

Rapport au Commissaire Général à l'Investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-économique

du

Projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre

16 octobre 2014, complété le 20 février 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 une contre-expertise indépendante d'un 7^{ème} projet de reconstruction d'hôpital.

A la suite de la remise d'un premier rapport et d'un avis du CGI en octobre 2014, le Ministère de la Santé a souhaité porter à la connaissance des experts de nouveaux éléments complémentaires substantiels. En outre l'IGAS a été missionné afin de procéder à une évaluation du dimensionnement capacitaire du projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre².

Le présent rapport présente donc l'analyse du 16 octobre 2014, complétée après avoir pris connaissance de nouveaux documents fournis les 6 et 8 février 2015.

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. »

² Rapport IGAS M 2014-170 R, janvier 2015

Sommaire

1. Présentation du projet	6
Opportunité du projet	6
2. Offre de soins et dimensionnement	7
2.1. Cohérence du projet avec l'organisation de l'offre de soins territoriale	7
2.2. Dimensionnement	8
La chirurgie	8
Les soins critiques : Réanimation, surveillance continue et USIC	8
La médecine	11
Pour la Gynécologie et Obstétrique :	12
Pour le Médico-chirurgical Pédiatrique :	13
3. Procédure et coût des travaux	15
3.1. Justification de la procédure retenue	15
Macro-lots plutôt qu'une ou entreprise générale ?	15
Envisager de basculer en Conception-Réalisation	15
3.2. Coût des travaux	16
Le document « N°3 Rapport d'évaluation de l'ARS »	16
Le document « CHU PAP bilan au 0909201 » de l'AMO	17
Le document « ABM1-APS2-EST-Estimation prévisionnelle des travaux » de la maîtrise d'œuvre	17
Estimation de l'APS2	18
4. Analyse des plans, des surfaces et des fonctionnalités	19
4.1. Généralités	19
4.2. Méthodologie d'analyse	19
Niveau 5	21
Niveau 4	22
Niveau 3	23
Niveau 2	24
Niveau 1	25
Niveau 0	28
Niveau S1	30
4.3. En conclusion sur les surfaces	31
5. Soutenabilité financière du projet	34
5.1. Une situation financière gravement déficitaire et non maîtrisée, malgré des aides massives allouées sans contrepartie	34
Un établissement massivement aidé	34
Une exploitation gravement et chroniquement déficitaire	35

La dérive des charges de personnel	35
Une activité médicale peu dynamique	38
Un effort de redressement insuffisant	40
Des perspectives de retour à l'équilibre très incertaines	41
4.2. Plan de financement et impacts financiers du projet	41
Un retour sur investissement non garanti	42
L'absence de plan de financement et une incertitude sur le financement des équipements du nouvel hôpital	43
Un impact négatif du projet sur les équilibres bilanciaux	43
L'endettement de l'établissement ne devrait pas diminuer significativement	44
Scénarios alternatifs	45
Autres investissements prévus	45
Valorisation du patrimoine	45
Calendrier prévisionnel des décaissements	46
4.3. Après compléments	46
Conclusions	48
1. Le projet architectural ne respecte pas les engagements communs de l'ARS et du maître d'ouvrage	48
2. Le programme capacitaire n'est pas proportionné aux besoins	49
3. La situation financière de l'établissement et les perspectives à moyen terme ne lui permettent pas de soutenir un projet d'investissement de cette envergure	49
3. La situation financière de l'établissement ne lui permettra de soutenir un projet d'investissement de cette envergure qu'à la condition d'adopter et de mettre en œuvre des mesures de redressement d'ampleur suffisante	49
Annexe 1 : évolutions du capacitaire	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue.....	9
Tableau 2 : Synthèse du capacitaire	14
Tableau 3 : Aides allouées au CHU de Pointe-à-Pitre.....	34
Tableau 4 : Evolution du résultat, de la CAF et de la marge brute, hors soutien ponctuel (toutes activités confondues)	35
Tableau 5 : Evolution des effectifs de personnel non médical	36
Tableau 6 : Evolution des effectifs de personnel médical en ETP moyen rémunéré.....	36
Tableau 7 : Evolution des produits d'exploitation et des charges de personnel	37
Tableau 8 : Indicateurs de productivité Hospidiag.....	37
Tableau 9 : Evolution de l'activité globale	38
Tableau 10 : Evolution de l'indicateur IP DMS Hospidiag.....	38
Tableau 11 : Evolution des parts de marché du CHU de Pointe-à-Pitre.....	39
Tableau 12 : Indicateurs de chirurgie ambulatoire	39
Tableau 13 : Activités de recours et référence	39
Tableau 14 : Pourcentage des entrées d'hospitalisation complète en provenance des urgences.	40
Tableau 15 : Taux d'occupation selon Hospidiag.....	40
Tableau 16 : Prévisions d'économies générées par le nouvel investissement.....	42
Tableau 17 : Evolution des équilibres bilanciaux.....	44
Tableau 18 : Evolution prévisionnelle des équilibres bilanciaux	44

1. Présentation du projet

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

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

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

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

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

Opportunité du projet

Mise aux normes techniques due à la situation particulière du bâtiment (sismicité) et l'absence de maintenance du bâtiment actuel dans une région au climat contraignant.

Attention à prendre en compte le facteur du coût de la maintenance du bâtiment, même neuf, dans le futur compte d'exploitation du nouvel ensemble.

2. Offre de soins et dimensionnement

2.1. Cohérence du projet avec l'organisation de l'offre de soins territoriale

Le CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes regroupe actuellement une quarantaine de services hospitaliers répartis sur quatre sites :

- le Centre Hospitalier Principal,
- l'hôpital Joseph Ricou,
- le pôle logistique,
- le secteur psychiatrique, (G04, G05, G06, la pédopsychiatrie).

Le périmètre du projet recouvre la totalité des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique actuellement réalisées par le CHU. Il exclut :

- le secteur logistique (blanchisserie, restauration) déjà rénové au sein d'un pôle implanté à 5 km du futur site ;
- de l'activité de soins de suite et de réadaptation adulte qui sera localisée à compter du premier semestre 2015 au sein du centre hospitalier gériatrique du Raizet en cours de restructuration ;
- de l'activité de Psychiatrie.

Le CHU est le centre de rayonnement Antilles-Guyane de la greffe rénale et est le seul dans la région à prendre en charge les spécialités suivantes : **brûlés, neurochirurgie, chirurgie vasculaire et thoracique, coronarographie, radiothérapie, médecine nucléaire, hyperbarie.**

Les **parts de marché** du CHU sont de **25 % en chirurgie, 45,7 % en médecine et 40 % en obstétrique.**

Le projet médical qui a été réalisé par un prestataire extérieur s'appuie sur les souhaits des acteurs plus que sur la réalité de sa faisabilité.

Il fait état en effet d'une augmentation d'activité d'ici à la première année d'ouverture du nouvel ensemble de **+25,6 %** (Projet médical du 25 Septembre 2013, Tome 3, page 8). La promotion des modes de prise en **charge substitutifs à l'hospitalisation** (enjeu du SROS) qui y sont évoqués le sont très brièvement sans que la substitution à l'hospitalisation complète ni des objectifs en matière de Durée Moyenne de Séjour (DMS) ne soient chiffrés en terme d'objectifs à atteindre.

Aussi, il nous semble raisonnable, comme le suggère l'ARS dans sa note de synthèse (point 3.2.2, page 25) de retenir une hypothèse de stabilité de l'offre **sur les 10 prochaines années**, avec une augmentation de 0,6 % par an sur la période d'ici l'ouverture. Cette estimation nous semble tout à fait réaliste compte tenu des parts de marché en place.

2.2. Dimensionnement

La chirurgie

L'activité chirurgicale est faible (8 875 actes/an) toutes activités confondues.

Pour la **chirurgie en hospitalisation complète**, avec une augmentation de 7 % d'ici à l'ouverture du nouveau site, les **besoins** sont estimés de l'ordre de **4 615 séjours/an**. Sont inclus dans ces séjours, le volume des séjours de soins critiques de Réanimation Chirurgicale.

Avec une DMS estimée à 4,5 et non de 6,6 comme proposé dans le document de l'ARS (page 27/41) et un taux d'occupation de 85 % cela donne un **besoin de 66 lits** de chirurgie complète et non de 100 lits comme évoqué dans le programme capacitaire proposé.

Le rapport IGAS argue une augmentation de la DMS au regard d'un transfert d'activité de DMS faible en ambulatoire. La DMS constatée sur des établissements à chirurgie complète comparable à celle du CHU de PAP donne une DMS de 4,5 et non de 5,83.

En prenant cependant l'hypothèse du rapport IGAS d'une augmentation d'activité chirurgicale carcinologique (225 séjours par an) et d'un taux de transfert de chirurgie ambulatoire ramené à 45 % comme le propose l'ARS (!) nous obtenons un nombre de séjours de 5 106 avec une DMS à 4,5, nous obtenons un besoin capacitaire de 77 lits de chirurgie en hospitalisation complète.

S'agissant de la chirurgie ambulatoire :

En 2012, seulement 1 466 séjours sont réalisés en chirurgie ambulatoire en raison du manque de surface affecté jusqu'ici.

L'ARS envisage un taux à l'ouverture du nouveau site de 45 % toutes chirurgies confondues. Ce taux doit s'envisager dans le cadre des recommandations de la loi de finances de la sécurité sociale et des recommandations de l'ANAP qui fixent un taux de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2018 de l'ordre de 50 % à 55 %, toutes activités de chirurgie confondues.

Pour le CHU de Pointe-à-Pitre ce taux se traduirait par un volume de **4 438 à 4 881 séjours** d'ambulatoire par an (50 % de 8 875 séjours en C).

En terme de capacité 4 438 à 4 881 séjours correspondent à un besoin de **20 places** pour une ouverture 242 jours/an * 15 places (en ne considérant qu'une rotation d'un patient par place et par jour). Or, les critères habituels de rotation sont de l'ordre de 2 à 2,5 patients par place en moyenne ce qui permettrait à terme la prise en charge annuelle - une fois la réorganisation logistique et soignante effective - de **9 762 patients par an en chirurgie ambulatoire** soit plus du double que le potentiel actuel du CHU sans modifier le capacitaire des 20 places à installer.

Le besoin est à notre sens estimé à **20 places de chirurgie ambulatoire** et non de 25 comme évoqué dans le prévisionnel capacitaire.

Cependant, compte tenu des remarques faites dans le rapport IGAS sur le taux de transfert en ambulatoire ramené à 45% au lieu de 50% retenus initialement et compte tenu d'un taux de rotation retenu à 1, le nombre de places **estimées est de 15.**

Les soins critiques : Réanimation, surveillance continue et USIC

S'agissant des soins critiques on note une demande d'augmentation des capacités conformément aux recommandations de la mission d'expertise diligentée par la DGOS et réalisée en Avril 2011. Le projet prévoit la création de 62 lits de soins critiques et d'urgence, qui ne trouvent pas entièrement leur justification dans l'activité constatée dans MAT2A ni au regard des normes en vigueur pour ces activités.

Tableau 1 : Activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue du CHU de Pointe-à-Pitre et du CH de Basse Terre.

Type d'UM	Nombre de lits déclarés		Nombre de suppléments théoriques		suppléments facturés en 2013			écart total/théo P à P
	CHU P à P	CH Basse Terre	CHU P à P	CH Basse Terre	CHU P à P	CH Basse Terre	total	
01A Réanimation adulte hors grands brûlés	20	5	7 300	1 825	7 002	709	7 711	411
01B Réanimation adulte grands brûlés	4		1 460				0	-1 460
02A Soins intensifs en cardiologie =USIC	10	6	3 650	2 190			0	-3 650
03A Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	10		3 650		1 113	0	1 113	-2 537
04 Néonatalogie sans SI	15	6	5 475	2 190	2 865	964	3 829	-1 646
05 Soins intensifs en néonatalogie	15	3	5 475	1 095	3 144	784	3 928	-1 547
06 Réanimation néonatale	10	4	3 650	1 460	3 001	373	3 374	-276
18 Soins intensifs en UNV	4		1 460				0	-1 460
<i>supplément STF</i>			<i>5 110</i>	<i>2 190</i>	<i>4 636</i>	<i>2 088</i>	<i>6 724</i>	<i>1 614</i>

Source : ATIH MAT2A 2013

Le CHU de Pointe-à-Pitre comporte un service de réanimation polyvalente-grand brûlés, uneUSIC et une unité de réanimation néonatale, mais aucune unité de surveillance continue, et aucune autre réanimation adulte.

Parmi les spécialités et activités présentes au CHU de Pointe-à-Pitre, on relève un service de neurochirurgie adulte, et une activité de greffe rénale. Il n'y a ni chirurgie cardiaque, ni hématologie lourde.

Le service de réanimation est le seul d'un territoire incluant la Guadeloupe, et ses dépendances proches. Le service de réanimation du CHU de Pointe-à-Pitre est ainsi le seul service de réanimation de la moitié nord des Petites Antilles, dans l'obligation de répondre seul à la demande habituelle, croissante dans ce secteur de la médecine, mais aussi aux pics d'activité.

Cependant il faut rappeler que l'activité chirurgicale du CHU est faible (8 000 actes/an).

Réanimation Polyvalente :

Existence de 20 lits souhaités de 35, en incluant les 5 lits de basse terre qui seraient supprimés, mais qui ne semblent pas fonctionner pas jusqu'ici (cf. rapport des experts de la DGOS) !

Le rapport de ces mêmes experts évoque dans un premier temps un besoin de **20 à 22 lits**. Cette capacité nous semble suffisante et, il conviendrait de pouvoir envisager architecturalement une augmentation de capacité à terme afin de faire face aux éventuels futurs besoins. **Avec la mise en œuvre effective d'une unité de surveillance continue, une unité de 25 lits nous semble recommandée.**

Surveillance continue adulte :

12 lits sont autorisés, mais non ouverts effectivement (cf. rapport d'experts DGOS).

