+1 % sur deux ans) et orthopédie (+2 % par an sur trois ans) sont volontaristes.

A première vue limités, ils constituent un pari sur les recettes à venir qui fragilise l'équilibre du projet. La part d'efficience liée aux recettes est supérieure à 50 %.

Observations

Concernant l'effet attractivité, il conviendrait d'être plus prudent (hors maternité). Une hypothèse d'évolution de 0,5 % par an sur trois ans tenant compte de l'évolution de la population de la zone semble plus réaliste.

Le constat de l'évolution de l'activité en hospitalisation complète, plutôt à la baisse sur les trois dernières années, corrobore cette remarque.

Concernant l'effet Projet Médical sur l'orthopédie, une même remarque de prudence est formulée.

c) Evolution de la DMS

La cible est proposée à une moyenne MCO de 4,3 jours contre 5,6 jours actuellement.

Les projections restent toutefois légèrement élevées dans certaines disciplines (orthopédie, chirurgie digestive, ORL notamment).

L'IPDMS est annoncée en baisse par rapport à la situation actuelle, sans que toutefois le ratio cible soit chiffré.

d) La bascule ambulatoire est très prudente.

En chirurgie, sont concernés :

- 80 % des séjours de 0 à 2 nuits.
- 50 % des séjours de 0 à 2 nuits d'orthopédie venant des urgences.

Compte tenu de ces critères, le taux de chirurgie ambulatoire à périmètre d'activité identique est évalué à 42 %. Or la cible est de 50 %.

Le taux de rotation par place ambulatoire est évalué à 1,02 (ou 1,05 selon les documents).

Ces différents éléments conduisent l'APHP à proposer un dimensionnement de 15 places.

Les disciplines suivantes démontrent que l'UCA accueillera un large *case mix* :

- Orl, Stomatologie

- Orthopédie
- Orthopédie en provenance des Urgences de 0 à 2 nuits
- Gynécologie chirurgicale
- Chirurgie digestive (re-convocation après Urgences)

En médecine, sont concernés :

- 100 % des séjours à 0 nuit.
- 60 % des séjours à 1 nuit.
- 35 % des séjours à 2 nuits.

Le taux de rotation par place est évalué à 1,20.

Ces différents éléments conduisent l'APHP à proposer un dimensionnement de 42 places (*versus* 41 selon les documents) dont 4 places d'addictologie sur le bâtiment Galien.

L'Hdj médecine accueillera des séjours en Rhumatologie, Neurologie, Neurovasculaire, Maladies rares, Cardiologie et SSR cardio, Médecine, Maladies infectieuses, Gériatrie, Endocrinologie, Gynécologie médicale.

Observations

Il conviendrait de démontrer que l'activité de recours de Lariboisière explique la prudence de ces hypothèses de bascule ambulatoire. Or le taux de recours du Groupe Hospitalier (GH) est de 4,8 %, conforme aux valeurs moyennes de l'ensemble des CHU.

Cet établissement est en effet également fortement orienté proximité et accueil des urgences.

Les projections pourraient être plus volontaristes et se rapprocher des cibles ANAP, même en prenant acte du transfert de l'ophtalmologie.

Par exemple le taux de rotation pourrait être optimisé à hauteur de 1,25 pour la chirurgie et de 1,40 pour la médecine.

Cette hypothèse impacterait un nombre de places à la baisse en chirurgie ambulatoire.

On peut toutefois considérer réaliste le maintien de 15 places en UCA, en tablant sur un potentiel de bascule ambulatoire supérieur à 42 % (hypothèse 45 à 48 % ?).

Une approche dynamique de la bascule ambulatoire peut en effet permettre une évolution progressive vers plus d'ambulatoire à partir du moment où les conditions physiques et les changements organisationnels le permettront, une fois le transfert vers le bâtiment neuf effectué.

Par ailleurs, le maintien à 15 places permet d'optimiser les effectifs soignants (15 est un multiple de 3).

En médecine ambulatoire un taux de rotation à 1,40 pourrait permettre de disposer d'une marge de progrès sur les séjours éligibles à l'ambulatoire.

4.2.2 L'évolution de l'activité des urgences

- Déport partiel des urgences de Bichat.

- Evolution envisagée de +1 % sur 2 ans sur les urgences générales et spécialisées.

L'hypothèse d'activité est prudente : elle aboutit en projection à 68 800 passages en urgences générales et à 121 000 passages (projection totale) en urgences générales et spécialisées.

L'existence d'une polyclinique sans rendez-vous et l'éventualité de création d'un centre de soins primaire, à proximité des urgences, sont des propositions à conforter.

Observations

Les propositions relatives aux urgences n'appellent pas de remarque particulière.

4.2.3 L'évolution de l'activité en obstétrique

Le report partiel des flux de l'actuel Bichat motive un passage de 2 500 à 3 220 accouchements, la maternité restant en niveau 2A.

Par contre le nombre de séjours totaux (obstétrique et gynécologie) prévus est estimé à 3 561 pour une capacité de 50 lits d'obstétrique et 12 lits de gynécologie.

Observations

La capacité de 50 lits projetée avec un taux d'occupation de 88 % pour 3 220 accouchements semble correcte.

La DMS peut peut-être être optimisée (développement d'une politique de sortie précoce).

N'est pas évoquée la notion de séjour court en maternité : est-ce lié à la démographie de la zone d'attractivité ?

4.3. Dimensionnement capacitaire proposé dans le projet "nouveau Lariboisière"

Compte tenu des éléments évoqués précédemment et après bascule ambulatoire, le projet évalue le nombre prévisionnel de séjours en hospitalisation complète à **24 031**, suite au déport de 1 993 séjours sur l'ambulatoire (Médecine : 900 séjours ; chirurgie : 1 093 séjours).

Sur la base d'une DMS en légère baisse et compte tenu d'un taux d'occupation moyen au niveau des cibles hautes, le capacitaire projeté en MCO dans le projet est de 489 lits (hors ambulatoire et addictologie), soit - 117 à - 120 lits par rapport à la situation actuelle du site Lariboisière (609 ou 606 lits selon les documents).

Ce capacitaire se décompose ainsi dans le Projet Médical :

- Médecine : 188 lits
- Chirurgie : 146 lits

- Obstétrique : 50 lits
- Néonatalogie : 12 lits
- UHCD : 20 lits.
- Soins critiques : 73 lits, dont : 25 réanimation
 - 24 surveillance continue
 - 12 SIC
 - 12 USINV

Observations

La bascule ambulatoire manque d'ambition.

La répartition par plateau des capacités en lits : aucun plateau d'hospitalisation n'est un multiple de 28 lits, qui est pourtant la capacité standard de l'unité de soins décrite dans le Projet Médical.

A noter que dans le document PTD reçu dans un second temps, la capacité des unités de soins de base est de 27 lits, ce qui correspond au dénominateur commun des trois plateaux d'hospitalisation complète (hors soins critiques et maternité).

Chaque plateau médicochirurgical ne pourrait-t-il pas comporter, de façon standardisée, 112 (ou 120) lits répartis en 4 unités de 28 (ou 30) lits? Cette hypothèse aurait une incidence positive sur l'optimisation des ratios IDE AS par lit, et permettrait des processus reproductibles, facilitant la polyvalence soignante.

4.4. Dimensionnement du plateau technique opératoire

L'organisation en ping-pong des interventions de chirurgie réglée n'est pas préconisée par les hygiénistes.

Elle consiste en effet à ce qu'un opérateur "passe" d'une intervention à une autre, sans attendre la fin de la première intervention. Ceci permet aussi de neutraliser le temps d'installation du patient dans la deuxième salle et d'éviter les temps morts pour le chirurgien entre deux interventions.

Cette pratique complexifie le travail des IBODES et le bio-nettoyage des salles entre deux interventions.

Par contre cette pratique optimise le Taux d'Occupation par Salle (TOS) et le nombre d'ICR par salle par accélération du rythme opératoire.

De ce fait le taux d'ICR par salle devrait être supérieur au taux de 285 000 proposé et se situer à la borne haute ANAP (320 000).

De même cette organisation devrait permettre un nombre d'interventions par salles supérieur à celui proposé (781 versus borne haute ANAP 1 000 à 1 200).

Il convient également de tenir compte de la nature très spécialisée de l'activité chirurgicale de Lariboisière et de sa participation à la grande garde de neurochirurgie.

Un nombre de salles fixé à 12 semble suffisant compte tenu des remarques ci-dessus.

L'APHP estime elle même que le nombre de 13 salles qu'elle propose relève d'une approche prudente.

Le nombre de 13 salles représente donc une souplesse, non négligeable au regard de l'activité de garde du site de Lariboisière.

La capacité en SSPI apparaît contrainte (1,5 place par salle ; préconisation de 2 par salle).

Observations

Il conviendrait de confirmer le maintien de 13 salles d'opérations permettant une meilleure souplesse dans la programmation.

Il est proposé d'augmenter la capacité en SSPI à hauteur de 2 places par salle d'opération.

4.5. Dimensionnement du plateau technique interventionnel.

Peu documenté.

7 ou 8 (selon les documents) salles interventionnelles dont 2 salles hybrides.

3 scanners, 2 IRM.

Observations

Les experts retiennent le nombre de 7 salles interventionnelles. Pas de remarque particulière.

4.6. Dimensionnement du bloc obstétrical.

6 salles de naissance

3 salles de pré-travail

2 blocs

pour 3 220 accouchements.

Maternité de niveau 2a.

Observations

Pas de remarque particulière.

4.7. Dimensionnement des consultations externes.

Selon les documents deux chiffres apparaissent :

- Le Projet Médical et le PTD de l'APHP indiquent 79 boxes intégrant les urgences de spécialités (polyclinique).
- Le rapport de l'évaluation médico-économique de l'ARS indique 68 boxes, chiffre repris dans le document sur les économies d'exploitation produit par l'APHP.

68 boîtes laissent peu de marges de progrès au regard de l'activité prévue ; la cible est de 241 000 CS⁴ par an, soit 3 000 à 3 500 CS par boîte selon les disciplines sur 220 jours, soit 13 à 16 CS par boîte et par jour.

Un effet activité de 1 % par an sur deux ans est appliqué.

Observations

Il est proposé de retenir le chiffre de 79 boîtes.

4.8. Biologie

Le volet Biologie du projet a été complété selon les recommandations du COPERMO.

La biologie sera partiellement délocalisée sur Saint-Louis, en préalable aux travaux de construction du bâtiment neuf.

Une réflexion *supra* GH est engagée sur la Biologie.

4.9. Dimensionnement de l'aval (SSR...)

Capacité maintenue à 104 lits et 18 places.

La DMS constatée est très supérieure à la cible ANAP.

Observations

Le Projet Médical étant basé sur la notion de parcours de soins identifiés, il est conseillé de décliner l'impact du Projet Médical sur les prises en charge en SSR et sur l'organisation médicale de ce secteur d'activité, afin de mieux maîtriser les DMS en SSR.

4.10. Psychiatrie

Capacité maintenue à 36 lits.

SCAPA de 6 places.

Observations générales

Les différents éléments relatifs au dimensionnement ont été concertés avec la communauté médicale et soignante du GH et du site de Lariboisière lors de l'étude du programme fonctionnel.

Les évolutions organisationnelles liées à la réduction capacitaire et à la bascule ambulatoire justifient d'un renforcement du plan d'action et d'accompagnement des équipes. Il est suggéré de le renforcer dès maintenant.

L'évolution des pratiques professionnelles nécessite en effet un temps long d'acculturation.

⁴ Consultations et Soins externes

L'APHP prévoit à cet effet d'inclure une feuille de route formalisée sur la mise en œuvre des changements organisationnels durant la période 2015-2021, dans le cadre des contrats d'objectifs avec les pôles.

5. Conception technique du projet

5.1. Présentation du projet

Le projet architectural prévoit :

- Le regroupement au sein d'un nouveau bâtiment, implanté côté Est, du plateau technique (blocs adultes et maternité ; radiologie conventionnelle et imagerie interventionnelle), des urgences, des lits de soins critiques et des unités d'hospitalisation conventionnelle, MCO de l'hôpital (489 lits)).
- La rénovation des peignes des bâtiments historiques (côté Est) pour y localiser des activités de jours : consultations, HdJ, fonctions logistiques, supports et administratives, avec une connexion vers la construction neuve.
- Le transfert des activités entre les sites du groupe hospitalier :
 - *de Fernand Widal vers Lariboisière* pour les activités médico-chirurgicales, le SSR neurologique, l'addictologie, la psychiatrie à implanter dans le bâtiment existant (Galien) à rénover.
 - *de Lariboisière vers Saint-Louis* pour la cancérologie digestive et sénologie.
- La cession du côté Ouest du site Lariboisière et, à terme du site Fernand Widal (2025).

5.2. Montage du projet

L'établissement a retenu la procédure Loi MOP qui convient pour des opérations mixtes de construction/restructuration avec phasage long et compliqué.

Néanmoins, la maîtrise des coûts et le dérapage dans les délais sont plus importants dans ce type de procédure. Il conviendra d'être vigilant et, de limiter au strict minimum, les changements de programme incontournables pour une opération qui s'étend sur 9 ans.

5.3. Organisation spatiale et fonctionnelle du projet

L'opération comporte des préalables techniques pour libérer l'espace nécessaire à la construction neuve : construction d'une centrale d'énergie, dévoiement de réseaux, relogement de certaines activités, démolition de bâtiments.

Ensuite, la 1^{ère} tranche de travaux consiste à construire le bâtiment neuf, la 2^{ème} tranche consiste à restructurer lourdement le bâtiment Galien et les peignes Est. La surface de restructuration est très importante (30 000 m²) par rapport à celle de construction neuve (39 000 m²).

L'emprise au sol prévisionnelle du bâtiment neuf est de 6 000 m² :

- *Sous-sol* accessible depuis la rue Maubeuge par une rampe
Dans le bâtiment neuf : logistique et chambre mortuaire
- *Rez-de-chaussée bas* accessible depuis la rue Maubeuge
Dans le bâtiment neuf : les urgences, la dépose des patients couchés et l'imagerie diagnostic

Il faut noter que l'hélistation reste sur le bâtiment Galien, donc, pas directement au-dessus des urgences, ce qui peut compliquer les circuits.

Ce niveau sera relié au peigne Est :

- *Rez-de-chaussée haut* :
Dans le bâtiment neuf bloc opératoire, imagerie interventionnelle, bloc obstétrical avec accès depuis le boulevard de la Chapelle pour le secteur naissance, la médecine nucléaire, l'ensemble en lien avec l'accueil général situé dans le peigne F Est.

Les hauteurs sous-dalles prévues sont de 4,20 m.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) et l'orthogénie seront implantées dans le Peigne E, en liaison directe avec le bloc opératoire.

Les peignes B, C et D comprennent les consultations. Le bâtiment Galien intègrera les centres ambulatoires d'addictologie, de psychiatrie et de MPR.

- *L'étage technique* :
Dans le bâtiment neuf (hauteur 2,20 m) pour y implanter les installations de ventilation notamment. Il faut noter que le dossier ne comprend pas de coupe pour les liaisons entre le bâtiment neuf et les constructions existantes.

Observation

Le rattrapage des niveaux peut générer des pentes engendrant des difficultés de liaison entre bâtiment. Ce point doit être étudié.

- *Etage 1* :
Bâtiment neuf (non relié) : réanimations médicales et chirurgicales, soins intensifs cardiologiques et neurologiques.
 - Bâtiment Galien : hospitalisation SSR et MPR
 - Peigne G Est : tertiaire médical ou consultations (différence texte et schéma)
 - Peigne F Est : consultations diabétologie, cardiologie, rhumatologie
 - Peigne C Est et D Est : consultations
 - Peigne B Est : logements

→ *Etage 2 :*

Bâtiment neuf (non relié) : hospitalisation rhumatologie, orthopédie, urgences digestives, maladies infectieuses (divergence schéma 108 lits/texte 113 lits).

- Peigne G Est : tertiaire administratif
- Peigne F Est : HdJ (quelle spécialité ?) (divergence texte : tertiaire/schéma HdJ)
- Peigne E Est : consultations ou HdJ cardiologie (différence texte/schéma)
- Peigne D Est : HdJ médecine
- Peigne C Est : HdJ médecine gériatrie
- Peigne B Est : logements
- Bâtiment Galien : hospitalisation SSR et MPR

→ *Etage 3 :*

Bâtiment neuf (non relié) : hospitalisation cardiologie, diabétologie, médecine interne, 100 lits (108 sur les schémas).

- Peigne F Est : chambres de garde
- Peigne E Est : tertiaire médical ou HdJ (différence texte/schéma)
- Peignes D et C Est : tertiaire médical
- Bâtiment Galien : hospitalisation psychiatrie

→ *Etage 4 :*

Bâtiment neuf (non relié) : hospitalisation neurologie, neurochirurgie, neuroradiologie, ORL et UMGA : 109 lits.

- Peignes E, D et C Est : tertiaire médical
- Bâtiment Galien : hospitalisation psychiatrie

→ *Etage 5 :*

Bâtiment neuf : hospitalisation 74 lits néonatalogie, suite de couches et gynécologie.

- Peignes E, C et D Est : tertiaire médical
- Bâtiment Galien : hospitalisation addictologie

→ *Etage 6 :*

Bâtiment Galien : hospitalisation addictologie

→ *Etage 7 :*

Bâtiment Galien : hélistation

Observations

L'organisation des activités pourrait se trouver modifiée, en raison de l'implantation dans les bâtiments existants de certaines activités.

En effet, le programme décrit des besoins de surfaces par activité sans tenir compte que ces secteurs soient implantés dans le bâtiment neuf (il sera plus aisé de respecter les organisations) ou dans les constructions existantes, même restructurées.

Cette remarque s'applique aussi pour les futures unités d'hospitalisation du bâtiment Galien. Il faut noter que l'espace tertiaire médical prévisionnel est de 8x440 m² soit 3 520 m² (5 % des surfaces totales). Selon les configurations choisies, il pourrait être insuffisant ; il est souvent de 10 %.

5.4. Mutualisation/Evolutivité

Le concept d'unités d'hospitalisation standardisées regroupées en 4 unités par étage permet une adaptation à des changements de capacité dans les disciplines.

Par contre, il n'y a pas d'imposition de structure type poteaux, poutre qui permet de créer des plateaux évolutifs.

5.5. Principe retenu en matière de développement durable

Le projet se situe dans un environnement contraint (voies ferrées, circulations automobiles, site occupé et, nombreux bâtiments classés monuments historiques).

L'établissement ne prévoit pas de labellisation HQE, mais a prévu des niveaux de performances différents selon les cibles. Ainsi, pour les cibles 1, 2, 6, 9, 10, 12 et 14 le niveau de base a été retenu.

Le niveau performant a été choisi pour les cibles 4, 5, 11 et 13 (gestion de l'énergie, gestion de l'eau, confort olfactif, qualité sanitaire de l'air).

Le niveau très performant est envisagé pour les cibles 3, 7 et 8 (chantier à faible impact environnemental, maintenance, pérennité des performances, confort hygrométrique).

Le surcoût lié au profil HQE est envisagé, mais non chiffré. Il est vrai que les cibles très performantes retenues sont classiques.

5.6. Prescriptions techniques

En base, il est prévu le raccordement de la construction neuve au réseau de chauffage urbain et en option des pompes à chaleur et une production d'ECS par panneaux solaires. Il faut noter que la production d'ECS par panneaux solaires peut obliger le stockage, ce qui peut accroître le développement de légionnelles. La solution qui consiste à récupérer la chaleur sur le réseau primaire est sécurisante pour les contaminations mais moins performante.

Les propositions liées au traitement d'air, à la plomberie, aux gaz médicaux, à l'électricité HT/BT sont conformes.

L'autonomie des onduleurs mérite d'être précisée. Par contre, la technologie des appels malades sur IP est plus sensible aux perturbations que le traditionnel bus de terrain.

5.7. Analyse des surfaces

Le programme prévoit une surface globale de 70 031 m² SDO répartie :

- 38 459 m² DO dans le Nouveau Lariboisière
- 3 601 m² DO dans le Nouveau Morax
- 6 971 m² DO dans le Galien
- 1 047 m² DO dans le Bâtiment Médico-Technique au R-1
- 19 953 m² DO dans les peignes conservés

Observation

L'écart par rapport à la préféabilité est de + 517 m² DO (0,76 %), ce qui est insignifiant à ce stade.

5.7.1. Analyses des surfaces par secteur fonctionnel

- ➔ Accès et hall : 384 m² DO → correct
- ➔ Admissions : 488 m² DO pour 10 box front en office → satisfaisant

Observation

Il est prévu des bornes d'admissions et d'encaissement pour alléger le secteur. Ces dispositions doivent être validées par des tests.

Centre ambulatoire :

a) Consultations 253 000/an → (3 000 à 3 500 consultants/an/box)

Soit, 79 box au total → ce nombre est conforme au ratio, mais, est très volontariste.

L'ensemble des consultations est évalué dans le programme à 5 242 m² DO, soit 66 m² DO/box légèrement supérieur aux référentiels (55 m² DO/cabinet) mais, intégrant un accueil commun pour les consultations, hôpitaux de jour, par secteur fonctionnel.

b) HdJ

- 32 places en MCO
- 10 places SSR cardiologie
- 8 places en SSR MPR/neurologie

- 1 unité chirurgicale ambulatoire (UCA) de 15 places, ce qui montre la grande prudence du virage ambulatoire.
- 4 places addictologie

Soit 65 places HdJ : 45 places en MCO ; 18 en SSR + 6 places pour CSAPA.

La répartition est de 70 % en fauteuil ; 30 % en chambre individuelle.

La surface globale des HdJ est de 2 253 m² DO, soit 34 m² DO/place, ce qui est légèrement supérieure aux préconisations (30 m² DO/place).

Urgences

- 68 000 passages/an

SAUV (10 %), circuit lourd (35 %), peu grave (40 %), circuit court (15 %). Box polyvalents, plusieurs zones d'attentes pour la marche en avant.

UHCD 20 lits + locaux SMUR.

La surface globale est de 4 375 m² DO soit 115 m²/box conforme aux préconisations (100 à 120 m² DO/box).

Bloc opératoire et interventionnel

- 13 salles conventionnelles
- 2 salles hybrides
- 2 salles de césarienne

Organisé en 4 modules : 5 salles + 2x4 salles + 4 salles.

Les 13 salles conventionnelles ont une surface de 45 m² chacune, il serait souhaitable de les porter à 50 m² pour les rendre plus évolutives selon les équipements implantés.

Les salles hybrides, hors salles de commande, ont une surface de 70 m² ce qui est satisfaisant.

La SSPI possède 28 places dont 6 à réveil rapide pour la chirurgie ambulatoire.

Le ratio est de 1,6 place par salle d'opération ce qui pourrait être insuffisant si la chirurgie ambulatoire augmentait. Avec 6 salles d'opération dévolues à la chirurgie ambulatoire, il faudrait dans ce cas, 4 places de plus.

Aucun module n'est dédié à l'ambulatoire, ni à l'urgence. Ce qui pourrait permettre de régulariser le fonctionnement et optimiser les ressources.

La surface globale du bloc opératoire est de 3 638 m² DO, soit 214 m² DO/salle ; pour des préconisations maxi de 190 m² DO/salle ; mais avec des capacités de stockage de 28 m² DO/salle (pour 25 m²/salle) et 2 salles hybrides qui nécessitent des surfaces supérieures (70 m² mini).

Bloc obstétrical

Organisé en 3 secteurs (urgence, salle de naissance, locaux supports et logistiques).

Il comprend 7 box, 6 salles de naissance, 4 salles de pré travail.

Pour 3 200 accouchements, selon les préconisations de 500 accouchements/salle de travail/an.
La surface est de 869 m² DO soit 145 m²/salle ce qui correspond à la fourchette basse du référentiel.

Imagerie/Médecine nucléaire

Elle comprend 3 IRM, 2 scanners, 5 salles conventionnelles, 3 salles d'échographie, 1 salle de mammographie, 1 salle ostéodensitométrie, 1 cabine EOS, 2 gamma caméras.

L'imagerie diagnostique possède une surface de 1 873 m² DO soit, 198 m²/IRM ou scanner conforme aux préconisations (225 m² DO/salle maxi) ; la radio conventionnelle présente un ratio de 123 m² DO/salle, conforme. Le ratio de la mammographie et de l'échographie est de 40 m²/salle, inférieur aux préconisations (45 à 50 m²/écho ou mammo).

Soins critiques

15 lits de réanimation chirurgicale en module de 5 lits,
10 lits de réanimation médicale en module de 5 lits,
24 lits de surveillance continue en module de 4 lits,
12 lits de soins intensifs cardiologie en module de 4 lits,
12 lits de soins intensifs neuro vasculaire en module de 5 lits.

L'accueil est commun aux deux réanimations.

La surface totale des réanimations est de 1 887 m² DO, soit 75 m² DO/lit, conforme aux référentiels (80 m² DO maxi/lit).

La surface totale des surveillances continues est de 964 m² DO, soit 40 m² DO/lit, conforme aux préconisations.

La surface totale des deux unités de soins intensifs est de 1 115 m² DO, soit 46 m² DO/lit, inférieur aux recommandations.

Hébergement conventionnel : 18 726 m² DO

L'ensemble comprend 537 lits, soit 34 m² DO/lit conforme aux référentiels (32 à 38 m² DO/lit).

Logistique médicale : 3 911 m² DO

Surface comprenant la pharmacie, le laboratoire d'anatomopathologie, la stérilisation et la chambre mortuaire.