Souhait capacitaire du projet : 17 lits. Le rapport des experts évoque un besoin de 10 à 12 effectifs et recommande que cette dernière soit attenante à l'unité de réanimation.

Nous partageons cette analyse, **soit 12 lits de surveillance continue.**

Réanimation néo-natale et néonatalogie :

Le projet prévoit de :

- passer de 12 à 16 lits en réa néonatal
- passer de 12 lits à 15 lits en SI néonatal dans le cadre du transfert des capacités de Basse Terre
- passer de 13 lits à 16 lits en néonatal en SI

Les capacités actuelles au regard des lits autorisés selon MAT2A paraissent amplement suffisantes pour absorber l'activité de Basse Terre.

S'agissant de la réanimation pédiatrique et compte tenu du volume, nous faisons nôtre les recommandations du rapport d'expert estimant que « Celle-ci ne doit pas être poursuivie dans le service de réanimation adulte. La réanimation pédiatrique implique un volume d'activité suffisant et une équipe médicale et paramédicale spécialisée. »

Deux solutions sont envisageables :

1°) Une prise en charge des enfants sur un seul site de réanimation pédiatrique Antilles Guyane (ce qui serait conforme au SIOS qui prévoit que la réanimation pédiatrique soit réalisée au CHU de la Martinique ;

2) Le développement au CHU de Pointe-à-Pitre, à l'image de ce qui existe en Martinique, d'une réanimation mixte : néonatale et pédiatrique.

Nous recommandons :

- 12 lits de réanimation néo-natale
- 12 lits de soins intensifs de néo-natalité
- 7 lits de néonatalogie et 7 lits Kangourou

Un arbitrage est nécessaire pour la réanimation pédiatrique conformément au SIOSS.

Surveillance continue pédiatrique : 0 lit demande : 5 lits. Cette demande est opportune s'il y a suppression de la réanimation pédiatrique, nous recommanderions dans ce cas de **prévoir 6 lits.**

Soins intensifs de cardiologiques et neuro-vasculaire : 16 demande 22 ;

Ces lits doivent être rapprochés géographiquement des services de médecine cardiologique et neurologiques.

Le nombre de suppléments pour soins intensifs est évalué à 5 828 en 2012 au CHU de PAP. La capacité semble suffisante à 16 places.

Dans le cas confirmé où l'activité de cardiologie du CH de Basse Terre est regroupée sur le site du CHU de PAP, il convient en effet d'incorporer cette activité et le facteur de progression de 1,1 % annuel pour l'USIC et les AVC en moyenne. Soit une base de 7 040 journées à l'horizon 2020 pour l'USIC et 1 760 journées pour l'UNV. Avec une DMS respectives de 5,52 et 2,68 pour l'USIC et l'UNV, le nombre de places de soins intensifs nécessaires est de 28 lits.

Lits de grands brûlés

D'après MAT2A, il y a 4 lits autorisés et non pas 8 comme indiqué dans le rapport, ce qui est conforme à l'art D 6124-153 du CSP. Les suppléments de réa grands brûlés ne sont pas

individualisés dans MAT2A et ne figurent sur le tableau d'activité par UF (document n°48) ; s'ils sont compris dans les 7 002 facturés en 2013, les capacités actuelles sont amplement suffisantes.

Lits UHCD

Le projet prévoit de passer de 14 à 26 lits.

Cette augmentation de capacité s'appuie uniquement sur le nombre d'ATU, mais le taux d'occupation actuel est de 78,52 % (document n°48 du dossier) pour 12 lits (et non 14 comme indiqué dans le rapport).

La réglementation (art D 6124-22 4° du CSP) prévoit 2 lits minimum :

« *La structure des urgences dispose notamment :*

[...].

4° D'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure. »

Au vu des données disponibles la capacité actuelle paraît suffisante.

En outre la recommandation faite au CHU de travailler à une meilleure organisation des lits d'aval des urgences, des consultations des actes externes et d'une maison médicale doit concourir à ne pas augmenter le nombre de places en UHCD.

Constatant que la part des urgences réelles en général ne dépasse pas 5 % des admissions et que les urgences sont embolisées par des consultations relevant de la médecine générale. Pour l'activité classique d'un service d'accueil des urgences (SAU), qui enregistre par exemple 60 000 passages par an, il est établi l'existence de trois "secteurs" dans un SAU, lesquels sont le déchoquage, destiné aux urgences vitales ou SAUV, le secteur traumatologie et le secteur médecine qui accueille "tout le reste". Un SAU de 60 000 passages par an reçoit chaque jour environ 165 passages, dont 90 en traumatologie et 70 en médecine. Parmi ces 70 passages, 30 ne relèvent que d'une consultation de médecine générale, 15 relèvent d'un circuit court spécialistes (douleurs thoraciques, hémiplégie, coma, hémorragie digestive...) 25 sont des patients dont la plainte relève d'une pathologie non évidente.

Recommandations : 14 places d'UHCD + les 4 lits dits de « crise sanitaire » soit 18 lits.

La médecine

Les parts de marché en Médecine sont de 45,7 % sur la zone d'attractivité et de 34,2 % sur la région (sources Hospidiag) totalisant 21 757 séjours en 2013 contre 23 354 en 2010.

On note une diminution progressive des parts de marché depuis cinq années (52,1 % en 2009) et 6 500 à 7 000 séjours sont faits chaque année en mode ambulatoire (0 nuit) ce qui est faible.

Les activités principales se répartissent entre l'activité de cancérologie, de cardiologie, de pneumologie, neurologie et endocrinologie.

Les volumes d'activité de médecine, bien que souvent leader en parts de marché sur le territoire à l'exception de la cardiologie qui est devancée par la principale clinique, sont d'un niveau de volume faible : (chiffre 2013 issus de l'ATIH) :

Cardiologie :	1 525 séjours	30 % des parts de marché
Pneumologie :	2 500 séjours	71 % des parts de marché
Neurologie :	1 800 séjours	66 % des parts de marché
Endocrinologie :	2 500 séjours	66 % des parts de marché

Les pourcentages des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) de référence ou de recours sont également faibles. S'agissant de la cardiologie interventionnelle, il est fait état de partenariat avec la Martinique sans que celui-ci ne soit développé dans le cadre d'une synergie et maintien des compétences souvent pointues dans ce domaine compte tenu de l'obligation de réaliser un minimum de volume d'activité. (Actuellement 452 cathétérismes vasculaires sont réalisés chaque année au CHU de la Guadeloupe).

Le projet capacitaire du programme prévoit une progression de 7 % soit **7 585** séjours dont 7 % d'ambulatoire et une diminution de la DMS à 7,97 au lieu de 9,17.

Le volume de séjours et la DMS retenus nous semblent réalistes. Par contre le taux de médecine ambulatoire hors séances et le taux d'occupation sont peu ambitieux, même si l'on prend en compte la situation archipélique de la région. **Les activités hémodynamiques, d'endoscopies digestives et pulmonaires, les chimiothérapies en séances doivent pouvoir d'organiser en quasi-totalité sur un mode ambulatoire.**

Sur un plan organisationnel, les alternatives à l'hospitalisation et les secteurs de séances (notamment de chimiothérapie ambulatoire) doivent être organisées dans un accueil capacitaire distinct de l'hospitalisation complète.

Pour la médecine nous retiendrons :

7 089 séjours avec 85 % de taux d'occupation et une DMS de 7,97 ~~soit 180 lits et non 200~~ **soit 182 lits arrondis à 190 et non 200 soit un taux d'occupation de 81,5 %.**

S'agissant de l'ambulatoire, le nombre de venues estimées en 2020 est de 6 803+530= 7 333. Avec une ouverture 244 jours et un taux de rotation retenu de 1, le nombre de places peut être retenu à 30 places.

40 places d'alternatives (dont les séances de chimiothérapie ambulatoire) et non 50.

Le besoin en médecine est de 180 190 lits et 40 30 places de médecine ambulatoire ou de séances.

Pour la Gynécologie et Obstétrique :

Obstétrique :

Il y a, en 2013, 1 789 accouchements contre 1 929 en 2012 et 1 843 en 2011.

Le nombre de séjours de gynécologie/obstétrique est de 3 549 en 2013, 3 796 en 2012 et 3 593 en 2011 (source ATIH).

Les perspectives indiquées dans le projet sont de 2 369 naissances à horizon de 10 ans en prenant le pari de la fermeture d'une maternité privée justifiant une augmentation de capacité de 20 %.

Cette hypothèse n'est pas réaliste, ce d'autant que le taux d'occupation est très faible (73 %) et qu'il existe 2 maternités privées sur le territoire. Il y a fort à parier que l'activité de l'une se regroupera sur l'autre et d'autre part vont continuer à se développer les maisons de naissance et le rôle des sages-femmes libérales limitant le nombre de naissance en milieu hospitalier. **Encore une fois l'hypothèse d'une fermeture de la maternité privée de la Polyclinique de la Guadeloupe qui réalise 400 accouchements/an, se répartira entre la clinique les eaux Claires et le CHU mais ne crée pas de besoin capacitaire supplémentaire compte tenu de la baisse de la natalité de la mise en œuvre des alternatives à l'hospitalisation et du programme PRADO mis en œuvre par l'Assurance maladie pour la réduction des durées de séjour.**

Tout au plus faut-il prévoir une possibilité d'agrandissement, le cas échéant, et améliorer les taux d'occupation.

Au total la capacité de la gynécologie et de l'obstétrique est de 40 à 50 lits et de 6 places et non 78.

Pour le Médico-chirurgical Pédiatrique :

La chirurgie des nouveaux-nés concerne 13 enfants en 2013 et 6 en 2012 et représente 87 % des parts de marché du territoire.

1 700 séjours en 2013 concernent les affaires médicales des nouveaux nés et de la période périnatale.

L'ensemble de l'activité médico-chirurgicale des enfants de moins de 16 ans est déjà comptabilisé dans le volume d'activité médico-chirurgical global du capacitaire.

Il revient à mettre en place un service de pédiatrie adapté à la volumétrie.

2 services sont proposés au lieu des trois existants mais avec la création d'un service de SSR pédiatrique identifié par manque d'existence de structures identifiées dans le territoire d'après l'ARS.

Le projet médical d'une telle création, s'il semble parfaitement opportun, manque de précision quant à son organisation et sa volumétrie afin de quantifier la structure qui se rapproche plus du médico-social que du MCO et des services de la protection de l'enfant.

Nous ne retenons pas la création de cette structure médico-sociale de 10 lits.

Nous estimons par ailleurs que la volumétrie du service de Pédiatrie médico-chirurgical peut être ramenée à 28 lits et 16 places.

Tableau 2 : Synthèse du capacitaire

	Capacitaire 2013 des secteurs concernés par le projet de reconstruction (hors SSR adultes, psychiatrie et Pédo-psychiatrie)			Capacités prévues dans addendum PTD			Capacités retenues par les Experts version corrigée en Février 2015		
	lits>24h	Places<24h	Total	lits>24h	Places<24h	Total	lits>24h	Places<24h	Total
médecine adulte	201	46	247	200	50	250	180 190	40 30	220
chirurgie adulte	131	6	137	100	25	125	70 77	20 15	90 92
gynéco-obstétrique	80	6	86	78	0	78	50	6	56
médico-chir pédiatrique	53	10	63	40	16	56	28	16	44
ssr pédiatrique	0	0	0	10	0	10	0	0	0
Sous-total 1	465	68	533	428	91	519	328 345	82 67	410 412
réanimation adulte	20	0	20	35	0	35	25	0	25
surveillance continue adulte	4	0	4	17		17	12	0	12
USIC-USNV	14		14	22		22	18 28	0	18 28
Grands brûlés	6	2	8	10	0	10	6		6
réa Néonate	12		12	16		16	12		12
SI Néonate	12		12	15		15	12		12
Néonate	13		13	16		16	13 14		13 14
SC Pédiatrie	0		0	5		5	6		6
UHCD adultes et Pédiatriques	14		14	26		26	14		14
Crise	0		0	4		4	0 4		0 4
Carcéral	2		2	2		2	2		2
Dialyse		14	14		15	15		14	14
Sous-Total 2	97	16	113	168	15	183	128 135	14	128 149
TOTAL MCO +SSR Pédiatrique	562	84	646	596	106	702	456 480	96 81	538 561

3. Procédure et coût des travaux

3.1. Justification de la procédure retenue

Macro-lots plutôt qu'une ou entreprise générale ?

Compte tenu de la procédure MOP actuellement suivie, le choix d'une définition de marchés en macros lots est le plus sûr **une bonne solution** pour la maîtrise d'ouvrage.

En effet il pourrait être fait :

- un lot construction et clos couvert (incluant les terrassements, fondations, VRD, gros œuvre, charpente métallique, couverture étanchéité, menuiseries extérieures, sur toitures...)
- un lot électricité (courant fort, courant faible, détection incendie, Gtb, sécurisation contrôle d'accès, téléphonie, informatique...)
- un lot fluides énergie (cvc, plomberie, gaz médicaux...)
- un lot corps d'état d'architecture (cloisons, plombage, sols, peinture, revêtements muraux, plafonds, menuiseries intérieures, quincaillerie, occultations, serrureries...)

Et des lots spécifiques (pneumatiques, quai, automatismes du bâtiment (portes automatiques, barrières...).

La situation actuelle des entreprises générales de bâtiment qui manquent de visibilité pour leurs carnets de commandes pourrait être une opportunité financière indéniable. En effet le début de cette année 2015 est catastrophique pour la commande d'opérations d'envergures, alors cette option est à étudier très sérieusement.

~~Cette composition permettrait d'éviter le pilotage de multiples intervenants, simplifiant ainsi la conception des interfaces et la synthèse et donc la mise en œuvre.~~

Envisager de basculer en Conception-Réalisation

~~La procédure de conception réalisation aurait plusieurs avantages.~~

~~Une fois le PTD bien calé (attention pour convertir un dossier MOP en Conception-Réalisation, il faut compléter et spécifier tous les éléments techniques et exigences des ouvrages et de leurs maintenabilité), les avantages sont les suivants :~~

~~– le choix du dossier lauréat se fait sur la base d'un APS, chiffré par les entrepreneurs, obligatoirement dans un cadre strict (financier et calendrier), après une audition permettant ainsi aux groupements de vraiment présenter leurs dossiers et de répondre à des questions posées par la commission technique pour éclaircir les points obscurs.~~

~~Le permis de construire peut donc être déposé sur cet APS recalé.~~

~~– une fois la mise au point effectuée avec le groupement mandataire le document APD peut être réalisé.~~

~~– le dossier PRO, s'il est de qualité, permet de mettre au point les EXE très rapidement.~~

~~le chantier peut démarrer dès l'obtention du permis de construire après purge du recours des tiers.~~

~~Le gain de temps par rapport à la loi MOP est donc bien réel puisque l'appel d'offre et son délai incompressible n'existent pas, cela évite à la fois les infructuosités et les relances.~~

~~Le gain financier est bien réel, en effet en Conception-Réalisation, l'architecte n'est pas le mandataire, ses honoraires sont donc diminués d'environ 3 %. L'OPC est bien sûr réalisé par le groupement et donc ce coût est ramené généralement à 1 %. Les frais de gestion du mandataire font déjà partie de l'offre et sont donc transparents pour le maître d'ouvrage.~~

~~Les pénalités sur le délai sont importantes pour le groupement et donc, mis à part des choix tardifs ou différés du maître d'ouvrage, le délai sera tenu.~~

~~Compte tenu de l'importance de délai pour le maître d'ouvrage, la mise en service du projet devient souvent le critère le plus stratégique car le financement s'appuie toujours sur une optimisation des moyens.~~

~~Le démarrage des nouvelles organisations est financièrement la plus importante des choses.~~

~~Entre rester sur la procédure actuelle et casser le marché pour une procédure de Conception-Réalisation, le délai serait peu différent, car l'appel d'offre n'est pas encore prêt avec le passage à l'APD et le PRO puis le DCE, et le stade APS devra attendre un opus 3.~~

3.2. Coût des travaux

Le document « N°3 Rapport d'évaluation de l'ARS »

En page 5, le plan n'est pas à jour car l'amphithéâtre et l'hélistation ne figurent pas.

En page 12, le planning est crédible.

En page 24, l'ARS nous rappelle que le programme 2014 est bien de 83 000 m² SDO pour 590 M€, 596 lits et 106 places soit 702 u.

Avec une surface de 83 000 m² et 702 lits et places, le ratio de 118 m²/lit est bon.

En page 34, le tableau financier de l'opération est le reflet de l'évaluation de l'AMO.

Le contrat de maîtrise d'œuvre porte sur une mission de base de **262 M€** et prend le principe d'un taux de 13,15 %, avec les missions complémentaires. La rémunération est portée ainsi à 35,175 M€ HT. Le problème, c'est que le coût serait de 270 M€.

Le taux est acceptable ainsi que les missions complémentaires (le montant des études de signalétique est quand même extravagant à 0,38 M€ HT...)

En page 35, les indices de révisions de prix sont trop forts en 2014 ; l'indice BT01 est nul voir négatif.

Le prix de 2 150 € du m² HT travaux est crédible bien qu'un peu élevé : actuellement, les coûts sont au maximum de 2 000 € pour les opérations de cette importance.

Cette proposition est effectivement adaptée au stade APS du projet.

Pour tenir compte de l'isolement insulaire de la Guadeloupe, le coefficient de "passage" est proposé à 1,47. Cette proposition est pratiquement acceptable, on pourrait même un peu améliorer ce coefficient car compte tenu de la proximité de la Martinique et de la pénurie d'opérations de constructions dans la période actuelle, la valeur de 1,45 serait certainement plus juste.

Cette différence n'est pas anodine car à cette échelle de surface, les 43 €/m² HT pèsent pour 3,57 M€ HT sur la surface des 83 000 m², et presque 3,9 M€ HT sur la surface des 91 000 m² dessinés dans l'APS2.

Le coût à retenir serait donc de (2 150 x 1,45) soit 3 118 € HT/m² SDO au lieu des 3 160 €HT/m², ce qui sur la surface de 83 000 m² du projet donnerait 258,8 M€ et non 270 M€.

Le document « CHU PAP bilan au 0909201 » de l'AMO

Les honoraires de prestations intellectuelles sont basés sur 262 M€ !

La rémunération de l'AMO est de 3,2% (base 262 M€). Ce montant est hors standard ; **une valeur de 2,6% aurait été plus adaptée** compte tenu du montant de l'opération.

Il faudra surveiller les 3,948 M€ d'aléas de missions.

Le montant de l'assurance des 8,1 M€ est surprenant, TRC ?

La provision des 7 M€ pour les aménagements extérieurs à la parcelle devra être expliquée et détaillée.

Les provisions de mise au point et d'aléas sont à ce stade APS correctement estimées.

Les révisions de prix des travaux devront être revues en fonction du BT01 fin 2014.

Le document « ABM1-APS2-EST-Estimation prévisionnelle des travaux » de la maîtrise d'œuvre

En page 7, le groupement prend l'addenda pour justifier des coûts supplémentaires. Or ces évolutions portent sur des réaménagements qui restent dans l'épure des 83 000 m². La mise en place des 24 lits (réa et SC adultes, SC pédiatrie et SI cardio) ne doit pas donner lieu à une évolution du coût.

Concernant la norme NFS 90-351, elle simplifie considérablement la conception et les principes de conception du traitement de l'air des secteurs à filtration adaptée.

On peut constater que les volumes d'air sont très inférieurs et donc que les centrales de traitements d'air et les gaines de soufflage et d'extractions sont de sections plus petites. En toute rigueur, l'application de cette norme doit faire diminuer d'environ 1 million d'euros dans cette taille de projet et non l'augmenter.

En ce qui concerne la radioprotection en bloc opératoires effectivement le plombage à 2 mm toute hauteur des parois et des portes des salles nous donne un surcoût de l'ordre de 50 000 € par salle ce qui correspond à 0,65 M€ HT pour les 13 salles et non pas 1,226 M€...

Le cas de la production d'air médical est surprenant car comment aurait-on pu construire un hôpital neuf sans cette production, donc cette prestation est incluse dans le prix de base.

En conclusion sur cette page, on peut dire que ces prestations s'annulent entre les moins-values du traitement d'air et la plus-value du plombage.

Les modifications programmatiques sont intégrées dans les plans et donc dans le chiffrage global.

Estimation de l'APS2

En tenant compte des plans remis et des surfaces vérifiées, nous pouvons donc estimer que le montant de ce projet, à cette phase est de $89\,264\text{ m}^2 \times 3118\text{ €}$, soit **278,3 M€ HT travaux**.

A ce prix, il faut ajouter les aménagements de la rue Caraïbes et de l'hélistation, ce qui porte ce chiffre à **306,5 M€ HT travaux**.

La valeur est estimée par le maître d'œuvre à 274,9 m€ pour une surface (présentée en page 6) de $81\,564\text{ m}^2$ SDO.

En recadrant à la surface proposée, les plans de l'APS2 soit $89\,264\text{ m}^2$, ce montant deviendrait au prix de $3\,370,4\text{ € / m}^2$ de la maîtrise d'œuvre un prix travaux de 300,85 M€ HT travaux.

En conclusion, le prix de cet ouvrage est bien sûr dépendant de la surface à construire, la rigueur des contrôles doit prévaloir avant de valider l'APS2.

Une ultime mise au point du programme capacitaire sera peut-être aussi la solution pour ramener ce projet vers la cible des $83\,000\text{ m}^2$ SDO.

4. Analyse des plans, des surfaces et des fonctionnalités

4.1. Généralités

Le plan de masse ne présente pas de difficulté avec une morphologie en hôpital « village ».

Cette disposition offre l'avantage de disposer les bâtiments le long d'un axe central qui va desservir les différentes fonctions avec simplicité pour le repérage des patients.

Elle offre, de plus, l'énorme avantage de pouvoir mettre le maître d'ouvrage pour l'avenir, au choix du planning des rythmes de construction. On peut imaginer qu'en fonction de l'évolution des activités, il pourra ainsi construire sans difficulté ni gêne pour le fonctionnement des activités et du reste du site.

A noter quand même que la circulation générale reliant l'ensemble des bâtiments est largement dimensionnée puisqu'avec une largeur de 6 à 7 mètres, elle s'organise sur une surface de circulation de 3 000 m².

Le dimensionnement des patios est bon, dans l'ensemble du projet nous avons des patios dont les dimensions varient de 8 m x 8 m au minimum jusqu'à 23 m x 15 m, ce qui permet d'avoir des distances entre façades tout à fait respectable pour éviter les vis-à-vis.

Les sur toitures seront composées de charpente métallique recouverte avec des bacs acier galvanisés, ces dispositions constructives sont nécessaires compte tenu du climat.

Une protection solaire est prévue en pergola sur les bâtiments 11 et 50, elle est en aluminium laqué avec des lames inclinées, des profils supports aluminium et des lames fixes ou pas standard. Ces pergolas formeront des brises soleil sur les façades et sur toitures exposées.

4.2. Méthodologie d'analyse

L'analyse des plans est faite selon la méthodologie suivante : analyse niveau par niveau en partant du haut vers le bas dans l'ordre d'examen des numéros des bâtiments du plus petit numéro au plus grand.

Les locaux techniques sont bien dimensionnés : compte tenu de la zone potentiellement cyclonique de climat ces locaux ne peuvent en aucun cas être de simples couvertures, le GER ainsi que la durée de vie de ces équipements sont directement liés à la qualité de ces clos couverts. L'analyse de chaque niveau ne porte donc pas sur ces espaces mais sera vérifiée en capacité surfacique en fin de calcul.

NOMENCLATURE DES BLOCS STRUCTURELS ET FONCTIONNELS



N°Bloc

11	Accueil - Admission
a	Accueil - Admission
b	Prélèvement, Sécurité et prévention
20	Rue Intérieure
a	Oratoire polycultuel
b	Passerelle de liaison B30/B50
c	Concessionnaire / Réunions
d	Galerie support et rue Caraïbes
e	Concessionnaire / Réunions
f	Passerelle de liaison B30/B50
g	Amphithéâtre
i	Atelier véhicule
h	P.FM O2 & NO2 / Local Air Médical
k	P.FM Secours
31	Ensemble 1
32	Ensemble 2
33	Ensemble 3
34	Ensemble parents enfants
a	Ensemble parents enfants
b	Passerelle de liaison B34/B50
40	Supports
a	Logistique et administration, bloc Est
b	Logistique et administration, bloc Ouest
c	Restaurant + Palletier + SAMU/SMUR, bloc Nord
d	Logistique, bloc Ouest
g	SAMU/SMUR, bloc Sud
h	Production d'énergie
i	Passerelle de liaison B40/B50
50	Plateau Technique
a	Bloc principal
b	Bunkers

Niveau 5

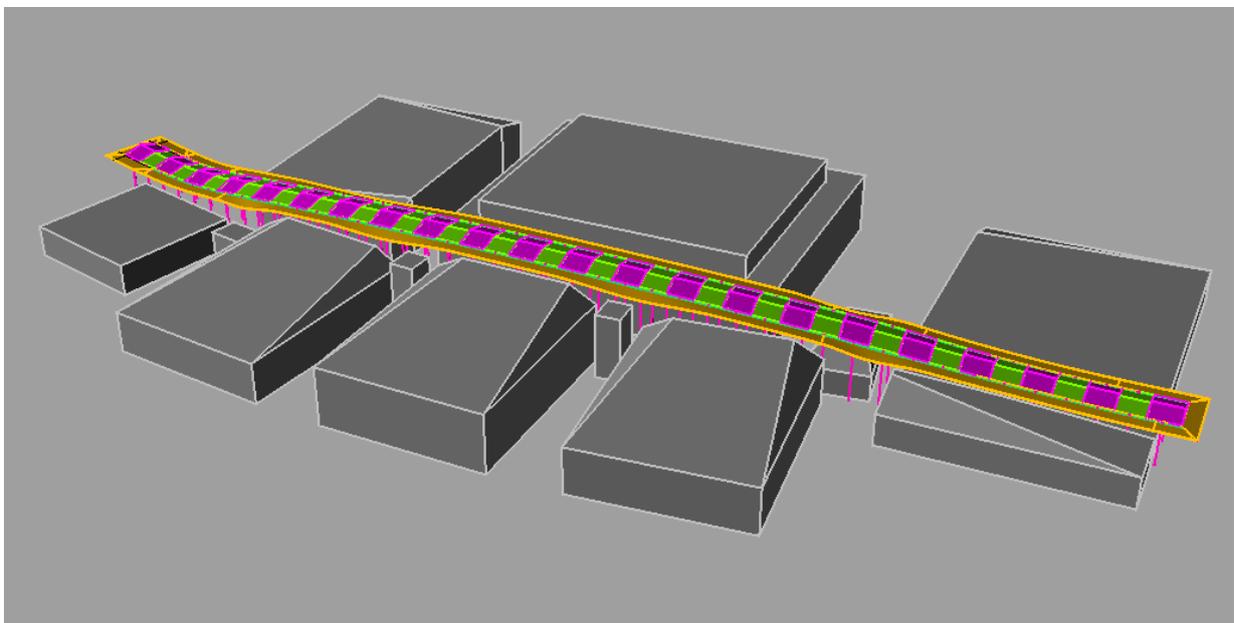
Bâtiment 20 (b,d,f)



Le bâtiment 20 est la rue centrale « CARAÏBES ». C'est un ensemble très important en termes de surfaces et de technicité. Cette rue de 300 m propose au RDC une surface de circulation et d'accès pour les différents bâtiments qui composent l'ensemble de l'hôpital. D'une largeur variable de 7 à 14 m, la surface totale est de 3 047 m².

Cet aménagement représente un coût important estimé par les experts à 3,6 M€ HT. Etrangement, il n'apparaît pas dans le tableau des surfaces ni dans le chiffrage.