Logistique non médicale : 1 826 m² DO

Les transports sont majoritairement automatisés par robots, pneumatiques y compris pour les déchets. Il faut noter que les approvisionnements par robots nécessitent des circulations dédiées très larges ce qui peut dégrader le ratio SDO/SU et engendrent des coûts de maintenance importants. D'autre part, l'évacuation des déchets par aspiration était utilisée autrefois mais posait des problèmes d'hygiène.

Espaces tertiaires : 7 546 m² DO

Soit 11 % de la surface SDO totale, ce qui est conforme aux préconisations (8 à 12 % de la SDO totale).

Locaux techniques : 4 643 m² DO

Soit 6,6 % de la SDO totale (conforme aux préconisations) mais qui ne comprend pas la centrale thermique.

Circulations générales : 7 300 m² DO

Soit 10 % de la SDO totale ; dans la fourchette des préconisations.

5.7.2. Analyse globale des surfaces

Les surfaces des secteurs fonctionnels sont quasiment toutes dans la fourchette des référentiels.

Le ratio SDO/SU (chiffre qui qualifie "le rendement" des surfaces réellement utiles à l'activité par rapport à celles globales comprenant les circulations générales, locaux techniques, etc.) est de 1,60 ce qui se situe au-dessus des recommandations. Mais, en l'absence de tableau récapitulatif fiable de surfaces neuves et restructurées (écart entre le PTD et DIPI de 10 344 m² SDO), il est difficile de se prononcer sur ce ratio qui est supérieur aux recommandations.

Observation

Le PTD raisonne en surface programme sans tenir compte des locaux existants restructurés, ce qui pourrait modifier fortement les surfaces. En effet, les surfaces prescrites peuvent ne pas pouvoir s'implanter sur un plateau aux dimensions existantes. Par exemple, pour les unités d'hospitalisation à installer dans le bâtiment Galien et pour les consultations et HdJ dans les peignes. Les chiffres de surfaces neuves, réhabilitation, doivent être validés.

5.8. Analyse du coût du projet (valeur mai 2014)

5.8.1. Coût des travaux basé sur DIPI⁵

Opérations préalables

- Concessionnaires + bâtiment énergie = 3 216 543 € HT
- Démolition bâtiments existants = 2 399 929 € HT (10 978 m² DO) (6 819 m² DO dans le DIPI)
Soit : 218 € HT/m² DO → chiffre élevé mais nécessaire si amiante
- Transfert (relogement provisoire services techniques ; biomédical ; biologie ; logistique) dans modulaire = 7 024 705 € HT.

Sous total opérations préalables = 12 641 177 € HT.

Construction Nouveau bâtiment

- Hospitalisation = 34 602 669 € HT (pour 14 195 m² DO) soit 2 437 € HT/m² DO
↳ Montant élevé pour hospitalisation, mais, justifiable par la contrainte du site.
- Plateau technique
Soins critiques + néonatalogie = 18 963 792 € HT (pour 5 985 m² DO) soit 3 200 €/m² DO
↳ Montant élevé pour ces éléments de plateau technique, mais, justifiable par la contrainte du site.
- Urgences/UHCD = 7 635 987 € HT (pour 2 982 m² DO) soit 2 560 € HT/m² DO
↳ Montant élevé pour SAU et UHCD mais justifiable par la contrainte du site.
- Bloc opératoire = 14 242 848 € HT (pour 4 450 m² DO) soit 3 200 € HT/m² DO
↳ Montant élevé pour bloc opératoire mais justifiable par la contrainte du site.
- Imagerie = 4 367 673 € HT (pour 1 641 m² DO) soit 2 661 € HT/m² DO
↳ Montant élevé pour Imagerie mais justifiable par la contrainte du site.
- Médecine nucléaire = 968 194 € HT (pour 400 m² DO) soit 2 420 € HT/m² DO
↳ Montant élevé pour Médecine nucléaire mais justifiable par la contrainte du site.
- Logistique = 6 297 610 € HT (pour 2 740 m² DO) soit 2 298 € HT/m² DO
↳ Montant satisfaisant car stérilisation.
- Locaux techniques = 8,5 % de la SDO (6,6 % de la SDO dans le PTD) 3 436 105 € HT (pour 2748 m² DO) soit 1 250 € HT/m² DO

⁵ Pièce n°26 du dossier initial : « coût prévisionnel de l'opération Lariboisière »

- ↳ Montant satisfaisant.
- **Circulations générales** = 11 % de la SDO (10 % dans le PTD) 6 901 317 € HT (pour 3 557 m² DO) soit 1 949 € HT/m² DO
 - ↳ Montant satisfaisant.
- **Hélistation** = (non évoquée dans le PTD) 600 m² DO soit 881 944 €
 - ↳ Montant satisfaisant.

Sous total construction neuve = 98 298 139 € HT

- **Passerelles, galeries liaisons, VRD** = 1 613 430 € HT (pour 3 760 m² DO) soit 429 € HT/m² DO
 - ↳ Montant insuffisant plutôt : 1 600 € HT/m² DO soit 6 016 000 € HT (écart de 4 402 570 € HT)

Total construction neuve = 99 911 569 € HT (valeur mai 2014)

Réhabilitation Claude Galien

- **Provisions pour maintien activités partiel F. WIDAL** = 4 182 211 € HT (pour 10 861 m² DO) soit 385 € HT/m² DO
 - ↳ Montant très faible qui ne permet de faire que de très menus travaux
- **Bâtiment Claude Galien** = 11 518 912 € HT (pour 7 351 m² DO) soit 1 566 € HT/m² DO
 - ↳ Montant légèrement sous-estimé par rapport aux ratios des autres activités du bâtiment neuf (15 %).

Total bâtiment Galien = 15 701 123 € HT

Restructuration bâtiments historiques (peignes Est)

- 24 998 619 € HT (pour 22 504 m² DO) soit 1 110 € HT/m² DO
 - ↳ Montant sous-estimé pour ces travaux comprenant des démolitions complexes, amiante, etc.) (35 %)

Coût total des travaux

- 153 251 662 € HT (valeur mai 2014)

5.8.2. Prestations intellectuelles

Hors assurances Dommages Ouvrage (DO), non prévues, même pour le bâtiment neuf, ce qui questionne la contre-expertise.

35 860 K€ TTC soit 29 883 K€ HT

19,4 % du coût des travaux

Conforme aux coûts rencontrés

5.8.3. Provisions pour aléas

33 105 K€ TTC soit 27 587 K€ HT

18 % du coût des travaux

Dans la pratique 5 % pour les constructions neuves ; 10 % pour la réhabilitation, soit dans cette opération 10 306 K€ HT.

5.8.4. Provisions pour révision de prix

37 494 K€ TTC soit 31 245 K€ HT

Provision conforme avec 3 % d'augmentation des prix par an ; même si actuellement l'évolution est inférieure à 1 %/an.

5.8.5. Coût global

Le coût envisagé est de :

- Travaux = 153 251 662 € HT soit 183 901 990 € TTC
- Prestations intellectuelles = 35 860 000 € TTC
- Provisions pour aléas = 33 105 000 € TTC
- Provisions pour révisions prix = 37 494 000 € TTC

TOTAL → 290 360 000 € TDC

5.8.6. Synthèse des coûts

Le coût des travaux des constructions neuves est un peu surévalué, même si les contraintes du site peuvent justifier certains dépassements. Sur les 98 M€ HT, environ 17 M€ d'excédent. Mais les passerelles et liaisons sont sous évaluées (4,4 M€) ainsi que la restructuration des peignes (- 10,2 M€)

Au global, l'écart n'est que de 2,3 M€ ; ce qui est insignifiant pour une opération de cette taille (+1,5 %).

Par contre, la provision pour aléas est importante. Elle pourrait être diminuée si le Maître d'ouvrage s'attache à faire respecter son programme, ce qui n'est pas évident sur une opération aussi longue dans le temps.

Observations :

En synthèse :

- on pourra considérer que les estimations sont correctes, même si le phasage est complexe et la durée de l'opération importante.

- aussi, la souscription d'une assurance DO permettrait de sécuriser le déroulement de la construction.

5.9. Planning et phasage

5.9.1. Phasage

La première opération consiste à réaliser des travaux préalables pour relocaliser des activités impactées par la construction neuve et à créer une nouvelle centrale énergie.

La deuxième opération concerne la construction du Nouveau bâtiment.

La troisième et dernière opération consiste à restructurer les peignes Est et Bâtiment Galien.

5.9.2. Délais

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

→ Travaux préalables → 2 ans (fin 2016/2017/2018)

↳ correct

Travaux construction neuve (38 459 m² DO) → 2 ans (fin 2019/2020)

↳ insuffisant → + 8 mois minimum

Travaux restructuration bâtiment Galien (6 971 m²) → 1 an (2021)

↳ insuffisant → + 8 mois

Travaux restructuration peignes Est → 2,5 ans (fin 2021/2022/2023)

↳ correct

Observations

Au global, le calendrier est optimiste, il convient de prévoir la fin de l'opération, non pas au 3^{ème} trimestre 2023, mais début 2025.

5.10. Coûts exploitation technique

Les dépenses de maintenance supplémentaires sont estimées à 527 K€/an en intégrant l'arrêt de certains contrats de F. WIDAL (- 220 K€/an) et le surcoût du bâtiment neuf (747 K€/an).

Les surfaces exploitées en 2014 sont de 108 227 m² sur Lariboisière et 31 763 sur F WIDAL, soit un total de 139 990 m².

Si les surfaces des peignes Ouest (21 649 m²) et de F. WIDAL (21 619 m²), soit 43 268 m² au total, sont effectivement cédées, la nouvelle surface à exploiter sera de 96 409 m².

En réponse aux questions des contre-experts, le chiffre du surcoût de maintenance a été confirmé.

Le gain envisagé pour les dépenses d'énergie est de 819 K€/an en tenant compte de la fermeture partielle de F. WIDAL (- 348 K€) et de l'optimisation des surfaces de Lariboisière (- 471 K€).

En utilisant les ratios de consommations issus de la base des CHU, le gain maximum envisageable est de 202 K€/an pour F. WIDAL et 438 K€ pour le nouveau Lariboisière : soit - 640 K€/an au lieu de - 819 K€/an.

5.11. Suivi du projet

Une équipe projet multidisciplinaire est constituée pour suivre l'évolution du projet. Les compétences et l'expérience de cette équipe doivent permettre de réussir cette opération, néanmoins, très longue dans le temps, donc susceptible de changements importants pouvant faire déraiser les estimations financières et le calendrier.

6. Soutenabilité financière du projet

6.1. Efficience et retour sur investissement

6.1.1. Dépenses d'exploitation

Les gains escomptés en dépenses d'exploitation sont évalués par l'APHP à 14,8 M€ (dossier initial 13,5 M€ et 1,3 M€ en réponse aux recommandations du COPERMO de décembre 2014).

→ Titre 1 des dépenses

- a) **Concernant les gains en dépenses sur le titre 1, évalués à 12,3 M€ sur la période 2019-2024, ils concernent la suppression de 244 ETP de personnel non médical (soit 8,6 % de l'effectif rémunéré actuel de Lariboisière) et 14 ETP de personnel médical.**

Ces économies sont concentrées sur les années 2019, 2020, 2021, l'ouverture étant programmée en juillet 2021. La majorité des suppressions de postes intervient en 2020.

Observations :

- **Le gain total en IDE-AS sur les unités de soins conventionnelles est de 158 ETP.**

Le ratio retenu pour une unité de soins de 28 lits est de 7 IDE et 7 AS.

Ce ratio est *a priori* correct, voire confortable (notamment la nuit). Les précisions suivantes ont été apportées :

- Ce ratio n'inclut les remplacements de congés et d'absentéisme qu'au premier niveau. Une équipe de suppléance existe au niveau du pôle ainsi qu'au niveau du site.
- Le planning type des effectifs IDE AS sur 24h pour une unité de soins de 28 lits dans le futur bâtiment est le suivant :
 - Matin : 3 x 2
 - Après-midi : 2 x 2
 - Nuit : 2 x 2
- Les maquettes d'organisation sont identiques entre la situation actuelle et la cible.

- La politique de gestion des remplacements sur Lariboisière est la suivante :
 " La gestion des remplacements est gérée de façon graduée. En premier lieu, sont analysées les opportunités d'une solution de remplacement au sein du service, puis au niveau du pôle, en fonction des spécialités impactées. Si aucune solution n'est trouvée de cette manière, en deuxième intention, il peut être fait appel à l'équipe de suppléance du pôle et/ou à celle du site mais uniquement sur les qualifications IDE et AS. Enfin, après épuisement de tous ces mécanismes, le troisième niveau d'intervention concerne les heures supplémentaires et, en dernier recours, l'intérim sur les grades IDE/IADE/IBODE".
- Quelles sont les résolutions qui permettront de réduire de 1/3 (17 M€ sur 57 M€) les dépenses de remplacement (heures supplémentaires et intérim) ?

En réponse l'APHP précise que les modalités de remplacement font l'objet d'une définition d'objectif avec chaque pôle et d'un dialogue de gestion régulier.