Dans le document (QTS NOTICE ET CHIFFRAGE) du 8/09/2014 en page 10 article 5.1, la maîtrise d'œuvre indique que le calcul de la SDO intègre l'ensemble des locaux techniques et circulations (y compris les galeries logistiques et techniques **et hors impact de la rue CARAÏBES extérieure**) !



La couverture de cette rue est représentée sur le schéma ci-dessus. Cet ensemble monumental est long de 300 m avec une largeur variable de 19 à 25 m, il représente une surface d'environ 5 700 6 380 m² de toiture. La hauteur varie de 20 à 26 m au-dessus du sol avec en partie haute qui surplombe le plateau technique (bât 50) de 5 m. D'un poids de 700 tonnes, c'est vraiment une charpente métallique complexe qui s'ancre en deux points sur ce bâtiment 50, on peut se demander à quoi il peut bien servir en cas de grosses pluies battantes, ou de vents violents...

Cette toiture est détaillée dans les pièces écrites comme étant « inaccessible sauf pour l'entretien et les réparations » grâce à des chéneaux. Le point de montée n'est pas précisé mais l'accès sera compliqué compte tenu de l'altimétrie sauf avec un accès à partir du bâtiment 50. Cet ouvrage est vraiment compliqué. En effet, la complexité de la modélisation au vent en région cyclonique ainsi que la pérennité d'un tel ensemble de charpente et de bardage en tôle acier laquée ne présage rien de bon. L'estimation de ce genre d'ouvrage est complexe à ce stade des études car au-delà des fondations spéciales pour une construction de 6 étages de hauteur et de son contreventement,

L'approche financière peut quand même avoisiner les ~~23~~ 25 M€ HT.

Pour ~~5 750~~ 6 380 m² à 4 000 € le m² !

Bâtiment 50

L'hélistation, est tout à fait correcte et bien positionnée, avec 21 mètres de côté et une aire de stationnement. De la même façon que la couverture de la rue extérieure cet ouvrage n'apparaît pas dans le tableau des surfaces en page 11, 5.2 tableau des surfaces dans œuvre, qui sert pourtant de référence pour le calcul des 83 883 m² SDO base du calcul pour les coûts de constructions ! Le tableau synthétique des surfaces est joint en fin de cette analyse.

L'approche financière peut quand même avoisiner les ~~3,3~~ 1,6 M€ HT.

Pour ~~950~~ 450 m² à 3 500 € le m² !

Niveau 4

Bâtiment 50

Le plan du niveau + 4 est consacré à la biologie avec des surfaces très importantes de 3 418 m² ce qui correspond à une production de presque 53 millions de B selon le référentiel de dimensionnement fourchette basse !

Même si le dessin ménage de larges places sur des laboratoires ouverts avec des espaces bureaux et des locaux techniques périphériques de dimension acceptable. L'ensemble de ces espaces est quand même très grand 177 m² pour la microbiologie :

- 213 m² pour l'hématologie,
- des espaces communs de 258 m²,
- un laboratoire de biochimie de 200 m².

On peut remarquer à l'entrée du service une grande diversité et notamment 5 bureaux, dont 3 bureaux de cadres, 3 bureaux de chefs de services et une multitude de bureaux de praticiens, attachés, ARC.

L'aspect général est cohérent, la répartition des espaces est tout à fait bonne, on note une multitude de locaux annexes...

Un secteur de recherche clinique de 522 m² est joint à cette surface.

Les locaux techniques sont bien répartis à ce niveau avec des centrales de traitement d'air réparties en différents espaces regroupées autour des patios ce qui permet quand même d'avoir une logique de raccordement en verticalité et de prise d'air acceptable bien dissociables par façades et orientations.

La répartition des points de montées est également correcte, pas de chose surdimensionnée, notamment une circulation comportant 2 monte-personnes en lien avec la circulation générale et 1 monte-charge pratiquement en position centrale du bâtiment, ce qui permet de desservir correctement les activités du 4^{ème} étage.

Des vestiaires sanitaires correctement dimensionnés, compte tenu de l'espace avec une bonne ergonomie.

Niveau 3

Bâtiment 33

Ce bâtiment comporte un ensemble organisé autour de la cancérologie avec une équipe mobile de soins palliatifs, un hôpital de jour de médecine ambulatoire pour les chimio, un secteur dénommé secteur protégé de 4 lits en hématologie et enfin une unité de 30 lits.

Le monte-malade externe arrive en face de l'accueil pour les ambulanciers. Un monte malade interne se trouve peu plus loin, enfin un 4^{ème} ascenseur et un monte-charge logistique desservant un sas et un office alimentaire.

L'unité d'hospitalisation est liée à l'hôpital de jour de médecine par le secteur d'hématologie.

Les lits sont répartis de part et d'autre du patio dans une forme de U avec une salle de soins/bureau infirmier dans un seul espace de 35 m², donc tout à fait bien dimensionnée.

30 lits répartis en 4 chambres à 2 lits et 14 chambres à 1 lit composent l'hébergement.

Cette unité de soins est tout à fait bien dessinée, avec des chambres à 2 lits de 21,5 m², et des chambres à 1 lit de 14,2 m² en accord avec le référentiel de dimensionnement.

La conception des circulations est très généreuse puisque la dimension entre les 2 chambres des patients fait 2,86 mètres, le rétrécissement fait 1,90 mètres ce qui est là aussi un petit peu large un effort de redimensionnement sera nécessaire à l'APD ! A l'entrée du service un bureau médical, un bureau cadre infirmier, une réserve et puis un bureau pour les internes.

Toutes les chambres sont bien sur pourvues d'un cabinet de toilette de dimension standard avec un WC, douche et puis 1 ou 2 lavabos en fonction de la typologie de chambre donc rien à signaler.

Les locaux servants sont aussi raisonnables en surface, une salle de détente de 6 m² !, une salle de bains supplémentaire quelques locaux stockages et pré-désinfection donc pas de problème sur ce secteur.

La surface de ce demi-étage est de 1 026 m² SDO, en rapportant cette surface aux 30 lits cela donne 34,2 m² par lit, le plan est bon et respecte le référentiel de dimensionnement des hospitalisations.

En ce qui concerne le secteur appelé hématologie secteur protégé, là c'est assez curieux puisque les chambres plus le sas ne font que 24 m² y compris le sas d'accès et le sanitaire. Pour une chambre d'hématologie il faut obligatoirement une surface de 20 m² hors accès et sanitaire. Ce secteur est à repenser pour ces 4 chambres, l'isolement dans un secteur de médecine ambulatoire est peu recommandé, d'autant que le poste de soins n'est pas en vision directe du couloir.

L'hôpital de jour médecine ambulatoire chimio est constitué d'espaces dénommés chambres ou chambre avec fauteuils les surfaces sont de 13 m² sans blocs sanitaires mais des sanitaires communs regroupés au centre du dispositif.

La disposition en chambres ou en box ouverts pourrait être améliorée. L'entrée du service comporte des bureaux de consultations, infirmiers, assistantes sociales, psychiatres... donc l'unité paraît correcte acceptable.

La circulation d'accès en façade du bâtiment 33 fait 2,45 mètres ; elle est appelée galerie médicale pour permettre un accès au deux montes malades qui sont en interface avec le bâtiment 50, le bloc technique. Ces deux monte malades sont en cul de sac de 15 m et la mise au point de l'APD devra résoudre cette difficulté ! Elle pourrait permettre un accès direct à partir de cette galerie vers le plateau technique sans avoir à traverser les ascenseurs.

Bâtiment 50

Dans le bâtiment technique, nous trouvons une unité de soins intensifs en surveillance continue qui est donc dirigée par 2 postes de surveillance de 11 et 12 m² et des chambres aux alentours de 20 m² (dessinées à 19,7 m², il faudrait faire attention puisque la dimension standard est de 20 m²), il faudra peut-être corriger un peu le tir, quelques locaux servant en partie centrale mais bon pas de gros problème, à part une précision à apporter sur ces espaces, notamment par rapport au stockage de proximité puisse qu'on trouve un matériel... et puis un stock de proximité, on ne voit pas d'usage unique et les locaux sont vraiment découpés, notamment la partie décontamination est minuscule 6,7 m², donc là les études devront vraiment vérifier cette configuration.

L'organisation spatiale est complexe et les postes de soins difficilement identifiables par zone logique. Malgré tout la zone cardio est bien isolée même si l'on peut se demander pourquoi deux salles de radiologies sont intégrées en dehors du service d'imagerie du RDC.

Le découpage des secteurs de réanimation est à revoir pour mieux répartir les 35 lits de réanimation le long de la façade du bâtiment. La liaison avec les 17 lits de soins continus est bonne et logique. Il faut signaler que toutes les chambres sont en éclairage naturel.

Le secteur des brûlés est également à simplifier pour mieux identifier le secteur de chambres sassées en dehors des réas.

La surface totale est de 6 101 m² SDO ce qui nous donne une surface en unité d'œuvre une moyenne de 71 m² par lit, tout à fait correct en appliquant le référentiel de dimensionnement.

Niveau 2

Bâtiment 32 et 31

Ces deux bâtiments sont identiques à ce niveau et comportent chacun deux unités de soins de 30 lits. Ces unités de soins sont bien dessinées, avec des chambres à 2 lits de 21,5 m², et des chambres à 1 lit de 14,2 m² en accord avec le référentiel de dimensionnement.

Les commentaires sont les mêmes que pour le bâtiment 33 au niveau 3.

La surface de cet étage est de 2 045 m² SDO, en rapportant cette surface aux 60 lits cela donne 34,1 m² par lit, le plan est bon et respecte le référentiel de dimensionnement des hospitalisations.

Bâtiment 33

Ce bâtiment est positionné entre 2 étages d'hospitalisation qui comporte l'ensemble des 55 bureaux médicaux, bureaux de cadres ou gestionnaires. On peut quand même noter 19 de ces bureaux sont d'une surface hors normes allant de 24 à 34 m² pour les plus grands,

Le référentiel de dimensionnement nous donne pour les CHU une surface de 27 à 30 m² par bureau ce qui nous donnerait une surface SDO théorique de 1 567 m² en prenant la médiane.

Or la surface mesurée est de 2 045 m². Une optimisation devra donc être réalisée sur cet étage du bâtiment 33.

Des différents services de ces trois bâtiments sont reliés par un couloir d'une largeur de 2,45 m et de 161 m de longueur en façade des 3 bâtiments d'hospitalisation 31/32/33, cette circulation d'une surface de 403 m² n'apparaît sur la notice de surface que pour 176 m² !

Bâtiment 34

L'hôpital de jour pédiatrie possède un accès avec sas, vestiaires, stockage, bureaux de consultations, une salle de jeux, des salles de soins bien positionnées, 4 chambres à 2 fauteuils, 5 chambres à 1 lit et 3 espaces avec berceau au total 16 places composent ce dispositif plutôt bien agencé.

En continuité, une unité hospitalisation conventionnelle médecine chirurgie pédiatrique et SSR de 50 lits dans des espaces correctement dimensionnés, les salles de soins bien positionnées au centre du dispositif et des locaux servants corrects donc rien à signaler.

La composition est la suivante : 50 lits d'hospitalisation conventionnelle dont 22 chambres à 1 lit équipées de lit accompagnants.

Ce plateau est commandé par un secteur consultations, bureaux médicaux, 2 salles de classes assez petites et puis des bureaux d'éducation thérapeutique et des secrétariats médicaux, donc sur ce plateau, hormis les capacités sur les espaces servants, le dimensionnement et la position pas de remarque.

Avec une surface de 3 044 m² SDO l'unité d'œuvre de cette unité est de 46 m² pour les 66 lits et places en accord avec les surfaces du référentiel de dimensionnement de 37 à 42 m²/lit.

Bâtiment 50

La première partie de ce bâtiment est constituée de 2 321 m² de locaux techniques logiquement positionnés au-dessus du bloc opératoire et de ses annexes.

Un foyer de garde de 427 m² complète ce demi-étage avec 18 chambres de gardes et les locaux servants.

La réanimation néonatale de 16 places est composée de 12 box à 1 lit et deux box à 2 lits de box de 15 m² qui sont adaptés en surface, un poste de soins de 24 m², une circulation de 2 mètres de largeur donc pas de problème.

Les 15 places de soins intensifs néonataux sont en continuité de la réanimation dans des box nourrissons également d'une quinzaine de m² avec sas. Les locaux annexes avec, vestiaires familles, transferts, locaux centraux, locaux servants, prépa soins, sont correctement dimensionnés.

L'hospitalisation néonatale et les soins continus de pédiatrie sont deux espaces respectivement de 16 et 5 lits. Les 16 lits sont répartis en 6 chambres kangourou, 6 chambres de néonatalogie à 1 lit et 2 chambres à 2 lits. Des espaces servants, sas vestiaires attentes et quelques bureaux médicaux, complètent le dispositif.

Avec une surface de 3 353 m² SDO l'unité d'œuvre de cette unité est de 79 m² pour les 42 lits et places en borne haute avec les surfaces du référentiel de dimensionnement de 65 à 85 m²/lit mais compte tenu de la configuration du bâtiment, c'est acceptable.

Niveau 1

Bâtiment 11

Ce bâtiment comporte les espaces tertiaires du service social pour 410 m², et le service sécurité pour 400 m².

Bâtiment 32 et 31

Ces deux bâtiments sont identiques à ce niveau et comportent chacun deux unités de soins de 30 lits. Ces unités de soins sont bien dessinées, avec des chambres à 2 lits de 21,5 m², et des chambres à 1 lit de 14,2 m², en accord avec le référentiel de dimensionnement.

Les commentaires sont les mêmes que pour le bâtiment 33 au niveau 3.

La surface de cet étage est de 2 045 m² SDO, en rapportant cette surface aux 60 lits cela donne 34,1 m² par lit, le plan est bon et respecte le référentiel de dimensionnement des hospitalisations.

Bâtiment 33

Ce bâtiment comporte une unité d'hospitalisation de 28 lits et une unité de jour de chirurgie ambulatoire.

L'unité de soins est tout à fait bien dessinée, avec des chambres à 2 lits de 21,5 m², et des chambres à 1 lit de 14,2 m² en accord avec le référentiel de dimensionnement.

La conception des circulations est très généreuse puisque la dimension entre les 2 chambres des patients fait 2,86 mètres, le rétrécissement fait 1,90 mètres ce qui est là aussi un petit peu large ! A l'entrée du service un bureau médical, un bureau cadre infirmier, une réserve et puis un bureau pour les internes.

Toutes les chambres sont bien sur pourvues d'un cabinet de toilettes de dimension standard avec un WC, douche et puis 1 ou 2 lavabos en fonction de la typologie de chambre donc rien à signaler.

Les locaux servants sont aussi raisonnables en surface, une salle de détente de 6 m² !, une salle de bains supplémentaire quelques locaux stockages et pré-désinfection donc pas de problème sur ce secteur.

La surface de ce demi-étage est de 1 026 m² SDO, en rapportant cette surface aux 28 lits cela donne 36,6 m² par lit, le plan est bon et respecte le référentiel de dimensionnement des hospitalisations.

L'unité de chirurgie ambulatoire est bien homogène avec 30 places réparties en 5 chambres à 1 lit, 9 chambres à 2 lits et 7 salon à 1 lit sans sanitaire.

Cet hôpital de jour est bien dessiné avec, un accueil/attentes/entretien en entrée et lits et places positionnés autour d'un poste de soins. La surface de ce demi-étage est de 1 026 m² SDO, en rapportant cette surface aux 30 lits et places cela donne 34,2 m² par lit et place, le référentiel de dimensionnement est un peu en dessous avec maximum 30 m².

Bâtiment 34

Ce bâtiment est constitué de 3 services d'hospitalisation.

Le service de suite de couche de 27 lits, le service de gynécologie de 22 lits et le service de grossesses à risques de 27 lits. La composition du plateau et la répartition des espaces ne pose pas de problèmes.

Avec une surface de 3 044 m² SDO l'unité d'œuvre de cette unité est de 40 m² pour les 76 lits et places en accord avec la borne haute du référentiel de dimensionnement de 35 à 40 m²/lit.

Bâtiment 50

Dans ce bâtiment central nous trouvons le bloc opératoire gynéco obstétrique avec 8 salles de travail (3 salles de pré-travail puis 5 salles de travail), une zone filtrée, un certain nombre de bureaux médicaux, d'anesthésistes, chambres de gardes sages-femmes, une salle de réanimation nouveau-née, le tout relié via un sas au bloc de césarienne avec un sale de réanimation d'un poste. Étrangement, nous retrouvons une autre salle de réanimation nouveaux-nés de 4 postes dans le secteur des salles de travail. Il faudra regrouper ces 5 postes de réanimation nouveaux nés dans la même salle à proximité des SSPI dans le bloc pour ne pas créer un nouveau « chantier » anesthésie...

Ces dispositions reliées sur la circulation générale avec un sas d'accès principal n'apportent pas d'observations sur sa configuration ou sur sa morphologie.

Cet ensemble d'une surface SDO de 1 121 m² pour 8 salles de pré/travail est tout à fait dans les surfaces du référentiel de dimensionnement avec une unité d'œuvre de 140 m² SDO.

En symétrie, nous trouvons le bloc opératoire avec 10 salles d'opérations principales une salle de césarienne et des 2 salles d'opérations soit 13 salles d'opérations.

Cet ensemble est organisé avec deux salle de réveil appelée SSPI de 12 lits chacune. Les 10 salles d'opérations de 45 m² sont bien dimensionnées, 3 salles à 50 m² sont un peu surdimensionnées. La majorité des salles d'opérations possèdent un sas permettant ainsi de maîtriser le traitement d'air et la cascade de pression de 15 pascals avec les circulations, par contre 3 autres sont étrangement raccordées directement sur le couloir. Ces sas d'une profondeur de 1,4 m sont très petits.

Le circuit d'accès pose vraiment problème car cette circulation même si elle est de 3 m de largeur pourra difficilement desservir une suite de 3 salles d'endoscopies, 1 salle de lithotritie et 12 salles d'opération. L'arsenal stérile se trouve dans la zone des box de compte rendu opératoires et des bureaux des cadres. Le sas transfert est de 15 m² ! etc. **Ce plan ne peut pas fonctionner, il doit totalement être repris.**

En revanche 4 montes malades desservent le cœur du bloc opératoire, il faut pouvoir simplement revoir la distribution et l'ergonomie d'accès et de sortie du bloc.

Un ensemble secrétariat bureaux médicaux se trouve positionné dans la zone filtre à proximité avec les vestiaires du bloc, les vestiaires sont bien positionnés.

Avec une surface de 3 475 m² SDO l'unité d'œuvre de cette unité est de 231 m² pour les 13 lits salles d'opérations, 3 salles d'endoscopies et un lithotriporteur, en désaccord avec la borne haute du référentiel de dimensionnement de 160 à 190 m²/salle.

Le reste de cet étage est utilisé pour un ensemble composite de laboratoires, PMA banque de tissus et Anapath d'une surface de 110 m². RAS.

Bâtiment 40

Sur le bâtiment d'extrémité 40g, nous trouvons à l'étage une régulation du SAMU, d'une surface correcte de 93 m² avec son local technique AUTOCOM, une salle de réunion de crise, par contre les bureaux sont très grand entre 22 et 24 m².

Dans le bâtiment 40b, la direction générale, les ressources médicales, les différents secrétariats, là les surfaces paraissent tout à fait raisonnables, le bureau du DGA fait 14 m² et celui du DG 20,4 m² (visiblement, ils se sont sacrifiés pour montrer l'exemple aux médecins).

Dans le bâtiment 40a, les autres directions : formation, qualité, direction des soins, ras.

Niveau 0

Bâtiment 11

Ce bâtiment d'une surface de 1 080 m² SDO est consacré aux admissions et au bureau des entrées. 18 postes d'accueils sont astucieusement repartis au pourtour d'un hall de 86 m² bien agencé.

A l'arrière du secteur des 9 postes en partie haute du plan un centre regroupé de prélèvement de 7 postes est positionné, ras.

Bâtiment 20

Cette rue intérieure de 3 031 m² est l'artère principale de desserte des différents bâtiments. L'approche financière peut quand même avoisiner les 4,6 M€ HT pour 3 047 m² à 1 500 € le m² !

Etrangement, le tableau des surfaces de l'annexe « QTS Notice et tableaux des surfaces » ne prend en compte que 371 m² à ce niveau pour ce bâtiment 20 !

Le maître d'œuvre doit s'expliquer sur cette impasse. La provision prévue par l'AMO est ligne 11 des frais divers pour « aménagements des extérieurs à la parcelle » pour une somme de 7 M€ HT qui ne semble pas correspondre à ces travaux.

Le bâtiment amphithéâtre de 246 m², les espaces oratoire concessionnaires ne sont pas non plus comptés dans le tableau des surfaces, au total 461 m² ne se retrouvent pas dans le tableau des surfaces.

Bâtiment 32

Ce bâtiment est composé de 22 pièces de consultations et de 23 pièces d'explorations fonctionnelles. Les 1 960 m² SDO qui composent ce RDC se découpent en deux secteurs non jointifs car un accès extérieur coupe le fond du bâtiment.

L'unité d'œuvre est donc de 43,5 m² en correspondance avec le référentiel de dimensionnement. L'organisation générale des circuits est logique et fonctionnelle.

Bâtiment 33

Ce bâtiment est composé de 12 pièces de consultations et de 13 pièces d'explorations fonctionnelles. Les 1 960 m² SDO qui composent ce RDC se découpent en deux secteurs non jointifs car un accès extérieur coupe le fond du bâtiment.

L'unité d'œuvre des consultations est donc de 40,6 m² en fourchette basse du référentiel de dimensionnement. L'organisation générale des circuits est logique et fonctionnelle.

Un hôpital de jour (HdJ) de médecine complète ce RDC avec 34 lits et places dont 14 chambres à 1 lit et 10 box à 2 fauteuils. La composition et l'ergonomie n'appelle pas de commentaire. L'unité d'œuvre de cet HdJ est de 27,8 m² pour les 945 m² de cet espace ce qui est en concordance avec la fourchette de 25 à 30 m² du référentiel de dimensionnement.

Bâtiment 31

Ce bâtiment est composé de 25 pièces de consultations et de 12 pièces d'explorations fonctionnelles. Les 1 960 m² SDO qui composent ce RDC se découpent en deux secteurs non jointifs car un accès extérieur coupe le fond du bâtiment.

L'unité d'œuvre des explorations fonctionnelles d'une surface de 528 m² est donc de 45 m² en accord du référentiel de dimensionnement. L'organisation générale des circuits est logique et fonctionnelle.

Les bureaux de l'équipe mobile complète ce demi bâtiment.

Un ensemble de consultations de 25 pièce est implanté dans la seconde partie du RDC, La composition et l'ergonomie n'appelle pas de commentaire. L'unité d'œuvre de ces consultations est de 37,8 m² pour les 945 m² de cet espace ce qui est en fourchette inférieure des 45 m² du référentiel de dimensionnement.

Bâtiment 34

Ce bâtiment de consultations et explorations fonctionnelle de gynéco obstétrique est composé de 34 pièces de consultations de 15 pièces d'explorations fonctionnelles et de la direction du pôle.

35 bureaux médicaux et des bureaux annexes complètent ce dispositif.

La composition et l'ergonomie n'appelle pas de commentaire. L'unité d'œuvre de ces consultations est de 50 m² pour les 2 443 m² de cet espace ce qui en en accord avec les 45 à 55 SDO m² du référentiel de dimensionnement.

Bâtiment 50

Le service de radiologie et le service d'urgence composent de niveau avec respectivement 2 763 m² et 3 575 m² SDO.

Le service d'imagerie comporte 3 accès, un accès côté de la rue Caraïbes un accès à partir des urgences et un accès de consultation.

Les 12 pièces techniques d'examen se composent ainsi : 2 IRM, 2 Scanner, 1 caisson hyper barre, 4 salle conventionnelles de radiologies et 3 salles d'échographies et 5 salles d'examen/ consultations. La surface totale du service est très importante et le morcellement des espaces impressionnant. L'unité d'œuvre reconstituée est de 800 m² pour les IRM et Scanner, 400 m² pour le caisson, 480 m² pour les salles conventionnelles, 150 m² pour les échographies et 250 m² pour les consultations, on pourrait ajouter 10 % de circulations exceptionnelles pour la taille de ce service et la complexité ce qui donnerait au total 2 288 m² SDO identifiables pour le référentielle de dimensionnement. En conclusion l'écart de 475 m² n'est justifiable que par un morcellement des fonctions...

Le service d'urgence est composé de 22 box, 6 places de déchoquage, 4 salles techniques. 3 circuits sont bien dissociés, 1circuit adulte, 1 circuit enfant, 1 circuit déchoquage. L'ergonomie générale est bonne et la répartition des espaces bien réalisée. Les 5 box du secteur enfants sont de 14 m², les 15 box du secteur adultes sont d'une surface de 12 m², les 3 box de crise sont d'une surface de 16 m².

Le circuit d'urgence déchoquage mène également directement au caisson hyperbare.

Ces 3 circuits seront directement reliés au secteur bloc opératoire par deux montes malades bien positionnés.

Les 2 secteurs enfants et adultes sont reliés à l'UHTCD d'une capacité de 32 lits,

En amont de ces circuits les salles d'attentes primaires du secteur adultes font 52 m², celles du secteur enfants 40 m².

Une salle d'attente secondaire à l'intérieur des box, de 30 m² pour le secteur adulte, 29 m² pour le secteur enfant. Les locaux servants sont correctement dimensionnés.

L'unité d'œuvre de l'UHCD est de 37 m² pour les 1 195 m² de cet espace ce qui est un peu supérieur avec les 32 m² SDO du référentiel de dimensionnement.

En ce qui concerne les 2 380 m² SDO du secteur box des urgences li correspond pour les 22 box au référentiel de dimensionnement avec 108 m² SDO d'unité d'œuvre, mais ce chiffre est aussi lié à la file de patient pris en charge car avec 3 000 passages par an/ box cela induit que ce service accueil entre 60 et 70 000 urgences par an !

Bâtiment 40

Sur le bâtiment d'extrémité 40g, nous trouvons à l'étage 657 m² SDO composés de 12 chambres de garde, le pc médical, la permanence et les salles de formation du SAMU.

Dans le bâtiment 40b d'une surface de 1 540 m², le DIM et la direction des services techniques.

Dans le bâtiment 40a d'une surface de 899 m², la médecine du travail, le service social du personnel et les salles annexes de la direction générale dont la salle du conseil de surveillance.

Niveau S1

Bâtiment 20

Cette rue intérieure de 1 697 m² est l'artère logistique principale de desserte des différents bâtiments, d'une largeur de 6 m sur son parcours principal et presque 230 m de longueur. On peut regretter que les poteaux de supportage de la couverture de toiture de la rue Caraïbes soient implantés pratiquement dans l'axe de cette circulation !

La partie basse de l'amphithéâtre est positionnée pour 458 m² à ce niveau.

Bâtiment 33

Ce bâtiment d'une surface de 2 045 m² SDO abrite les vestiaires du personnel.

Bâtiment 31

Ce bâtiment est composé d'un centre de dialyse de 15 postes, d'un atelier biomédical et des archives.

Le centre de dialyse est d'une surface de 858 m² SDO ce qui nous donne une unité d'œuvre de 57,2 m² dans la borne haute du référentiel de dimensionnement entre 40 à 60 m² SDO.

Bâtiment 50

Le bâtiment est composé de la morgue pour 515 m², la stérilisation pour 780 m², les 20 lits maladies infectieuses pour 1 136 m², la médecine nucléaire pour 913 m², la radiothérapie pour 1 381 m², les ateliers pour 237 m².