Elle précise par ailleurs que cette économie de 17 M€ n'est pas intégrée dans le RSI de Lariboisière.

- **Effectifs IBODE :**

- Ratio proposé par l'APHP : 1,5 IBODE par salle. Un effectif de 2 IBODE par salle serait souhaitable, notamment pour les interventions les plus lourdes. Ce ratio optimiserait mieux le temps opératoire permettant ainsi d'améliorer le score en nombre d'interventions par salle.
- Dans les documents de l'ARS, le gain sur les blocs est de 23 ETP IBODE et 6 ETP IDE. Or dans les tableaux fournis par l'APHP, seul 1,4 IBODE sont comptabilisées en moins (cet écart n'est pas explicité).

- **En brancardage**, le meilleur "compactage" des locaux, la réduction capacitaire et en journées ainsi que la proximité hospitalisation complète/plateau technique auraient dû permettre un gain supérieur à celui proposé (réduction de 69 à 62 ETP).

- **Rationalisation des fonctions logistiques**

Les ratios proposés sont corrects :

- 1 logisticien pour 2 unités de 28 lits
- 1 secrétaire hospitalière pour 2 unités de 28 lits.

L'effectif passerait donc de 51 à 40, soit un gain de 11 ETP.

- **Maternité.**

Le passage de 2 500 à 3 220 accouchements justifie d'une augmentation de 2 postes de sages-femmes.

- **Radiologie interventionnelle.**

Ratio proposé : 1,5 manipulateur pour 2 salles.

Gain évalué à 5 ETP.

Peu d'éléments pour analyser ce secteur.

- **Crèches.**
Economie de 13 M€ sur l'ensemble de l'AP-HP grâce au financement récemment acquis de la CNAF.
Cette économie est estimée au niveau de l'entité juridique et ne s'impute pas sur le RSI du projet Lariboisière.
- **Fonctions support.**
15 M€ d'économie par mutualisation *supra* GH.
Peu de détails sont donnés sur ces économies, qui relèvent du niveau *supra* GH et ne s'impute pas sur le RSI du projet Lariboisière.
- **Formation continue.**
Economie annoncée de 19 M€ sur un total actuel de dépenses non identifié.
Ces économies concernent ensemble de l'APHP et ne sont pas incluses dans le RSI du projet Lariboisière.

Les gains en ETP sont concentrés sur les années préouverture et ouverture (2019, 2020, 2021). Il ne semble pas y avoir d'anticipation des organisations futures, même à la marge compte tenu des contraintes de locaux, qui auraient permis d'étaler plus ces réductions d'effectif et de préparer mieux les professionnels aux changements organisationnels.

Le coût annuel moyen de Personnel Non Médical (PNM) pris comme référence pour le calcul des économies est de 43 960 €.

Observations

La justification des gains en nombre de postes IDE AS est globale.

L'évolution entre 2014-2021 des maquettes d'organisation (unités de soins, secteurs médicotecniques) a été communiquée. Elle permet de constater une relative stabilité des ratios IDE AS par lit.

b) Un deuxième volet d'économies en personnel est ajouté après passage en COPERMO.

Il concerne les gains RTT et le volet biologie :

- **Gains RTT.**
Est annoncé la réduction de 5 à 10 jours de RTT, selon les plannings de travail, générant une économie de 15,6 ETP sur Lariboisière.
Un simple calcul amène à considérer cette évaluation comme très insuffisante.
Les effectifs actuels de Lariboisière en ETP rémunérés de personnel non médical sont de 2 928,5 ETP.
Après déduction des 244 postes supprimés (cf. *supra*), l'effectif est de 2 684,5 ETP rémunérés.

Sur la base d'un gain RTT de 5 jours par ETP, le gain total serait de 13 422,5 jours pour 2 684,5 ETP.

En référence à une évaluation de 200 jours de travail annuel, le gain serait de $13\,422/200=67$ ETP.

Observations

Cette mesure n'étant pas définitivement arrêtée, et source de conflit social, sa mise en œuvre justifie d'une nouvelle approche des négociations avec les OS. Cette démarche est annoncée par le Directeur général de l'APHP.

Après demande de complément d'informations par les experts, l'APHP évalue à 60 ETP sur l'ensemble du GH le gain lié à la remise à plat des RTT.

Elle "réemploie" aux fonctions d'amélioration des conditions de travail, de gestion plus optimisée des remplacements, de réduction du recours à l'intérim, 50 % de ce gain soit 30 ETP.

Le solde net des suppressions à ce poste de titre est donc de 30 ETP dont 15 sur Lariboisière.

Cette politique de réemploi a du sens, face à une mesure qui génère de fortes tensions sociales.

- Le volet Biologie.

La refonte du volet biologie conduit à un transfert partiel d'activités sur Saint-Louis (gain nul au niveau APHP) ?

Pour autant sont annoncés sur Lariboisière un gain de 15 ETP de personnel non médical (7 AS et 8 techniciens de laboratoire) et de 9 ETP de Praticiens Hospitaliers (PH).

Au final les effectifs ETP rémunérés de Lariboisière (MCO y compris addictologie et hors SSR et psychiatrie devraient évoluer ainsi :

Pour le personnel médical :

- Effectif actuel 398,60 ETP.
- Gains : 14 ETP (biologie 9, autres 5).
- Effectif futur : 384,66 ETP.

Personnel non médical :

- Effectif actuel : 2779,82 ETP
Soit sur 713 lits et places = 3,9 ETP par lit
- Gains : 244 + 15,6 (effets RTT) + 15 (volet biologie) = 273,6 ETP.
- Effectif futur : 2 506,22 ETP.
- Ratio futur : 2 506,22 sur 595 lits et places= 4,21 ETP/lit.

Ces évolutions sont à comparer à la réduction capacitaire nette en hospitalisation complète MCO de - 117 ou - 120 lits selon les documents.

Le tableau suivant propose un rappel des données prises en compte dans les calculs précédents :

	Aujourd'hui		Futur	
Capacité Lariboisière	713 lits et places	654 lits, dont : * 606 médicochirurgicaux * 48 addictologie	595 lits et places	530 lits, dont : * 489 médicochirurgicaux sur bâtiment neuf * 41 addictologie sur Galien
		59 places MCO et SSR		65 places MCO et SSR, dont : * 15 UCA * 32 médecine et addictologie * 18 SSR
Effectifs Lariboisière non médical MCO ⁶	2 928,5 ETP, dont : * 107,68 SSR * 41 psychiatrie * 2 779,82 MCO (et HdJ SSR)		2 684,5 ETP, dont : * 108,71 SSR * 41 psychiatrie * 2 534,79 MCO (et HdJ SSR)	

Observations

Après prise en compte de l'économie supplémentaire de 30,6 postes (RTT et volet biologie), l'effectif MCO projeté est de 2504,19 ETP selon l'estimation de la contre-expertise.

Pour respecter les engagements formels de réduction des effectifs annoncés par l'APHP, soit - 274,6 ETP (- 244 et - 30,6), il est nécessaire de considérer que l'effectif MCO projeté est de 2506,22 soit une différence de 2,03 ETP par rapport à l'estimation de la contre-expertise.

En effet, des écarts apparaissent à la lecture des différents documents produits (documents 4, 12,14 notamment), quant aux effectifs de PNM et au nombre de lits et places actuels.

Les ratios agents par lit sont globalement corrects sous certaines réserves.

La remise à plat des RTT aboutit à un rendu d'ETP à hauteur de 50 % des gains attendus. Cet effort d'amélioration des conditions de travail pourrait être difficile à tenir, eu égard aux nécessités de respect d'un meilleur équilibre dépenses-recettes concernant les gains d'efficience.

La montée en charge des réductions d'effectifs est très concentrée sur les trois années précédant l'ouverture.

⁶ Source : rapport d'évaluation socioéconomique de l'ARS

Le dossier initial ne fait pas apparaître de plans d'actions permettant d'évoluer plus progressivement vers la cible, tant en ce qui concerne l'évolution des organisations que l'adaptation des effectifs soignants et non-soignants à ces changements. Les prévisions annualisées de départs naturels devraient permettre de lisser plus fortement les rendus d'effectif. En réponse aux questions des experts, l'APHP a communiqué le plan d'action en place de 2013 à 2024 portant sur une réflexion collective sur les organisations cibles et sur l'accompagnement des équipes soignantes jusqu'à l'ouverture du nouveau Lariboisière. Ce plan d'action est précisément documenté. Toutefois la conduite du changement et l'accompagnement des professionnels (partants ou restants) entre 2015 et 2024 devrait être renforcés dans le cadre du plan d'action mis en place. Une feuille de route formalisée, incluse dans les contrats de pôles par la Direction de l'APHP devrait permettre la mise en œuvre de cette recommandation.

Un certain nombre d'économies sont plus affirmées qu'argumentées (exemple gains sur les fonctions support).

Certaines de ces économies concernent l'ensemble APHP, sans impact sur le RSI Lariboisière (fonction support, crèche, formation continue...).

→ **Titre 2 des dépenses**

Le gain net est estimé à - 124 800 €.

Les économies sont pratiquement compensées par des charges supplémentaires liées à l'activité.

Elles concernent les achats de fournitures et petits matériels, les réactifs (respectivement - 868 000 €, soit - 4 % et - 426 000 €, soit - 3 %).

Elles sont à mettre en rapport avec une meilleure gestion des achats, des stocks et des équipements (suppression de doublons).

L'activité diminue (évolution de 26 000 à 24 000 séjours, soit - 2 000 séjours en base, hors taux d'attractivité et effet projet médical).

Parallèlement 670 000 € de dépenses supplémentaires sont prévues en médicaments et en DMI liés à l'augmentation d'activité.

Des supplémentaires sont liées à la maintenance de nouveaux équipements biomédicaux 500 000 €.

Aucun développement relatif à l'impact d'une meilleure organisation (diminution des redondances de prescriptions, amélioration du circuit du médicament, prescriptions informatisées...), n'a été relevé dans le dossier.

De même n'apparaît pas de réflexion des professionnels sur la recherche d'une meilleure pertinence des prescriptions ni de plan d'action concernant le circuit du médicament.

Observations

Le dossier est extrêmement léger sur ce chapitre de dépenses

Propositions non convaincantes en l'état.

Des marges de progrès sont à rechercher sur le titre 2 des dépenses, afin d'améliorer l'efficacité globale du projet.

→ **Titre 3 des dépenses**

Sur Lariboisière, le gain net est estimé à 1,1 M€ qui se décompose ainsi :

- Dépenses d'entretien (bio nettoyage) **Economie de 607 K€**
Les surfaces exploitées évoluent à la baisse (cf. § relatif au PTD)
- Dépense de maintenance **Charges supplémentaires 527 K€**
C'est la résultante d'économies pour 220 K€ (arrêt des contrats de maintenance de Fernand Widal) et de charges supplémentaires pour 747 K€ (maintenance du nouveau bâtiment).
- Dépense d'énergie **Economie de 819 K€**
Effet de la fermeture partielle de Fernand Widal et de l'optimisation des surfaces occupées à Lariboisière.

Ce chiffre doit être actualisé dans le cadre du PTD (pour rappel, économie de 640 k€ seulement dans le chapitre 5), au regard des choix concernant la politique de maîtrise des consommations énergétiques dans le bâtiment neuf.

Sur le plan de l'entité juridique :

- Le plan Phare a généré un gain de 27 M€ en 2013.
La projection 2015-2019 est évaluée à un gain de 57 M€.
- Gain en escompte : 1,1 M€ (évaluation faible au vu du chiffre d'affaires de l'APHP).

Observations

Le titre 3 des dépenses n'appelle pas d'observation particulière, sous réserve de l'évaluation des gains en consommation énergétique au stade PTD.

→ **Titre 4 des dépenses**

Le titre 4 est traité *infra*.

Observations

En synthèse, le gain global en économie de dépenses est estimé par l'APHP à 13,5 M€ sur un total d'économie de 29,3 M€, représentant 46 % de l'efficacité globale du projet.

Ce taux est porté à 14,8 M€, soit 48,4 % suite aux mesures complémentaires proposées à partir des recommandations du COPERMO (+ 1,3 M€ de gains supplémentaires sur le titre 1).

Deux remarques :

Les efforts de gestion semblent limités, au regard de l'ambition du Projet Médical en terme d'optimisation et de rationalisation des organisations.

La réduction des effectifs proposée est essentiellement liée à la réduction capacitaire, ainsi que le démontre le faible taux d'évolution du ratio agent par lit et places.

Ainsi l'impact sur les économies de dépenses des organisations cibles à horizon 2021 est relativement modeste.

6.1.2. Recettes d'exploitation

Les gains escomptés en recettes sont évalués par l'APHP à 15,8 M€ dont 5,1 M€ liés au transfert d'activité au titre du projet HN2.