L'unité d'œuvre pour la radiothérapie ne pose pas de problème, toutefois on peut regretter que nous ayons à 81 m d'écart un pet scan de médecine nucléaire et un scanner de dosimétrie de la radiothérapie avec leur circuit et locaux dédiés, alors que nous sommes juste en dessous du plateau technique de radiologie...

En ce qui l'unité d'œuvre de la médecine nucléaire pas de problème non plus car avec deux gamma et un pet scan nous sommes pratiquement dans le référentiel de dimensionnement mais en borne haute.

L'unité de maladies infectieuses peut être apparentée à une unité de surveillance continue sassée donc pas de difficultés.

Bâtiment 40

Dans le bâtiment 40c, le garage du SAMU avec 10 véhicules avec la zone de reconditionnement, la logistique relais avec 1 411 m², la pharmacie avec 795 m² ne pose pas de problème.

Dans le bâtiment 40a, nous trouvons le PC de sécurité incendie pour 160 m², les locaux annexes pour 514 m².

4.3. En conclusion sur les surfaces

Le document APS2 qui est présenté par la maîtrise d'œuvre pour un total des surfaces de 83 883 m² SDO ne correspond pas totalement aux plans joints.

En effet l'annexe « ABM1-APS2-QTS-Notice et tableaux des surfaces.pdf » montre en page 6 un calcul complexe concluant à une SDO de 83 883 m², or la vérification des surfaces porte ce chiffre à 89 264 m² SDO TCE clos couvert soit **5 381 m² SDO de construction clos couvert en plus que l'APS2 présenté**, et au total avec l'hélistation, et la rue Caraïbes c'est ~~15 128~~ **15 258** m² de dépassement.

En prenant en compte la lettre d'intention commune CHU/ARS pièce n°9 du dossier transmis, soit un respect des 83 000 m² SDO c'est **6 264 m² de construction clos couvert supplémentaire** et au total avec l'hélistation, et la rue Caraïbes c'est ~~16 011~~ **16 141** m² de dépassement au-delà de son engagement.

Au total, on trouve ~~99 011~~ 99 141 m² SDO de constructions dessinées dans l'APS2 présenté par la maîtrise d'œuvre.

Version du 16 octobre 2014

	S2		S1		N0		N1		N2		N3		N4		N5 Rue caraibes	
	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré												
bâtiments																
Hélistation				458		246										950
Amphi				40		99										
Transfos/Oratoire/Concessionnaires																
Accueil Admissions	11		57	65	1020	1080	833	833								
Rue intérieure (médicale)	20		1651	1697	371	3492	281	601	176	403	63					5750
Bâtiment	31		1996	2045	1808	1960	1996	2045	1999	2045	388	388				
Bâtiment	32		207	230	1835	1960	2020	2045	2002	2045	350	387				
Bâtiment	33		1992	2045	1806	1960	2019	2045	2018	2045	2005	2045	372	387		
Bâtiment	34		420	434	2976	3044	2918	3044	2920	3044	395	395				
Logistique Administratio	40		4904	5168	3664	3758	2912	3115	387	387						
Plateau Technique	50															
	90	90	6277	6511	5956	6338	5864	6152	5810	6101	5604	6101	3510	3940	13	
	90	90	17504	18693	19436	23937	18843	19680	15312	16070	8805	9316	3882	4327	13	6700
écart Total/APS 2	15128	0	1189		4501		1037		758		511		445		6687	

TOTAL bati/APS 2 MOE	83883	15128
TOTAL surfaces mesurées	99011	
TOTAL bati/Addenda PTD	83000	16011
TOTAL surfaces mesurées	99011	

Typologie de constructions		m ² SDO	
Hélistation			950
Rue accès bâtiments RDC		3047	
Couverture rue Caraibes			5750
Construction TCE clos couvert	89264		
Surface Totale			99011

Version corrigée de février 2015

		S2		S1		N0		N1		N2		N3		N4		N5 Rue caraibes					
		APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré	APS 2	Mesuré				
bâtiments																					
Hélistation																	450				
Amphi					458		246														
Transfos/Oratoire/Concessionnaires					40		99														
Accueil Admissions	11			57	65	1020	1080	833	833												
Rue intérieure (médica	20			1651	1697	371	3492	281	601	176	403	63					6380				
Bâtiment	31			1996	2045	1808	1960	1996	2045	1999	2045	388	388								
Bâtiment	32			207	230	1835	1960	2020	2045	2002	2045	350	387								
Bâtiment	33			1992	2045	1806	1960	2019	2045	2018	2045	2005	2045	372	387						
Bâtiment	34			420	434	2976	3044	2918	3044	2920	3044	395	395								
Logistique Administrat	40			4904	5168	3664	3758	2912	3115	387	387										
Plateau Technique	50	90	90	6277	6511	5956	6338	5864	6152	5810	6101	5604	6101	3510	3940	13					
		90	90	17504	18693	19436	23937	18843	19880	15312	16070	8805	9316	3882	4327	13	6830				
		écart Total/APS 2		15258		0		1189		4501		1037		758		511		445		6817	
		TOTAL bati/APS 2 MOE		83883		15258															
		TOTAL surfaces mesurées		99141																	
		TOTAL bati/Addenda PTD		83000		16141															
		TOTAL surfaces mesurées		99141																	
		Typologie de constructions																			
				m² SDO																	
		Hélistation																		450	
		Rue accès bâtimets RDC						3047													
		Couverture rue Caraibes																		6380	
		Construction TCE		89264																	
		Surface Totale								99141											
		Typologie de constructions																			
				m²																	
		Hélistation		450																	
		Rue accès bâtimets RDC		3492																	
		Couverture rue Caraibes		6380																	
		Construction TCE		89264																	

5. Soutenabilité financière du projet

Observations liminaires :

Le chapitre 4 du rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS, portant sur l'analyse et la validation du plan de financement envisagé, est peu détaillé et ne comporte pas l'ensemble des informations qu'on devrait y trouver, selon l'annexe 4 de la circulaire du 5 juin 2013 :

- Le plan de financement n'est pas décrit et encore moins évalué ;
- L'analyse des impacts financiers sur l'exploitation se limite à l'énumération d'une série de mesures, censées procurer un gain moyen de 22,48 M€ sur la période 2021/2030 ;
- La faisabilité financière de l'opération est totalement dépendante de mesures de retour à l'équilibre, qui n'ont pas été décidées et dont le contenu ne sera pas connu au moment du dépôt des conclusions de la contre-expertise.

5.1. Une situation financière gravement déficitaire et non maîtrisée, malgré des aides massives allouées sans contrepartie

Le rapport souligne, à juste titre, que l'enjeu porte moins sur la soutenabilité financière du projet que sur la capacité de l'établissement à rétablir une situation gravement déficitaire, mais, pour autant, les éléments du dossier permettant d'apprécier cette situation sont succincts et aucune analyse des causes n'est développée, l'ARS renvoyant pour ce faire aux indicateurs Hospidiag.

Un établissement massivement aidé

Le CHU de Pointe-à-Pitre enregistre depuis plusieurs années des déficits d'exploitation qui n'ont pu qu'être partiellement couverts par des aides exceptionnelles massives et croissantes.

Tableau 3 : Aides allouées au CHU de Pointe-à-Pitre

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aides financières	6 059 012	8 503 954	11 345 310	33 191 853	46 412 941	57 264 815
<i>Dont aides financières non reductibles - soutien ponctuel (AC, DAF ou FIR)</i>	<i>6 059 012</i>	<i>8 503 954</i>	<i>11 345 310</i>	<i>22 223 853</i>	<i>26 412 941</i>	<i>50 751 810</i>
<i>Dont aides ARS-soutien régional à l'investissement (AC, DAF ou FIR)</i>				<i>400 000</i>	<i>20 000 000</i>	<i>5 460 897</i>
<i>Dont AC nationales investissement</i>				<i>10 568 000</i>		<i>1 052 108</i>

Source : ARS

Si une partie de ces aides a été accordée en vue de financer des investissements, la plus grande part est allée à l'exploitation en vue d'atténuer des résultats gravement déficitaires ; ces soutiens ponctuels, qui acquièrent de fait un caractère quasi permanent, sont allés croissants jusqu'à atteindre 50,7 M€ en 2013 et leur cumul s'élève, sur la période 2008-2013 à plus de 125 M€. Il n'apparaît pas que des contreparties aient été obtenues de l'établissement, et aucun infléchissement de la tendance n'a pu être constaté.

Une exploitation gravement et chroniquement déficitaire

Sans aide, les résultats, toutes activités confondues, du CHU auraient été constamment déficitaires sur les cinq dernières années, jusqu'à atteindre en 2013 plus de 53 M€, soit 16,4 % du total des produits de l'exercice. La CAF et la marge brute auraient également été négatives sur toute cette période, comme le montre le tableau ci-après. Il faut également constater que ces indicateurs ont eu tendance à se dégrader encore en 2013.

Tableau 4 : Evolution du résultat, de la CAF et de la marge brute, hors soutien ponctuel (toutes activités confondues)

En €	2009	2010	2011	2012	2013
Produits hors soutien ponctuel	254 849 122	260 532 895	278 288 552	287 398 765	328 300 414
Résultat hors soutien ponctuel	-22 152 916	-28 412 755	-33 007 854	-42 233 089	-53 779 530
Résultat/ produits	-8,7 %	-10,9 %	-11,9 %	-14,7 %	-16,4 %
CAF hors soutien ponctuel	-19 082 270	-27 098 141	-14 774 240	-11 226 194	-27 119 138
CAF nette hors soutien ponctuel	-23 741 577	-33 886 273	-24 411 323	-20 881 791	-36 862 515
Marge brute hors soutien ponctuel	-15 355 069	-23 778 494	-12 565 923	-5 395 145	-21 082 345

Source : ARS et calculs contre-expertise.

La dérive des charges de personnel

L'évolution et le poids des charges de personnel expliquent en grande partie ces déficits chroniques ; l'IGAS qui a analysé la gestion des ressources humaines non médicales du CHU de Pointe-à-Pitre dans un rapport en date d'avril 2013³ constate que celle-ci dysfonctionne de longue date, qu'il existe un absentéisme très important et non maîtrisée, que le dialogue social y est particulièrement difficile et que les nombreux conflits sociaux que connaît l'établissement se concluent inmanquablement par la signature de protocoles portant sur la créations d'emplois non financés et l'octroi d'avantages indus. Qui plus est, ces protocoles comportent une liste de revendications non satisfaites qui portent en germe les motifs de conflits futurs.

Il en résulte une dérive des effectifs et une masse salariale en constante augmentation; sur la période 2010-2013 les effectifs en ETP moyens rémunérés ont en effet augmenté d'une centaine d'ETP, soit + 3,2 %, et les préconisations de l'IGAS tendant à la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre s'appuyant sur le non remplacement d'une partie des départs naturels et la limitation du recours aux CDD n'ont pas été suivies d'effet, puisqu'il apparaît que les effectifs de personnel non médical ont continué de croître en 2013 et que cette tendance risque de se poursuivre en 2014, l'ARS, dans sa lettre d'approbation de l'EPRD 2014, relevant que les effectifs sont prévus en augmentation.

³ Rapport IGAS RM2013-050P

Tableau 5 : Evolution des effectifs de personnel non médical

Années	Effectifs ETP au 31 décembre	Effectifs ETP moyen
2010	3 169,45	3 161,29
2011	3 185,92	3 159,21
2012	3 247,54	3 209,17
2013	3 288,64	3 261,32
Variation 2010-2013	119,19	100,03
Variation 2010-2013 en %	3,8 %	3,2 %

Source : ARS

Les mêmes constats s'appliquent au personnel médical ; hors internes, les effectifs des différentes catégories de praticiens ont cru à un rythme encore plus important que celui du personnel non médical de 2010 à 2013, soit + 18,8 % sur cette période (+ 48 ETP hors internes), sans que l'évolution de l'activité médicale ne le justifie.

Tableau 6 : Evolution des effectifs de personnel médical en ETP moyen rémunéré

Catégorie statutaire	2010	2011	2012	2013
PUPH	5,33	6,00	6,17	7,17
MCU	1,33	2,17	2,83	2,17
CCA	5,43	6,00	7	6,83
PH Titulaires Temps plein	137,72	155,21	155,55	150,79
PH Titulaires Temps partiel	6,28	10,63	10,74	12,48
Assistants	22,54	20,33	22,92	25,83
Praticiens contractuels Temps plein	48,57	40,00	46,01	66,17
Praticiens contractuels Temps partiel	2,71	4,14	8,23	10,35
Praticiens attachés	27,38	29,58	27,2	22,81
Médecins Stagiaires associés			0,08	1
Internes et étudiants	99,58	127,33	135,75	144,42
Total	356,87	401,39	422,48	450,02
Effectifs hors internes	257,29	274,06	286,73	305,60
Variation n/n-1		16,77	12,67	18,87
Variation n/n-1 en %		6,5 %	4,6 %	6,6 %
Variation 2013/2010				18,8 %

Source : ARS

Le poids croissant des charges de personnel explique en grande partie les déséquilibres d'exploitation que connaît le CHU ; alors que les produits hors aides n'ont augmenté que de 5,6 % sur les trois derniers exercices, les charges de personnel progressent dans le même temps de 9,6 % et absorbent plus de 82 % des produits d'exploitation.

Tableau 7 : Evolution des produits d'exploitation et des charges de personnel

En €	2010	2011	2012	2013	variation 2013/2010	
					en valeur	en %
Produits d'exploitation hors aides financières	237 826 892	243 946 017	235 064 954	251 121 590	13 294 698	5,6%
Charges nettes de personnel	188 459 262	190 514 581	195 649 979	206 553 069	18 093 807	9,6%
<i>Dont rémunérations PNM</i>	<i>112 739 335</i>	<i>112 180 223</i>	<i>117 494 672</i>	<i>119 251 977</i>	<i>6 512 643</i>	<i>5,8%</i>
<i>Dont rémunérations PM</i>	<i>28 255 374</i>	<i>28 160 315</i>	<i>29 919 298</i>	<i>32 961 883</i>	<i>4 706 510</i>	<i>16,7%</i>
Charges de personnel/ produits d'exploitation (hors aides)	79,2%	78,1%	83,2%	82,3%		

Source : ARS annexe financière au rapport socio-économique et calcul contre-expertise

Les indicateurs disponibles sur Hospidiag⁴ suggèrent un manque de productivité en chirurgie, en anesthésie et en obstétrique, ainsi qu'un taux d'encadrement en personnel soignant très supérieur au référentiel. En outre, les coûts des personnels des services cliniques et médico techniques rapportés aux recettes apparaissent comme étant parmi les plus élevés de la catégorie des CHU.

Tableau 8 : Indicateurs de productivité Hospidiag

	Etablissement				Catégorie CHU 2012	
	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	24	23	24	23	29	44
Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE	12 593	9 005	11 269	9 744	13 056	19 605
Nombre d'ICR par chirurgien	48 240	55 510	49 252	48 737	72 571	123 725
Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier	17,3	19,7	20,8	13,9	20,0	27,8
Nombre d'IADE par anesthésiste	2,1	2,4	3,7	3,0	1,0	1,7
Nombre de sages-femmes par obstétricien	6,0	5,4	7,2	4,1	2,9	6,2

Coût rapporté aux recettes	Etablissement				Catégorie CHU 2012	
	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
personnel non médical des services cliniques	30,9 %	30,8 %		25,8 %	22,5 %	25,7 %
personnel médical des services cliniques	7,4 %	8,2 %		7,7 %	6,6 %	7,7 %
personnel des services médico-techniques	19,3 %	18,2 %		16,6 %	14,7 %	16,5 %

Source : Hospidiag 2012

⁴ Les données 2013 ne sont pas disponibles

Une activité médicale peu dynamique

L'augmentation des charges de personnel, médical et non médical, ne peut pas s'expliquer par le dynamisme de l'activité ; quel que soit la discipline et le mode de prise en charge, celle-ci est atone, voire régresse, en particulier en ambulatoire. Seules les séances de chimiothérapie et de radiothérapie connaissent une progression sensible.

Tableau 9 : Evolution de l'activité globale

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de RSA de médecine en hospitalisation complète (HC)	13 097	13 390	13 061	14 203	13 784
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	5 910	6 713	7 042	6 896	6 991
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	3 624	3 548	3 573	3 751	3 543
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	9 100	10 020	8 341	9 037	8 101
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 449	1 871	2 216	1 714	1 731
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	1 925	1 581	1 570	938	938
Nombre total de RSA	35 105	37 123	35 803	36 539	35 088
Nombre de séances de chimiothérapie	1 549	2 119	2 701	3 174	3 167
Nombre de séances de radiothérapie	5 651	5 064	7 196	8 663	9 883
Nombre de séances d'hémodialyse	7 825	6 678	7 175	6 835	6 740
Nombre de séances autres	961	1 084	836	746	1 044
Nombre d'accouchements	2 015	2 042	2 000	2 077	2 017
Nb d'actes chirurgicaux	6 796	8 836	9 694	8 431	8 875
Nb d'ATU	46 537	53 491	54 394	NS	55 511
Nombre d'actes d'endoscopies	1 993	2 155	2 133	2 154	2 330

Source : Hospidiag 2013

Les durées moyennes de séjour (DMS) observées sont très supérieures aux DMS standards en chirurgie et surtout en médecine. L'obstétrique fait exception avec un indice de performance (IP DMS) qui place le CHU de Pointe-à-Pitre en bonne position dans sa catégorie.

Tableau 10 : Evolution de l'indicateur IP DMS Hospidiag

	Etablissement					Catégorie 2013	
	2009	2010	2011	2012	2013	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
IP-DMS médecine	1,277	1,227	1,254	1,199	1,212	0,944	1,068
IP-DMS chirurgie	1,27	1,259	1,17	1,142	1,084	0,96	1,106
IP-DMS obstétrique	1,17	1,094	1,006	0,974	0,982	0,968	1,118

Source : Hospidiag 2013

Les parts de marché du CHU sont modestes et n'évoluent pas favorablement, ou, au mieux, restent stables, à l'exception de la chirurgie en hospitalisation complète qui semble progresser en 2013.

Tableau 11 : Evolution des parts de marché du CHU de Pointe-à-Pitre

Part de marché	2009	2010	2011	2012	2013
globale en médecine sur la région	38,1 %	38,4 %	34,6 %	35,3 %	34,2 %
en chirurgie (HC) sur la région	35,7 %	37,4 %	37,6 %	36,2 %	38,4 %
en obstétrique sur la région	30,1 %	38,4 %	38,8 %	38,0 %	38,3 %
en chirurgie ambulatoire sur la région	14,4 %	16,7 %	17,1 %	12,8 %	12,1 %
en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)			35,7 %	36,5 %	35,1 %

Source : Hospidiag 2013

Il convient de souligner la faiblesse de la chirurgie ambulatoire, dont la part de marché régresse et qui se situe à un niveau inférieur à celui des autres établissements de même catégorie, au regard des indicateurs Hospidiag.

Tableau 12 : Indicateurs de chirurgie ambulatoire

	Etablissement					Catégorie CHU 2013	
	2009	2010	2011	2012	2013	2^{ème} décile	8^{ème} décile
Taux de chirurgie ambulatoire	19,7 %	21,8 %	23,9 %	19,9 %	19,9 %	9,1 %	29,0 %
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	30,2 %	29,9 %	34,5 %	35,3 %	38,7 %	40,0 %	62,8 %
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	38,7 %	50,0 %	56,0 %	43,3 %	NR		

Source : Hospidiag 2013

Le rôle de recours de l'établissement demeure modeste. Quoiqu'en légère progression, la part de l'activité représentée par la cancérologie reste très en deçà de ce qui est constaté dans les autres CHU. Le pourcentage des GHS de recours/référence est lui aussi assez faible, ainsi que la part des séjours de sévérité 3 et 4, en comparaison du référentiel de la catégorie.

Tableau 13 : Activités de recours et référence

	Etablissement					Catégorie CHU 2013	
	2009	2010	2011	2012	2013	2^{ème} décile	8^{ème} décile
Pourcentage de l'activité représentée par la cancérologie			8,3 %	8,7 %	8,8 %	9,6 %	17,7 %
Pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité	2,8 %		2,7 %	3,0 %	2,6 %	2,3 %	6,5 %
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	5,7 %		7,2 %	7,8 %	8,6 %	8,9 %	14,4 %

Source : Hospidiag 2013

En outre, il faut constater que la grande majorité des admissions en hospitalisation complète se fait par les urgences, ce qui témoigne de la faiblesse de l'activité programmée. Pour cet indicateur le CHU de Pointe-à-Pitre se place très au-delà du 8^{ème} décile de la catégorie.

Tableau 14 : Pourcentage des entrées d'hospitalisation complète en provenance des urgences

Etablissement					Catégorie CHU 2013	
2009	2010	2011	2012	2013	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
60,3 %		62,3 %	63,6 %	63,4 %	25,6 %	45,2 %

Source : Hospidiag 2013

Enfin, les taux d'occupation font apparaître des surcapacités d'autant plus importantes que les DMS constatées en médecine et chirurgie sont très supérieures aux DMS standards. En obstétrique, si la DMS est courte, le taux d'occupation est très faible (2^{ème} décile de la catégorie).

Tableau 15 : Taux d'occupation selon Hospidiag⁵

	Etablissement				Catégorie CHU 2012	
	2009	2010	2011	2012	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	79,4 %		74,8 %	73,7 %	71,1 %	82,7 %
Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	75,0 %		90,0 %	82,2 %	84,9 %	98,1 %
Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	57,1 %		57,2 %	56,0 %	56,0 %	72,7 %

Source : Hospidiag 2012

Un effort de redressement insuffisant

En septembre 2008, le directeur de l'ARH a mis en demeure le CHU de Pointe-à-Pitre de présenter un plan de redressement, en application des dispositions de l'article L 6143-3 du CSP. Suivant l'injonction de l'agence, l'établissement a élaboré un plan couvrant la période 2009-2011 devant aboutir à son terme à une réduction du déficit de 12,2 M€, en combinant des mesures d'économies, modestes en matière de ressources humaines comme le souligne l'IGAS, et d'augmentation des recettes.

Il ne ressort pas du dossier mis à disposition de la contre-expertise que ce plan ait donné lieu à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et, de toute manière, il n'a pas été réellement mis en œuvre ; les déficits sont allés en s'aggravant et ont été couverts par des aides d'un montant toujours croissant, comme indiqué *supra*.

Au terme de l'exercice 2012, l'ARS « constata, que les programmes d'actions en vue d'un retour à l'équilibre étaient portés quasi exclusivement par l'équipe de Direction sans appropriation par le reste de la communauté de cet établissement. Il en découla la sollicitation d'une mission d'appui de l'IGAS au profit du prochain directeur général dont la nomination devait intervenir courant 2013 »⁶.

Pour 2014, l'ARS indique que l'EPRD, « bien que ne retraçant pas le niveau d'efforts attendus, est approuvé dans ce contexte afin d'encourager l'équipe de direction en place à amplifier ses actions ayant pour objectif le retour à l'équilibre »⁷.

⁵ Les données 2013 ne sont pas disponibles

⁶ Réponse de l'ARS aux demandes de la contre-expertise, en date du 13/8/2014

⁷ En dépit d'une demande réitérée, l'EPRD 2014 approuvé n'a pas été communiqué.

Des perspectives de retour à l'équilibre très incertaines

Si l'ARS considère dans son rapport d'évaluation que le déséquilibre d'exploitation doit être résorbé à la mise en service du nouvel hôpital, la contre-expertise ne dispose que d'informations assez succinctes sur les voies et moyens pour atteindre cet objectif et n'en recevra pas davantage avant le dépôt de ses conclusions. Figure au dossier une note du DG du CHU en date du 12 juin 2014 (pièce n°29) indiquant l'intention de l'établissement de revenir progressivement à l'équilibre d'ici 2018 et sollicitant en contrepartie de ces efforts une aide dégressive du montant annuel de son déficit. L'annexe financière au rapport d'évaluation (pièce n°5) reprend ces objectifs de réduction du déficit sans décrire les hypothèses sur lesquelles ils se fondent⁸ ; la lecture de ce document permet tout au plus de constater que les prévisions de retour à l'équilibre reposent davantage sur une augmentation des recettes que sur une réduction des charges, notamment de personnel, qui sont prévus en progression sur la période couverte par le plan. Il paraît peu réaliste d'espérer une progression des recettes d'activité au rythme de 4 % par an jusqu'en 2020, comme prévu dans l'annexe financière, alors que les perspectives démographiques n'envisagent qu'une stagnation de la population en Guadeloupe⁹ et que l'ARS elle-même « ne prévoit pas de modifications majeures de l'offre de soins hospitalière dans les 10 ans à venir, susceptibles d'affecter substantiellement l'activité du CHU »¹⁰

En l'état des informations disponibles, les perspectives de redressement financier du CHU de Pointe-à-Pitre ne peuvent qu'être jugées incertaines ; l'absence de mise en œuvre du plan de redressement 2009-2011, le non-respect des préconisations de l'IGAS relatives à la maîtrise des effectifs, le manque d'incitation venant de la tutelle et l'annonce d'un futur plan de retour à l'équilibre, fondé quasi-exclusivement sur une augmentation illusoire des recettes d'activités, font douter de la réelle volonté des acteurs locaux de rétablir la situation financière de l'établissement.

Dès lors, il conviendrait de surseoir au lancement de l'opération de reconstruction et de laisser un délai de deux à trois ans au CHU pour qu'il réduise de manière significative son déficit d'exploitation, notamment par l'application des préconisations de la mission IGAS visant au non remplacement d'une partie des départs naturels et à la limitation du recours aux CDD et grâce à des mesures tendant à améliorer la productivité médicale.

5.2. Plan de financement et impacts financiers du projet

Pour analyser le plan de financement et les impacts financiers du projet, la contre-expertise dispose :

- De l'annexe financière au rapport d'évaluation ; ce document présente l'évolution des principaux indicateurs financiers, constatés de 2010 à 2013, et prévisionnels de 2014 à 2023. Le prévisionnel prend en compte les objectifs de retour à l'équilibre du futur plan de retour à l'équilibre (PRE), de 2014 à 2018, et l'impact sur l'exploitation des gains d'efficacité escomptés à la mise en service du nouvel investissement ;
- Du fichier de calcul du retour sur investissement, ayant permis d'alimenter le tableau de l'annexe financière ci-dessus.

⁸ L'ARS n'a répondu aux demandes de précisions de la contre-expertise

⁹ P 15 du rapport d'évaluation

¹⁰ P 19 du rapport d'évaluation

La dernière mise à jour du PGFP ayant reçu approbation de l'ARS est de 2013, la version 2014 ayant été refusée en attente de la transmission des grands axes du futur PRE. Ce document, qui couvre la période 2013-2017, n'est pas exploitable pour analyser le projet de construction du nouvel hôpital.

Un retour sur investissement non garanti

Il est prévu à la mise en service du nouvel hôpital la réalisation d'économies permis par les nouvelles organisations mises en place. Ces gains proviennent à la fois d'une réduction des effectifs de personnel de 339 ETP et de la diminution des achats de biens et de services non médicaux, dont le détail figure dans le tableau ci-après. L'augmentation des coûts de maintenance, en raison de la plus grande technicité du bâtiment n'est pas évoquée ; au contraire des économies sont prévues sur les contrats d'entretien.