→ Titre 1 : Hospitalisation MCO

Les gains escomptés à ce titre sont évalués à 9,5 M€ qui se décomposent ainsi :

- En hospitalisation complète : **6 881 467 €.**
- En hospitalisation à temps partiel : **2 628 342 €.**

Ces gains renvoient aux observations sur l'évolution de l'activité, essentiellement en volume, le périmètre restant relativement stable :

- Niveau de la bascule ambulatoire.
- Optimisation des DMS et du TOM.
- Déport des Urgences lié au projet HN2.
- Autres effets liés à HN2 :
 - o Report de séjours de neurochirurgie lié à la fin de la participation de HN2 à la grande garde de neurochirurgie
 - o Augmentation du nombre d'accouchements liée à la future localisation de HN2.
- Effet Projet Médical sur l'orthopédie (+ 2 % par an sur trois ans).
- Effet attractivité (+ 1 % par an sur deux ans).

La méthodologie de calcul des recettes n'appelle pas d'observations particulières.

Les taux de prise en charge 2013 ont été retenus pour le calcul des recettes.

De même, les calculs ont été effectués à partir des tarifs 2013⁷, avec une hypothèse de stabilité des tarifs.

Observations

La part importante et supérieure à 50 % de gains escomptés sur l'évolution des recettes d'activité d'hospitalisation est un pari sur l'avenir et non une ressource garantie, d'où la fragilité du plan d'efficience établi par l'APHP.

L'évaluation de l'effet attractivité paraît donc très volontariste.

⁷ Source : Page 10 de la pièce n°21 du dossier

Il est suggéré une évolution plus lissée, sur trois ans, de 0,5 % par an.

De même pour l'orthopédie, l'effet Projet Médical escompté de + 2 % par an sur trois ans devrait pouvoir être réévalué plus prudemment (+ 1 à + 1,5 % par an sur trois ans).

Ces recommandations conduisent à revoir les évaluations de recettes supplémentaires attendues sur l'hospitalisation MCO à hauteur de -30 %.

Le gain total escompté après la mise en service sera ainsi ramené à 8,83 M€ (- 2,07 M€).

→ **Titre 1 : Ambulatoire**

Compte tenu des remarques précédentes concernant la bascule ambulatoire (taux de bascule ambulatoire, taux de rotation), il est possible d'escompter des recettes supérieures liées à l'évolution du nombre de séjours ambulatoires, à moyens constants, considérant toutefois que cette évolution n'impacte pas le volume des séjours en hospitalisation complète.

Observations

Pour autant les experts proposent de maintenir l'évaluation des gains attendus de la bascule ambulatoire à 2 600 000 € la troisième année d'ouverture.

→ **Titre 1 : Consultations externes**

Gains attendus la troisième année d'ouverture : + 463 000 €

Un effet attractivité de + 1 % par an sur 2 ans peut être validé.

Par de remarques sur la méthodologie de calcul.

→ **Titre 1 : Recettes issues des Urgences**

Gains attendus la troisième année d'ouverture : + 700 000 €.

Un effet attractivité de + 1 % par an sur 2 ans peut être validé.

Par de remarques sur la méthodologie de calcul.

→ **Titre 2 des recettes**

Le rapport de l'ARS reprend mot pour mot la note de l'APHP (pièce n°21) sur les gains à attendre en recettes du titre 2, soit **2, 259 M€**, réparties sur 4 années. Il ressort des explications fournies, qui sont peu détaillées :

- que les recettes du ticket modérateur (C/ 7321,7322 et 7324) ainsi que les facturations des prestations au profit de malades d'un autre établissement (C/734) et les produits à la charge de l'Etat (C/ 735) devraient évoluer dans la même proportion que les recettes de titre 1 ;
- que les recettes de forfait journalier MCO ont été abaissé de 7 % par rapport à 2013 (baisse des journées d'HC) ;

- qu'enfin, les recettes des patients étrangers ont été augmentées sur la base de la hausse d'activité, dans la même tendance que les recettes de titre 1, mais un abattement prudentiel de 40 % a ensuite été appliqué, considérant que cette part de patients, donc de recettes, n'a pas vocation à augmenter dans une parfaite similitude avec les autres.

Il convient tout d'abord d'observer qu'un montant de recettes supplémentaires de 2,259 M€ représente une augmentation de 5,7 % des recettes de titre 2, qui s'élevaient en 2014 à 39,3 M€. Or, il faut rappeler que celles-ci n'évoluent pas au même rythme que les recettes de titre 1, compte tenu de leurs modalités particulières de calcul :

- la participation des assurés aux frais d'hospitalisation (20 %) a pour assiette de calcul le tarif journalier de prestation (TJP), dont le montant, fixé par l'ARS sur proposition de l'établissement, varie selon les hôpitaux, et dépend du nombre de journées pendant lesquelles le patient a été hospitalisé. Dans la mesure où il est prévu une diminution de la DMS, un éventuel accroissement de l'activité généré par le projet n'entraînera pas ipso facto une augmentation du nombre de journées facturables, *a fortiori* si la croissance d'activité est obtenue en partie grâce au développement des prises en charge ambulatoires. Si, par ailleurs, et comme cela était prévu à l'origine, il était décidé de calculer le TM⁸ sur les tarifs de GHS, l'APHP risquerait fort de subir un manque à gagner par rapport à la méthode actuellement applicable.
- Les recettes tirées de la facturation du forfait journalier sont-elles aussi tributaires du nombre de journées réalisées, et du reste l'APHP prévoit de les abaisser de 7 %, comme indiqué ci-dessus, en considération d'une baisse du nombre de journées en hospitalisation complète.

L'examen des comptes de l'établissement indique d'ailleurs que ces deux postes de recettes ont peu progressé en 2013 et ont diminué en 2014 alors que pendant la même période les recettes des GHS augmentaient sensiblement.

Tableau : Evolution des recettes de ticket modérateur et de forfait journalier de l'hôpital Lariboisière

	2012	2013	2014	Evolution 2013/2012		Evolution 2014/2013	
Recettes ticket modérateur (hospitalisation)	14,20	14,29	13,22	0,08	0,6 %	- 1,07	- 7,5 %
Recettes forfait journalier	3,85	3,95	3,94	0,10	2,6 %	- 0,01	- 0,3 %

Source : APHP compte d'exploitation 2014 de l'hôpital Lariboisière

Il conviendrait donc de revoir la prévision de recettes de ticket modérateur en hospitalisation, et de confirmer une baisse des recettes de forfait journalier, comme le prévoit l'APHP.

S'agissant des recettes de patients étrangers, dont le montant est de 15,55 M€ en 2014, leur augmentation, suivant les indications du rapport de l'ARS *supra* (soit + 1 % pendant 2 ans et un abattement de 40 %) donnerait un supplément de 0,22 M€.

⁸ Ticket Modérateur

Il reste les recettes de ticket modérateur sur les ACE (5,2 M€ en 2014) et les prestations au profit des malades d'autres établissements (1,3 M€ en 2014) ; en les majorant de 1 % pendant 2 ans, l'augmentation ne serait que de 0,13 M€.

Observations

En conclusion sur l'ensemble du titre 2, les recettes supplémentaires susceptibles d'être générées par le projet ne paraissent pouvoir atteindre le montant escompté et la prudence recommanderait de s'en tenir à une recette de 1,13 M€, soit une décote de 50 % du montant escompté par l'APHP.

→ **Titre 3 des recettes**

Gain total escompté à ce titre : 2,6 M€

Il se décompose ainsi :

- Contrat cafétéria : - 100 000 €
- Chambres individuelles : - 2 500 000 €

Il est prévu une augmentation très conséquente des recettes de chambres particulières, rendue possible par le nombre de chambres à un lit que comportera le nouveau bâtiment. La recette supplémentaire escomptée (2,5 M€) paraît toutefois exagérément optimiste, eu égard :

- Aux recettes enregistrées pour le seul hôpital Lariboisière ces 3 dernières années, qui sont décroissantes

Tableau : recettes de chambres particulières de l'hôpital Lariboisière

	2012	2013	2014
Recettes de chambres particulières (C/70824)	124 989 €	98 012 €	66 536 €

Source : APHP compte d'exploitation 2014 de l'hôpital Lariboisière

- Au montant total des produits comptabilisés à ce titre pour l'ensemble de l'APHP (8,77 M€ en 2014) et à ceux enregistrés à l'hôpital Georges Pompidou (HEGP) (991 663 € en 2014 et 832 401 € en 2013) qui est l'un des établissements les plus récemment construits de l'AP.

Il convient aussi tenir compte des caractéristiques de la patientèle de Lariboisière⁹ qui la rend peu encline à se voir facturer des suppléments.

Observations

La prudence recommande donc de retenir une prévision de recettes de chambres particulières plus modeste, qui ne saurait excéder le montant constaté le plus récemment à l'HEGP, soit 1 M€, auquel s'ajoute l'augmentation prévue pour la concession de la cafeteria, soit 100 K€

⁹ Note ARS du 24 juin 2015 : l'est parisien (10, 18 et 19^{ème} arrondissements) présente de fort taux de pauvreté, d'allocataires du revenu de solidarité active, RSA, et de bénéficiaires de la CMU-C. Au 1^{er} janvier 2013, le taux de CMU-C oscille entre 10 et 11 % ; le taux d'AME est de 4 %, pour atteindre 7 % dans le 19^{ème} arrondissement (Données CPAM).

Observations générales

En synthèse :

Gains en recettes supplémentaires attendus selon le promoteur du projet :

Titre 1 : + 10,9 M€

Titre 2 : + 2,3 M€

Titre 3 : + 2,6 M€

Total : 15,8 M€

Evaluation par l'expertise des recettes supplémentaires :

Différentiel de recettes

Titre 1 : + 8,83 M€

(- 2,07 M€)

Titre 2 : + 1,13 M€

(- 1,13 M€)

Titre 3 : + 1,1 M€

(- 1,5 M€)

Total : 11,06 M€

(- 4,7 M€)

6.1.3. Synthèse des gains

La synthèse des gains en dépenses et en recettes liés au projet d'investissement est évaluée à 30,6 M€ par l'APHP :

- Gains en économie de dépenses : 13,5 M€
1,3 M€ (RTT + volet biologie)
- Gains en recettes supplémentaires : 15,8 M€

Le gain en dépenses représente 48,4 % du gain total.

Le gain en recettes supplémentaires représente 51,6 % du gain total.

L'APHP propose de comparer un gain en dépenses de 14,8 M€ à un gain en recettes de 10,7 M€ (15,8 M€ - 5,1 M€), en neutralisant l'effet périmètre d'activités lié au transfert d'activités de Bichat-Beaujon et donc en limitant l'effet recettes aux seules activités du périmètre initial HN1. Ceci lui permet d'avancer un taux d'efficience de 61 % sur les gains en dépenses. Ce raisonnement peut être qualifié de spécieux.

En tout état de cause il conduit à minorer le taux d'efficience global du projet. De plus il ne reflète pas la réalité du périmètre d'activités du futur Lariboisière. Par ailleurs si on neutralise une partie des recettes, il conviendrait également de neutraliser une partie des dépenses.

Observations générales

Selon la réévaluation par l'expertise des gains attendus en recettes, la synthèse des gains liés au projet d'investissement s'établit ainsi :

- Gains en dépenses : 13,5 M €

1,3 M€ (RTT + volet biologie)

Total : 14,8 M€

- Gains en recettes : 11,06 M€ (au lieu de 15,8 M€ évalués par le promoteur)

Total des gains en dépenses et en recettes :

25,86 M€ (au lieu de 30,6 M€ évalués par le promoteur)

Pourcentage des gains en économie de dépenses : 57 %

Pourcentage des gains en recettes supplémentaires : 43 %

Différentiel de gains total : 4,7 M€

Pour compenser ce différentiel de gains, un nouvel équilibre devrait être recherché par une meilleure optimisation des gains en économie de dépenses :

- Sur le titre 1, par un réemploi des gains RTT supérieurs à 50 %

- Sur le titre 2, par une amélioration de la pertinence des prescriptions, du circuit du médicament et donc par une économie supplémentaire sur les dépenses médicales et pharmaceutiques.

- Sur le titre 3, par des économies sur les consommations énergétiques dans le cadre de l'exploitation du nouveau bâtiment MCO.

Le projet d'investissement pourrait ainsi atteindre un meilleur équilibre des gains en dépenses et recettes et se rapprocher de la cible DGOS de plus ou moins 70 % d'économie de dépenses et plus ou moins 30 % de recettes supplémentaires.

En effet, si on ajoute 4,7 M€ aux gains en économie de dépenses, l'équilibre global serait le suivant :

- Gains en dépenses : 14,8 M€

4,7 M€

Total : 19,5 M€

- Gains en recettes : 11,06 M€

Total des gains potentiels en dépenses et en recettes :

30,56 M€

Pourcentage des gains en économie de dépenses : 64 %

Pourcentage des gains en recettes supplémentaires : 36 %

6.2. Situation financière de l'APHP au 31/12/2014

La situation financière la plus récente de l'APHP s'apprécie à partir du compte financier de l'exercice 2014, approuvé par le conseil de surveillance le 11/6/2015.

6.2.1. Equilibre d'exploitation

Tableau : Indicateurs d'exploitation de l'APHP (entité juridique)

<i>en M€</i>	2014	2013
Résultat de l'activité principale	- 48,79	- 61,03
Résultat activité principale/produits	- 0,68 %	- 0,91 %
Résultat toutes activités confondues	- 9,79	- 7,44
Résultat toutes activités confondues/produits	- 0,13 %	- 0,10 %
CAF	277,77	329,63
Taux de CAF	3,68 %	4,64 %
CAF nette	13,34	151,29
Taux de CAF nette	4,80 %	45,90 %
Marge brute toutes activités confondues	367,4	399,5
Taux de marge brute avec aides à l'investissement	5,12 %	5,90 %
Marge brute hors aides	329,16	361,73
Taux de marge brute hors aides	4,61 %	5,37 %

Source : compte financier 2014 de l'APHP

Si le résultat de l'activité principale s'est amélioré en 2014 il reste cependant déficitaire. Le résultat de l'entité juridique est proche de l'équilibre mais cela est très largement imputable aux plus-values de cessions d'immobilisations de la DNA (49,7 M€ en 2013 et 36,4 M€ en 2014).

La capacité d'autofinancement (CAF) a diminué en 2014 mais s'établit à un niveau supérieur à celui prévu dans l'annexe financière du rapport de l'ARS (252,9 M€). La CAF nette se contracte fortement du fait, notamment, de l'arrivée à échéance en 2014 d'un emprunt obligataire remboursable *in fine*.

La marge brute¹⁰ s'est dégradée en 2014 du fait du mode de calcul qui intègre dans les produits courants les recettes sur exercices antérieurs issues de la procédure Lamda (C/7722), lesquelles ont diminué fortement entre 2013 et 2014 (39,8 M€ vs 72 M€). En ne retenant pas les recettes Lamda dans le calcul de la marge brute, celle-ci serait restée stable sur les deux dernières années (327 M€).

Hors aides, le taux de marge brute est de 4,61 % en 2014.

¹⁰ La marge brute a été calculée pour 2013 et 2014 selon la méthodologie définie par l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel, soit :

produits courants (C/ 70 à 75, sauf 7087, et 7722) – charges courantes (C/ 60 à 65, 7087 déduit).

Le taux de marge brute est le rapport entre la marge brute, telle que précédemment définie, et les produits courants.

6.2.2. Equilibres bilanciaux

L'état C7 du compte financier 2014 de l'APHP, qui permet de déterminer le montant du fonds de roulement étant faux, l'ARS, à la demande des experts, a communiqué les montants corrigés suivants qui présentent un léger écart avec les calculs des experts, sans incidence sur l'analyse des équilibres bilanciaux :

Tableau : Fonds de roulement de l'APHP

<i>en €</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
Fonds de roulement	775 343 122,92	996 730 994,85

Source : ARS IF

qui présentent un léger écart avec les calculs des experts, sans incidence sur l'analyse des équilibres bilanciaux.

Tableau : Equilibres bilanciaux de l'APHP

<i>en M€</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
Fonds de roulement	772,8	994,1
Besoin en fonds de roulement	892,2	985,7
Trésorerie nette	- 119,4	8,4

Source : compte financier 2014 de l'APHP et calcul contre-expertise

Le FDR s'est contracté en 2014, du fait notamment d'une diminution de l'endettement à moyen et long terme, et ne couvre plus le BFR, bien que celui-ci ait également diminué. Il en résulte une trésorerie nette négative qui a conduit l'APHP à mobiliser des crédits de trésorerie pour un montant très conséquent, non remboursés à la clôture de l'exercice (98,04 M€).

6.2.3. Endettement

En 2014, l'APHP a réduit son encours à moyen et long terme et ses ratios d'endettement n'atteignent pas les seuils réglementaires au-delà desquels le recours à l'emprunt est subordonné à l'accord de la tutelle¹¹.

Tableau : Ratios d'endettement de l'APHP

	<i>2014</i>	<i>2013</i>	<i>Seuils réglementaires</i>
Encours de dette (en M€)	2 164,9	2 238,3	
Indépendance financière	48,6 %	47,7 %	>50 %
Durée apparente de la dette (en année)	7,8	6,8	>10
Encours/ total produits	29,0 %	31,8 %	>30 %

Source : compte financier 2014 de l'APHP et calcul contre-expertise

¹¹ Art D. 6145-70 du code de la santé publique

Il faut toutefois observer que la réduction de l'endettement à moyen et long terme s'est accompagnée d'un appel à des concours à court terme à hauteur de 98,04 M€ non soldés à la clôture de l'exercice 2014. Si les crédits de trésorerie étaient consolidés en emprunts, le seuil encours/total produits serait dépassé et le taux d'indépendance financière serait très proche de 50 %.

Enfin, il conviendrait, pour apprécier la situation d'ensemble de l'endettement, de tenir compte des engagements hors bilan mais l'état A11 du compte financier de 2014, qui a vocation à les décrire, n'a pas été renseigné.

6.2.4. Situation financière de l'hôpital Lariboisière

Les résultats de l'hôpital Lariboisière, qui étaient déjà plus mauvais que ceux de l'entité juridique, se sont encore dégradés en 2014. La marge brute et la CAF suivent le même mouvement.

Tableau : Marge brute et capacité d'autofinancement

<i>En M€</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Résultat	- 4,31	- 4,58	- 7,82
Résultat/produits	1,6 %	1,6 %	2,7 %
Marge brute	11,49	10,04	5,61
Taux de marge brute	4,3 %	3,7 %	2,0 %
CAF	9,93	8,43	4,68
Taux de CAF	3,6 %	3,0 %	1,6 %

Source : APHP compte d'exploitation 2014 de l'hôpital Lariboisière

Cette évolution défavorable tient notamment à :

- L'augmentation des charges de personnel : + 3,3 % en 2014 (+ 5,9 M€) ;
- L'augmentation des consommations médicales, hors médicaments et DMI facturés en sus et hors rétrocessions : + 4,8 % en 2014 (+ 1,46 M€) ;
- La croissance quasi exponentielle des créances ANV dont le montant est passé de 1,8 M€ en 2012 à 6,3 M€ en 2014, alors qu'il se réduit au niveau de l'entité juridique (43,6 M€ en 2014 vs 46,1 M€ en 2013)
- Une progression modérée des recettes de titre 1 : + 2,4 % en 2014 (+ 5,8 M€), les produits des GHS augmentant sensiblement (+ 5,8 %) alors que la dotation MIGAC diminue ainsi que le forfait annuel Urgences du fait d'une baisse des passages en n-1
- Une diminution des recettes de titre 2 : - 2,4 % en 2014 (- 0,98 M€), due en particulier à la baisse du nombre de journées facturées au titre du ticket modérateur et du forfait journalier.

L'ARS n'a pas communiqué au CGI les comptes de résultat annexes 2014 de Lariboisière. Sur les trois derniers exercices connus, le CRPA USLD présente un déficit excessivement élevé qui ne s'est réduit en 2013 par rapport aux deux années précédentes qu'en raison d'un artifice comptable ayant consisté à diminuer de 2,3 M€ le montant des remboursements de frais au compte de résultat principal.

Tableau : Résultat du CRPA USLD de l'hôpital Lariboisière

<i>En M€</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Résultat	-2,43	-2,01	-1,03
Résultat/total des produits	-46,6 %	-40,1 %	-21,1 %

Source : APHP compte d'exploitation 2011- 2013 CRPA-B

Au niveau de l'ensemble de l'APHP les USLD présentaient en 2013 un déficit de 4,89 M€ ; l'USLD de Lariboisière était donc responsable de près du quart de ce déficit.

Enfin, l'hôpital Lariboisière gère un CRPA-P (activité médico-sociale), lui aussi fortement déficitaire (- 51 K€ pour 1 M€ de recettes en 2013).

6.3. Analyse du plan de financement

Tableau : Plan de financement proposé

<i>en k€</i>	Selon DIPI (§ 5.2)		Selon rapport socio-économique (§ 4.3)
	Montant	Montant ARS	
Mode de financement			
Autofinancement	93 920	93 920	94 000
Dont cession éventuelle d'immobilisations (1)	68 333	68 333	68 000
Endettement	134 919	134 919	
Part de l'emprunt pour laquelle l'établissement finance seul le surcoût	134 919	134 919	135 000
Hypothèse : Part aidée (nominal AC/DAF) au niveau national	0	0	
Subvention (FMESPP)	87 108	87 108	87 000
Subventions autres (à préciser)	0	0	
Total (1 +2 + 3	315 947	315 947	
1) : DNA et cessions liées au projet (ex : libération de site)		0	

Source : DIPI et rapport socio-économique

6.3.1. Mobilisation de l'autofinancement

Il est prévu un autofinancement, hors cessions d'immobilisations, de 25,62 M€ ce qui semble compatible avec le niveau de CAF de l'APHP constaté en 2014, et avec les prévisions de son évolution sur les 10 prochaines années.

Tableau : Evolution de la CAF et de la CAF de 2014 à 2025

En M€	2014 prévu	2014 réalisé	2015	2016	2017	2018	2019
CAF	252,90	277,77	281,63	339,00	314,40	334,98	357,79
Taux de CAF	3,49%	3,68 %	3,88 %	4,64 %	4,27 %	4,53 %	4,84 %
Remb emprunt	193,32	264,42	127,48	160,92	138,94	153,33	152,63
CAF nette	59,58	13,34	154,15	178,08	175,46	181,65	205,16
Taux CAF nette	23,6 %	4,80 %	54,7 %	52,5 %	55,8 %	54,2 %	57,3 %

En M€	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CAF	357,79	373,08	395,83	418,58	441,33	464,08	464,08
Taux de CAF	4,84 %	5,00 %	5,28 %	5,54 %	5,82 %	6,10 %	6,07 %
Remb emprunt	152,63	168,65	181,51	201,36	195,33	179,84	197,83
CAF nette	205,16	204,43	214,32	217,22	246,00	284,25	266,26
Taux CAF nette	57,3 %	54,8 %	54,1 %	51,9 %	55,7 %	61,2 %	57,4 %

Source : annexe financière du rapport socio-économique et compte financier 2014 de l'APHP

6.3.2. Mobilisation du fonds de roulement

Pour financer cette opération l'APHP n'est pas en mesure de prélever sur le FDR tel qu'il s'établit au 31/12/2014 (cf. *supra*).

Pour les années suivantes jusqu'en 2025, il est prévu un strict équilibre ressources/emplois du tableau de financement, d'où une stabilisation du FDR au niveau qu'il aurait dû atteindre en 2014 d'après l'annexe financière (894,3 M€), mais qui s'avère au vu du compte financier 2014 très inférieur. Le FDR ne couvrant pas le BFR devra mobiliser en permanence des crédits de trésorerie (Cf. tableau *infra*).

6.3.3. Optimisation du besoin en fonds de roulement

L'APHP prévoit de réduire progressivement son BFR en agissant sur les délais de facturation et en augmentant les paiements au comptant ; elle semble disposer en effet d'une marge de progrès importante en ce domaine, le montant de ses créances sur patients et mutuelles, exprimé en nombre de jours d'exploitation, apparaissant comme excessivement élevé, au regard des établissements franciliens et de ceux appartenant à la même catégorie, selon le référentiel Hospidag.

Tableau : Ratios du besoin en fonds de roulement

	APHP				Région 2013		Catégorie 2013	
	2010	2011	2012	2013	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
BFR en jours de charges courantes	47,6	51,5	60,4	47,9	-19,8	60,2	20,7	42,3
Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation	338	360,9	383,4	324,7	90,3	304	131,4	233,3
Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation	31,8	57,5	37,9	52,5	43,8	101,4	46,4	66,2

Source : Hospidiag

Une action sur le niveau des stocks devrait aussi être envisagée ; ceux-ci représentent en 2013 et 2014 plus de 40 jours de consommations et pourraient être réduit de moitié.

Si l'APHP arrive à réduire son BFR elle pourra ainsi réduire le recours à des crédits de trésorerie, qu'elle a prévu de mobiliser sur toute la période de 2014 à 2025.

Tableau : Evolution prévisionnelle des équilibres bilanciaux de l'APHP

En M€	2014 constaté	2015	2016	2017	2018	2019
FDR	772,80	894,31	894,31	894,31	894,31	894,31
BFR	892,16	988,64	978,64	968,74	958,95	949,25
Trésorerie nette	-119,4	-94,33	-84,33	-74,43	-64,63	-54,93

En M€	2020	2021	2022	2023	2024	2025
FDR	894,31	894,31	894,31	894,31	894,31	894,31
BFR	939,64	939,64	939,64	939,64	939,64	939,64
Trésorerie nette	-45,33	-45,33	-45,33	-45,33	-45,33	-45,33

Source : annexe financière du rapport socio-économique et calculs CE

6.3.4. Valorisation du patrimoine

Le plan de financement prévoit (cf. *supra*) des cessions d'immobilisations à hauteur de 68,33 M€, selon le DIPI et 68 M€ selon le rapport de l'ARS (§ 4.3) qui n'explicite pas ce montant; ce rapport mentionne (§4.4.2) :

- La libération de la frange ouest du site de Lariboisière, pour un montant estimé à 35 M€ qui ne pourront être perçus qu'à l'horizon 2020

- La libération totale du site de Fernand Widal pour un produit de cession estimé à 50 M€ inscrit dans le TFP en 2025,

Soit un montant total de 85 M€, différent de celui figurant dans le plan de financement.

En réponse à une demande des experts, l'ARS précise que les cessions d'immobilisations, pour un montant global estimé à 66,33 M€ (sic), sont celles rendues directement possibles par le projet de restructuration des sites du groupe hospitalier Saint-Louis/Lariboisière, soit :

D'une part, à l'échéance 2022 (soit postérieurement à la désaffectation des bâtiments) un produit de 35 M€ au titre de la valorisation de la frange ouest du site de Lariboisière (environ 6 000 m²) qui nécessitera cependant la modification du PLU, puisque la parcelle ciblée est actuellement classée en zone de grands services urbains (UGSU).

D'autre part, un revenu de 33,3 M€, correspondant aux 2/3 du produit attendu pour la cession de l'ensemble du site de Fernand Widal et cohérent avec le fait que l'opération sur Lariboisière permet la libération des 2/3 des surfaces actuellement exploitées sur Fernand Widal. La valorisation associée ne requiert pas de modification du PLU, celui-ci classant actuellement l'emprise de Fernand Widal en zone Urbaine Générale. Ce produit est inscrit pour l'exercice 2025.

Il faut observer que si la réponse de l'APHP mentionne un montant global de cession de 66,33 M€, le détail qu'elle en donne ensuite aboutit bien à un produit attendu de 68,3 M€, que les experts retiendront pour la suite de leur analyse, ainsi que les échéances auxquelles l'encaissement de ces recettes peut être espéré.

Observations

Toutefois, ni l'APHP ni l'ARS n'ont répondu à la question sur la façon dont avait été estimé le prix de vente attendu des cessions envisagées.

Au vu des textes en vigueur sur la mobilisation du foncier public en faveur du logement social¹² ainsi que des règles d'urbanisme, des abattements importants sont susceptibles d'être appliqués à la valeur vénale de ces biens.

La partie centrale, classée monument historique de Lariboisière doit être désaffectée et mise à disposition de tiers tels que l'INSERM. Si cette condition est satisfaite, il n'y a pas d'économie, ni de surcoût, les charges pouvant être facturées à l'occupant.

Les surfaces désaffectées (16 680 m² + 10 641 m²), étant importantes, il conviendra de s'assurer qu'elles puissent effectivement être mises à disposition de tiers solvables, sous peine de dépenses d'entretien à minima.

6.3.5. Recours à l'endettement

Compte tenu de la part d'autofinancement et des cessions affectés à l'opération, l'APHP devra emprunter 222,03 M€, si aucune aide à l'investissement n'est attribuée.

¹² Loi n° 2013-61 du 18 janvier 2013 et décret n° 2014-1743 du 30 décembre 2014

La projection présentée dans l'annexe financière du rapport socio-économique prend en compte une aide, sous forme de complément d'apport ou de subvention d'investissement, d'un montant total de 87,108 M€ versée par tranche annuelle de 10,89 M€ de 2016 à 2023 et les ratios d'endettement à venir de l'APHP ont été calculés sur cette base.

Dans l'hypothèse où le projet ne serait pas aidé, l'augmentation du recours à l'emprunt permettant de compenser l'absence d'aide entraînerait une légère dégradation du taux d'endettement de l'APHP, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau : Ratio prévisionnel encours de dette/ produits de l'APHP

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Avec aide	31,6 %	31,3 %	31,1 %	31,4 %	32,5 %	33,3 %
Sans aide	31,2 %	31,0 %	30,9 %	31,4 %	32,7 %	33,6 %

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Avec aide	33,3 %	34,1 %	33,4 %	32,8 %	32,2 %	31,7 %
Sans aide	33,6 %	34,6 %	34,0 %	33,5 %	32,9 %	32,4 %

Source : annexe financière du rapport socio-économique et calcul CE

Le coût supplémentaire généré par un emprunt de 87,108 M€, calculé selon les mêmes hypothèses d'indiquées *supra*, est de 6,13 M€ correspondant à une annuité constante sur 20 ans à 3,5 %.

La marge brute disponible après paiement de la charge annuelle de la dette, évaluée à 271,67 M€ en 2025, selon l'annexe financière, en serait amputée d'autant.

6.4. Analyse sur les impacts financiers en exploitation

Les impacts du projet sur les charges et les produits, hors titre 4, ont été analysés ci-dessus.

6.4.1. Coût du financement et charges du titre 4

Le rapport socio-économique ne comporte aucune indication chiffrée sur les charges financières et les dotations aux amortissements induites par le projet, au motif que le financement des opérations d'investissement relève d'une gestion centralisée au niveau de l'entité juridique APHP et n'est pas déclinée à l'échelle des groupes hospitaliers et des établissements géographiques. La note de l'APHP sur le calcul des gains en exploitation (pièce n° 21 du dossier) ne traite pas non plus du titre 4.

Le coût du financement du projet sera donc déterminé sur la base de la somme que l'APHP devra emprunter, soit : le coût total TDC (315,95 M€) moins la part autofinancé, dont le produit des cessions (93,92 M€), d'où un besoin de financement de 222,03 M€.

Il est actuellement possible d'obtenir un taux d'intérêt fixe de 2,2 % sur 20 ans, mais la mobilisation des fonds nécessaires se fera sur toute la durée du chantier, qui s'étale sur plus de 10 ans, et l'évolution des taux sur une telle période n'est pas prévisible. Aussi, trois hypothèses ont été envisagées, correspondant à des taux de 3 %, 3,5 % et 4 %. En retenant l'hypothèse médiane, le coût du financement serait donc de 15,62 M€, représentant le montant d'une annuité constante d'un emprunt contracté sur 20 ans au taux de 3,5 %. On supposera que le capital commencera à être amorti à partir de la mise en service du nouvel investissement.

Tableau : coût d'un emprunt selon le taux d'intérêt

Taux	Durée	Capital emprunté (En M€)	Annuité constante (En M€)
2,2 %	20	222,03	-13,84
3,0 %	20	222,03	-14,92
3,5 %	20	222,03	-15,62
4,0 %	20	222,03	-16,34

Source : contre-expertise

Les charges financières, dans cette hypothèse, seraient en moyenne annuelle de 4,52 M€, auxquelles il faut ajouter les intérêts payés sur les financements qui seront mobilisés au fur et à mesure de l'avancement du chantier, soit en moyenne annuelle lissée sur 20 ans, 2,42 M€. Au total les charges financières du projet seraient donc de 6,94 M€.

La part de capital à rembourser devra être couverte par la dotation annuelle aux amortissements, qui pour une durée de 20 ans serait de $315,95/20 : 15,8$ M€.

Il sera considéré par ailleurs qu'à la date de mise en service du nouvel investissement, les charges financières et les dotations aux amortissements actuellement imputées au compte de résultat de l'hôpital Lariboisière n'auront plus lieu d'être. Les surcoûts nets du projet seront donc constitués par :

- Les charges financières générées par le projet (6,94 M€) moins les intérêts actuellement comptabilisés au compte de résultat de Lariboisière ;
- Les dotations aux amortissements du nouvel investissement, (15,8 M€), moins les dotations aux amortissements des immobilisations en cours qui seront mises hors service à l'achèvement des nouveaux bâtiments

6.4.2. Compte de résultat prévisionnel de l'hôpital Lariboisière après réalisation du projet

Selon les hypothèses de gains d'efficience retenues par la contre-expertise et en prenant en compte le coût de financement imputé au compte de résultat du nouvel hôpital de Lariboisière, celui-ci pourrait non seulement revenir à l'équilibre mais aussi contribuer à améliorer les indicateurs d'exploitation de l'AP HP tant en ce qui concerne les résultats que la marge brute et la CAF.

Tableau : Compte de résultat prévisionnel de l'hôpital Lariboisière

<i>En M€</i>	CHARGES	Réalisé 2014	Incidences du projet selon la C/expertise		Après projet	Ecart après/avant projet
TITRE 1	Charges de Personnel	183,90	-13,60		170,30	-7,4%
TITRE 2	Charges à caractère médical	47,19	-0,13		47,07	-0,3%
TITRE 3	Charges à caractère hôtelier & général	42,12	-1,10		41,02	-2,6%
TITRE 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	24,66	-13,20	22,74	34,20	38,7%
66	<i>Dont charges financières</i>	2,36	-2,36	6,94	6,94	194,1%
67	<i>Dont charges exceptionnelles</i>	2,82			2,82	0,0%
68	<i>Dont dotations aux amortissements</i>	10,84	-10,84	15,80	15,80	45,7%
68	<i>Dont dotations aux provisions CET</i>	0,48			0,48	0,0%
68	<i>Dont dotations aux provisions ANV</i>	8,16			8,16	0,0%
68	<i>Dont dotations aux provisions autres</i>	0,00			0,00	
	TOTAL DES CHARGES	297,87	-28,03	22,74	292,58	-1,8%

	PRODUITS	Réalisé 2014	Incidences du projet selon la C/expertise		Après projet	Ecart après/avant projet
TITRE 1	Produits versés par l'assurance maladie	225,40		8,83	234,23	3,9%
TITRE 2	Autres produits de l'activité hospitalière	39,31		1,13	40,44	2,9%
TITRE 3	Autres produits	25,34		1,10	26,44	4,3%
70	<i>Dont vente de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)</i>	0,98		0,10	1,08	10,2%
	<i>Dont recettes de chambres particulières (70824000)</i>	0,07		1,00	1,07	1515,2%
7071	<i>Dont rétrocession de médicaments</i>	7,72			7,72	0,0%
7087	<i>Dont remboursement de frais par les CRPA (activités suivies en comptabilités séparées)</i>	1,62			1,62	0,0%
72	<i>Dont production immobilisée</i>	-			-	
74	<i>Dont subventions d'exploitation et participations (hors FIR)</i>	2,19			2,19	0,0%
75	<i>Dont autres produits de gestion courante</i>	1,23			1,23	0,0%
76	<i>Dont produits financiers</i>	0,00			0,00	0,0%
77	<i>Dont produits exceptionnels</i>	2,26			2,26	0,0%
78	<i>Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions</i>	6,97			6,97	0,0%
6x9	<i>Dont rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)</i>	0,01			0,01	0,0%
6----9	<i>Dont remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes 6339)</i>	0,29			0,29	0,0%
	<i>Dont PIE Recettes de TITRE 3</i>	2,00			2,00	0,0%
	TOTAL DES PRODUITS	290,05	-	11,06	301,11	3,8%

TOTAL DES PRODUITS	290,05	-	11,06	301,11
TOTAL DES CHARGES	297,87	- 28,03	22,74	292,58
RESULTAT	-7,82			8,53

	Réalisé 2014	Après projet
Résultat/produits	-2,70%	2,83%

En M€

Produits courants (yc LAMDA)	278,45	288,51
Charges courantes	273,21	258,39
Marge brute	5,24	30,13
Taux marge brute	1,9%	10,4%

En M€

Résultat	-7,82	8,53
Dotations aux amortissements, provisions et dépréciations	19,48	24,44
Reprise sur provisions et dépréciations	6,97	6,97
Quote-part de subvention d'investissement virée au résultat	0,02	
Capacité d'autofinancement	4,67	26,00
Taux de CAF	1,6%	8,6%

6.5. Aides sollicitées

Le dernier plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'APHP, approuvé par lettre du DG de l'ARSIF du 22 août 2014, couvre la période 2014-2019. Cette approbation est assortie d'une demande tendant à ramener le montant des aides nationales à l'investissement sollicitées par l'APHP à 240 M€.

La somme de 240 M€ correspond au montant de l'aide envisagée, sous forme de compléments d'apports ou de subventions d'investissement, pour les deux opérations du projet « hôpitaux nord » :

- HN 1 (Lariboisière) pour 87,108 M€ ;
- HN 2 pour 152,892 M€

L'annexe financière au rapport socio-économique prévoit, sur la période 2014-2025 :

- a) un montant total de subventions d'investissements et de compléments d'apports de :
 - 320,9 M€ hors aides sollicitées pour le projet, comprenant notamment les aides pour HN 2 ;
 - 87,108 M€ sollicitées pour le projet ;
- b) un montant total d'aides inscrites en compte de résultat en AC, DAF ou FIR de 335,1 M€, correspondant à des engagements antérieurs à 2014.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Aides à l'investissement inscrit en compte de résultat (AC, DAF ou FIR)	38,20	31,09	28,56	27,60	26,58	26,16	26,16	26,16	26,16	26,16	26,16	26,16	335,1
Compléments d'apports et subventions investissements, hors aides sollicitées pour le projet	43,00	15,00	15,00	34,11	29,11	29,11	29,11	29,11	29,11	29,11	29,11	10,00	320,9
Compléments d'apports et subventions investissements sollicités pour le projet	-	-	10,89	10,89	10,89	10,89	10,89	10,89	10,89	10,89	-	-	87,11

Source : annexe financière au rapport socio-économique

Au total, si l'opération objet du présent rapport peut être réalisée sans aide, compte tenu des gains d'efficacité qu'elle génère, il n'en est pas nécessairement de même des autres opérations majeures, et notamment de la tranche HN2 du projet « hôpitaux nord ».

L'octroi d'une aide sur cette opération pourrait avoir pour contrepartie l'engagement de l'AP HP sur un effort supplémentaire de maîtrise et d'optimisation de ses charges à hauteur d'au moins 5 millions d'euros sur une base contractuelle avec l'ARS permettant d'améliorer le gain global d'efficacité du projet escompté par l'APHP.

6.6. Analyse des alternatives au plan de financement

Le rapport socio-économique envisage l'absence de soutien financier en concluant qu'il en résulterait un pic d'endettement que la contre-expertise a analysé *supra*.

6.7. Scénario hypothèse basse

Il n'est pas envisagé d'hypothèse basse dans le dossier.

6.8. Soutenabilité financière par l'évolution de la marge brute non aidée, le niveau de dette et la variation du fonds de roulement

Sur la base du PGFP 2014-2019 approuvé et de l'annexe financière au rapport socio-économique, les indicateurs d'exploitation évolueraient comme suit, durant les 10 années à venir :

Tableau : Evolution prévisionnelle des indicateurs d'exploitation de l'APHP

	2014 Constaté	2015	2016	2017	2018	2019
Marge brute EJ	367,37	336,62	406,16	388,83	416,76	436,56
Taux de MB EJ	5,12 %	4,89 %	5,81 %	5,53 %	5,87 %	6,09 %
Marge brute non aidé	329,16	305,53	377,60	361,23	390,17	410,40
Taux MB non aidé	4,59 %	4,44 %	5,40 %	5,14 %	5,50 %	5,73 %
CAF	277,76	281,63	339,00	314,40	334,98	357,79
Taux de CAF	3,79 %	3,88 %	4,64 %	4,27 %	4,53 %	4,84 %
CAF nette	84,28	154,15	178,08	175,46	181,65	205,16
Taux CAF nette	30,3 %	54,7 %	52,5 %	55,8 %	54,2 %	57,3 %

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Marge brute EJ	448,85	471,96	495,76	520,27	545,52	571,51
Taux de MB EJ	6,21 %	6,44 %	6,68 %	6,92 %	7,16 %	7,40 %
Marge brute non aidé	422,70	445,80	469,60	494,11	519,36	545,35
Taux MB non aidé	5,85 %	6,09 %	6,33 %	6,57 %	6,81 %	7,06 %
CAF	373,08	395,83	418,58	441,33	464,08	464,08
Taux de CAF	5,00 %	5,28 %	5,54 %	5,82 %	6,10 %	6,07 %
CAF nette	204,43	214,32	217,22	246,00	284,25	266,26
Taux CAF nette	54,8 %	54,1 %	51,9 %	55,7 %	61,2 %	57,4 %

Source : annexe financière au rapport socio-économique.

Il peut être constaté que la marge brute non aidé évoluerait favorablement pour atteindre un taux de 7,06 % en 2025. La CAF progresserait, elle aussi, ainsi que la CAF nette. L'atteinte de ces cibles suppose de la part de l'AP HP des efforts d'efficience très conséquents. A cet égard, l'ARS à l'occasion de l'approbation du dernier PGFP n'a pas manqué de souligner la relative fragilité du plan d'efficience présenté par l'établissement, qui repose, pour une part sans doute trop importante sur des hypothèses d'augmentation des recettes. Cette remarque vaut également pour le projet de Lariboisière.

Comme il a été vu *supra*, le taux d'endettement de l'APHP, même dans l'hypothèse d'une absence d'aide sur le projet Lariboisière, resterait à un niveau acceptable.

Le choix consistant à stabiliser le niveau du FDR (cf. *supra*) est soutenable à condition que l'APHP soit capable de maîtriser plus efficacement son BFR, qui pâtit des difficultés de recouvrement, faute de quoi elle devra mobiliser davantage de crédits de trésorerie et, de fait, augmenter son endettement.

7. Synthèse sur le projet « Nouveau Lariboisière »

L'offre de soin et le projet médical

L'offre de l'hôpital Lariboisière est centrale dans sa zone d'activité. La zone d'attractivité justifie d'une offre publique reconfigurée, tant en termes d'activité que de conditions d'accueil et de prise en charge des patients, et d'efficacité médico-économique.

La répartition projetée des activités entre le GH1 Lariboisière, F. Widal et St Louis et le futur Hôpital universitaire Nord (Bichat Beaujon) répond aux besoins de la population desservie. Il conviendra de veiller à la cohérence entre les deux GH notamment lors de l'élaboration du GH 2.

Le projet médical propose un schéma organisationnel concerté avec les acteurs. Il est fondé sur **une conception standardisée** des plateaux d'hospitalisation et **mutualisée** du plateau technique. **Une approche plus ambitieuse de la bascule ambulatoire doit constituer une piste prioritaire de travail avec les acteurs de terrain**, et ce dès avant l'ouverture du nouveau Lariboisière. Plus généralement les évolutions organisationnelles justifient d'un renforcement du plan d'action pour leur mise en œuvre progressive et pour l'accompagnement des équipes hospitalières à ces changements.

Le dimensionnement capacitaire du nouveau Lariboisière est globalement satisfaisant. **Les hypothèses d'activité sont volontaristes** concernant l'effet attractivité et l'effet projet médical sur l'orthopédie. **Leur poids supérieur à 50 % de l'efficacité globale du projet fragilise ce dernier.**

Le projet immobilier

Sur la base du PTD, le dimensionnement en surface du projet est satisfaisant. Il est compris dans les fourchettes des référentiels de dimensionnement. Néanmoins, ce PTD raisonne en surfaces programme sans tenir compte des locaux existants à restructurer ce qui pourrait modifier significativement les surfaces. La surface de la partie restructurée est quasi équivalente à celle de la construction neuve.

Une faisabilité de l'implantation dans les locaux existants permettrait de valider réellement les surfaces.

En ce qui concerne les coûts, sur les bases des surfaces du PTD, même si les travaux de restructuration sont un peu sous-estimés, ils sont convenablement évalués.

Le phasage de l'opération étant très complexe, **le calendrier de fin d'opération doit être rallongé de 16 mois minimum** soit, un achèvement début 2025.

Au vu de ces éléments et de la durée de l'opération, l'équipe projet devra être particulièrement attentive face aux risques de modifications de programme et au dérapage financier et de délais qui pourraient survenir.

La soutenabilité financière du projet

Le projet de reconstruction de l'hôpital Lariboisière est susceptible de générer des gains d'efficience importants par rapport à la situation financière actuelle de cet établissement. Les gains escomptés en dépenses d'exploitation sont globalement corrects. La politique de « réemploi » des gains en ETP de personnel non médical lié à la mise à plat des RTT a du sens, compte tenu des risques de tensions sociales qu'une telle mesure engendre. Les gains en recettes d'activité, qui reposent sur des hypothèses d'activité très volontaristes paraissent surestimés. Une révision à la baisse de ces gains potentiels à hauteur d'environ 5 millions d'€ paraît prudente. Dès lors, **un nouvel équilibre global des gains en dépenses et recettes est à rechercher sur les titres 1, 2 et 3** des charges d'exploitation, par une meilleure optimisation des organisations et de la gestion.

Les capacités d'autofinancement et d'endettement de l'APHP, présentes et à venir, autorisent la réalisation du projet sans aide mais la mise en œuvre de l'ensemble du programme d'investissement dans lequel s'inscrit cette opération nécessitera un soutien.

La contre-expertise s'interroge sur le montant attendu des cessions affecté au financement d'une partie du projet.

Les indicateurs d'exploitation, qui sont, au vu du compte financier 2014, assez moyens, devraient s'améliorer si l'APHP réalise effectivement le projet de réduction de ses coûts qu'elle se propose d'entreprendre. **Un effort supplémentaire de maîtrise et d'optimisation de ses charges à hauteur d'au moins 5 M€ sur une base contractuelle avec l'ARS permettrait d'améliorer le gain global d'efficience du projet escompté par l'APHP.**

Le niveau d'endettement présent et son évolution, compte tenu des hypothèses sous-jacentes, décrites dans l'annexe financière au rapport socio-économique, demeure dans les limites généralement admises. Pour éviter de l'aggraver, **l'APHP devra toutefois mieux maîtriser son BFR.**

En conclusion, la contre-expertise donne un avis favorable au projet « Nouveau Lariboisière » assortie des recommandations formulées ci-dessus.

Annexes

Schéma d'implantation actuel Lariboisière (septembre 2014)

TOTAL SITE : 108.227 m² SDO

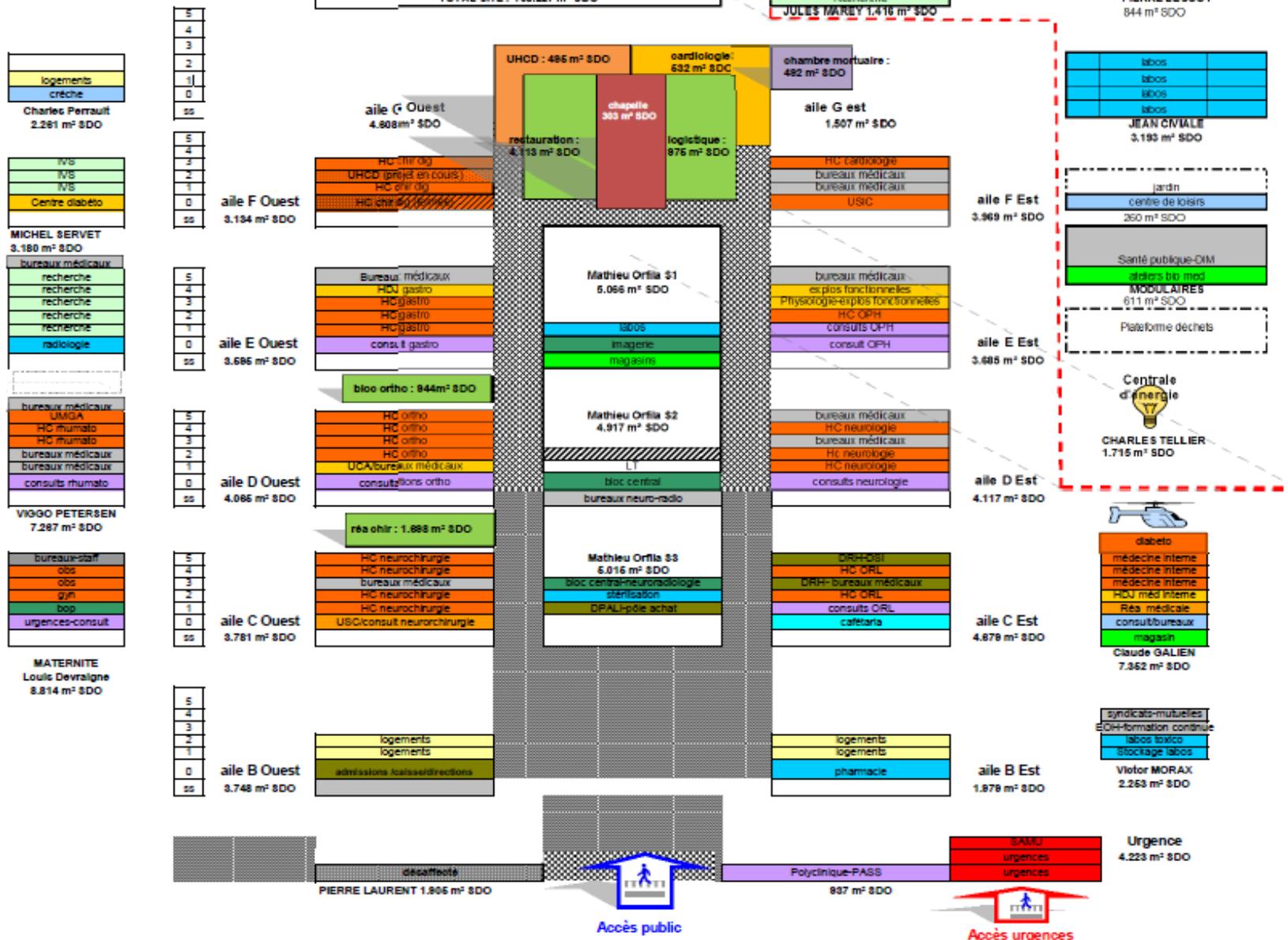


Schéma d'implantation cible fin de phase 1 du nouveau Lariboisière (2021)