Tableau 16 : Prévisions d'économies générées par le nouvel investissement

Synthèse des gains nets				Réduction d'effectifs en ETP (année pleine)
Libellé de la mesure	Impacts annuels en k€			
	2021	2022	2023 et suivants	
Consommation électrique	260	520	520	
Consommation d'eau	314	627	627	
Contrats d'entretien	319	638	638	
Gros entretien et réparation (GER)	2 750	5 500	5 500	
Personnel du service technique	327	654	654	14
Service sécurité incendie	255	510	510	10
Sécurité prévention	212	425	425	10
Nettoyage des surfaces tertiaires	425	849	849	20
Pharmacie : automatisation du circuit	136	272	272	5
Pharmacie : baisse des stocks	1 000	2 000		
Brancardage coursier	398	797	797	18
Automatisation et centralisation des laboratoires	419	838	838	15
Standardisation des effectifs des unités de soins	8 848	8 848	8 848	247
Amélioration de la productivité	2 172	4 345	4 345	
Economies d'échelle	8 848	8 848	8 848	
Economies d'exploitation	4 642	9 285	7 285	
Augmentation des recettes	0	0	0	
Total effectifs ETP				339
Total Gains annuels (k€)	15 663	22 478	20 478	

Source : rapport d'évaluation ARS et fichier retour sur investissement (doc n°38)

Il faut souligner que ce plan ne comporte pas de prévision d'augmentation des recettes, ce qui est prudent, sachant que selon l'annexe financière, les produits T2A sont déjà prévus en croissance de 4 % l'an pendant tout la période précédant la mise en service du nouvel hôpital.

En vitesse de croisière, les économies réalisées pourraient donc atteindre 20,478 M€/an, ce qui placerait le CHU de Pointe-à-Pitre dans une situation d'équilibre d'exploitation permettant de dégager une marge brute de 28 M€, soit un taux de marge brute de 9,33 %, sans aides. La CAF serait alors de 19,1 M€, couvrant largement le remboursement annuel du capital des emprunts et le taux de CAF serait de 5,90 %.

Toutefois, le rapport d'évaluation vient apporter une sérieuse restriction à cette approche optimiste en précisant que le calcul de retour sur investissement ne tient pas compte de l'impact sur l'exploitation du développement des soins critiques, sur lesquels aucune donnée chiffrée n'est fournie. Considérant que les soins critiques sont des activités très normées, en particulier sur le plan des effectifs de personnel médical et soignant, il est à craindre que les charges nouvelles générées par les augmentations de capacités prévues ne viennent annihiler les efforts envisagés par ailleurs. Il existe donc là une incertitude qui ne peut être levée en l'état actuel du dossier.

L'absence de plan de financement et une incertitude sur le financement des équipements du nouvel hôpital

Le dossier ne comporte pas de plan de financement et on ne peut donc se référer qu'à l'annexe financière du rapport d'évaluation. Le point 4.2 de ce rapport, bien qu'intitulé « Analyse de l'ARS sur le plan de financement » ne donne que peu d'indications, l'ARS se contentant de conclure qu'elle « estime incontournable un financement à hauteur de 100 %, cet effort exceptionnel de l'Etat implique en contrepartie des engagements forts et tangibles de la part de l'établissement ».

L'aide de l'Etat a été promise par une lettre ministérielle du 28 décembre 2011, adressée à la directrice générale de l'ARS¹¹. Dans cette correspondance, le ministre confirme que le projet de reconstruction et de remise aux normes exceptionnelles du CHU de Pointe-à-Pitre est inscrit au plan Hôpital 2012, il attire l'attention sur la nécessité de rechercher toutes optimisations du projet, en termes de dimensionnement et de coût et précise que le « projet sera subventionné à hauteur de 100 % sur la base de l'investissement jugé, par le niveau national, comme étant le plus efficient en termes de dimensionnement et de coût global cible (TDC valeur fin de chantier) de cette opération immobilière ». Enfin, il subordonne l'octroi de l'aide à l'engagement de l'établissement à assainir sa situation budgétaire.

~~Les termes de la lettre ministérielle indiquent assez clairement que la promesse de financement à 100 % par subvention ne porte que sur les travaux de construction, ce qui laisse entière la question du financement des équipements ; leur coût a été fixé à 85 M€ TTC¹², étant précisé que ce chiffrage ne représente pas l'équipement complet à neuf car une partie du matériel existant sera ré employée.~~

L'annexe financière du rapport d'évaluation fait l'impasse sur cette question : en emplois, la ligne intitulée « dont investissement présenté au COPERMO » ne comporte pas de prévisions de dépenses d'équipement et aucun financement ne figure en ressources.

Un impact négatif du projet sur les équilibres bilanciaux

Fin 2013, le FDR était de 2,8 M€ et couvrait largement le BFR ; depuis 2009 il s'est maintenu à un niveau élevé du fait d'un fort recours à l'endettement (cf. *infra* 3.2.4.) et grâce aux aides exceptionnelles reçues (125 M€ cf. *supra*) qui ont permis d'éviter une dégradation trop importante des capitaux propres.

Le BFR a connu durant la même période une évolution erratique, jusqu'à devenir négatif en 2012, mais cette situation ponctuelle tient au non-paiement des charges sociales et fiscales, malgré des liquidités surabondantes. Le BFR apparaît comme étant mal maîtrisé, les différents postes de créances et de dettes subissant d'une année sur l'autre des variations de grande ampleur peu explicables (cf. rapport du comptable à l'appui du compte financier de 2013).

¹¹ Document n°10 du dossier d'évaluation

¹² P 35 du rapport d'évaluation

Tableau 17 : Evolution des équilibres bilanciaux

En M€	2009	2010	2011	2012	2013
Evolution du FDR sur l'exercice		8,4	7,1	-5,5	11,4
Niveau du FDR au 31/12	42,1	50,5	56,9	51,4	62,8
<i>FDR en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>59,3</i>	<i>67,8</i>	<i>78,1</i>	<i>69,2</i>	<i>79,3</i>
Niveau du BFR 31/12	40,9	49,7	55,6	-8,9	33,3
<i>BFR en nombre de jours de charges courantes</i>			<i>76,8</i>	<i>-12,0</i>	<i>42,1</i>
Niveau de la Trésorerie 31/12	1,2	0,7	1,3	60,3	29,4

Source : annexe financière

Selon l'annexe financière, le FDR devrait fortement diminuer, au point de devenir négatif en 2016 et 2017, pour se redresser ensuite ; encore faut-il préciser que cette évolution tient compte des effets positifs du futur PRE, couvrant la période 2014-2018, sur lequel de fortes réserves ont été formulées supra. Si ce plan n'atteint pas ses objectifs, la dégradation du FDR serait alors beaucoup plus sévère et ne serait suivie d'aucune amélioration.

Par ailleurs, aucune action visant à optimiser le BFR n'est envisagée ; de plus l'avant dernière ligne de l'annexe financière qui porte sur le niveau du BFR n'est pas renseignée à partir de 2014, de sorte que le montant de la trésorerie prévisionnelle figurant sur la dernière ligne de l'annexe et découlant du résultat du calcul FDR - FDR est erroné. A supposer que le BFR demeure au niveau constaté fin 2013 et que le FDR évolue selon les prévisions de l'annexe financière, ce qui est déjà optimiste, il s'ensuivrait une grave insuffisance de trésorerie, atteignant 40 M€ en 2016 et 2017.

Tableau 18 : Evolution prévisionnelle des équilibres bilanciaux

En M€	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Evolution du FDR sur l'exercice	-33,2	-23,7	-12,9	0,7	9,4	8,6	10,3	10,1	5,9	5,3
Niveau du FDR 31/12	29,5	5,9	-7,1	-6,4	3,0	11,6	21,9	32,0	37,9	43,2
<i>FDR en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>72,1</i>	<i>51,9</i>	<i>36,5</i>	<i>37,6</i>	<i>49,5</i>	<i>58,9</i>	<i>70,7</i>	<i>87,2</i>	<i>94,7</i>	<i>101,2</i>
Niveau du BFR 31/12	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4	33,4
Niveau de la Trésorerie 31/12	-3,8	-27,5	-40,4	-39,7	-30,3	-21,7	-11,4	-1,3	4,5	9,8

Source : annexe financière et calcul contre-expertise

L'endettement de l'établissement ne devrait pas diminuer significativement

Le CHU de Pointe-à-Pitre apparaît comme fortement endetté, au regard des trois indicateurs définis par le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 et l'arrêté du 7 mai 2012 qui précisent les limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, sur la base de deux des trois critères financiers suivants :

- Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 %,
- Un ratio de durée apparente de la dette, exprimé en années, supérieur à 10 ans
- l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues supérieur à 30 %.

Fin 2013, son encours d'emprunt s'élève à 121 M€, soit 37 % de ses produits, le taux d'indépendance financière s'établit de 75,5 % et la durée apparente de la dette est de 5,1 ans, mais le calcul de ce dernier ratio est faussé par les aides reçues en 2013 qui ont permis à la CAF d'être positive ; sans aide, l'établissement serait en insuffisance d'autofinancement (cf. *supra*) et ne pourrait pas faire face à ses échéances. Dans ces conditions un accroissement de la dette n'est pas envisageable, en l'absence de mesures de redressement.

Le plan de financement, fondé sur l'attribution d'une subvention couvrant la totalité du coût de l'opération, ne prévoit pas faire appel à l'emprunt à ce titre. Cependant, l'annexe financière comporte une prévision de recours à l'emprunt pour financer les investissements courants, soit 30 M€ en 2014, 9,6 M€ en 2015 et 8 M€ pour chacune des années suivantes. Selon ces prévisions, et compte tenu du montant des échéances futures de remboursement de capital, le CHU verrait l'encours de sa dette augmenter en 2014¹³ puis diminuer progressivement ensuite. Mais cette projection ne prend pas en compte l'insuffisance de trésorerie qui devrait survenir en 2014, comme relevé *supra*, et qui ne pourra se résoudre que par le recours à des financements externes. En outre, la question du financement des équipements du nouvel hôpital n'est pas tranchée.

Scénarios alternatifs

Le rapport fait état¹⁴ de trois solutions envisagées dans le cadre de l'étude du plan directeur réalisée en mai 2005 (pièce n°33). Après examen du bilan coût/avantage, le conseil d'administration du CHU a retenu en mai 2006 la solution d'une reconstruction sur un nouveau site. En revanche, aucun scénario au cas où l'activité et les recettes seraient en deçà des hypothèses retenues n'est présenté dans le dossier.

Autres investissements prévus

Des prévisions d'investissements courants figurent dans l'annexe financière pour des montants s'élevant à 30 M€ en 2014, 12 M€ en 2015 et 10 M€ pour chaque année suivante jusqu'en 2023¹⁵, soit un total de 122 M€ sur cette période. Le recours à l'emprunt est prévu pour leur financement (cf. *supra*) alors même que l'établissement est fortement endetté. Il est permis de s'interroger sur l'opportunité de mener des opérations de cette importance, alors même que la question de l'équipement du nouvel hôpital est laissée en suspens.

Valorisation du patrimoine

Le dossier ne donne pas d'indication sur le produit éventuel que le CHU pourrait tirer de la cession du site actuel. L'ARS fait savoir qu'elle « veillera à ce que cette cession se fasse dans des conditions favorables pour l'établissement »¹⁶ et précise que par prudence aucun produit de cession ne figure dans le plan de financement.

A la demande de la contre-expertise, l'ARS précise que le terrain du CHU constitue un bien unique dans l'agglomération pointoise où le foncier est rare, avec une orientation et un panorama privilégiés sur la baie de Pointe-à-Pitre. Les premières hypothèses de réaffectation avancées par la ville des Abymes font état de possibilités d'implantation de logements sociaux ou d'implantation d'une partie du site universitaire.

¹³ L'annexe financière comporte, semble-t-il, une erreur de calcul de l'encours en 2014.

¹⁴ P 11 et 12

¹⁵ Le détail est donné dans le tableau 17 bis du dossier.

¹⁶ P 38 du rapport d'évaluation socio-économique de l'ARS

L'ARS indique que l'administration des domaines n'a pas donné suite aux demandes d'estimation de la valeur du terrain malgré plusieurs relances du CHU.

Par référence aux opérations de démolitions d'immeubles réalisées récemment dans le cadre de la rénovation urbaine de Pointe-à-Pitre, le coût de déconstruction pourrait être inférieur à 20 M€. En l'absence d'estimation de la valeur vénale du bien, et par prudence, il a été retenu comme hypothèse que le coût de déconstruction serait couvert par le prix de cession des terrains.

Calendrier prévisionnel des décaissements

L'ARS craint qu'en raison des tensions permanentes de trésorerie que connaît l'établissement les fonds destinés au financement de l'opération ne soient affectées à la couverture des charges courantes. Cette crainte est justifiée mais la solution proposée, à savoir la signature d'une convention entre l'ordonnateur, le comptable et l'agence afin que les fonds en provenance de la CDC soient mobilisés dès réception pour le règlement des factures du nouvel hôpital, ne peut être qu'un pis-aller si le CHU n'a pas rétabli sa situation financière d'ici le lancement de l'opération.

La soutenabilité financière du projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre repose sur des bases incertaines :

- L'objectif de retour à l'équilibre devant être atteint avant la mise en service du nouvel hôpital est fondé sur une augmentation des recettes d'activité au rythme de 4 %/an qui a peu de chance de se réaliser ;
- Les économies susceptibles d'être générées par cet investissement risquent d'être annihilés par les surcoûts dus au développement des soins critiques, sur lesquels le dossier ne donne aucune information ;
- Bien que le projet soit subventionné à 100 %, l'établissement, malgré un niveau d'endettement déjà trop élevé, entend continuer à recourir à l'emprunt pour financer ses autres projets d'investissement ;
- La question des équipements mobiliers et de leur financement n'est pas réglée ;
- A supposer que les prévisions les plus optimistes de retour à l'équilibre d'exploitation se réalisent, il subsiste une impasse de trésorerie pour laquelle aucune solution n'est envisagée.

En conséquence, la prudence recommanderait de rétablir les fondamentaux de la gestion en préalable au lancement d'une opération d'investissement de cette envergure.

5.3. Après compléments

Postérieurement au dépôt du rapport de contre-expertise, le CHU de Pointe à Pitre a produit un ensemble de documents présentant les grandes lignes d'un projet de plan de redressement qui, pour le moment, n'a pas été validé. Dans une note transmise par mail aux contre-experts via la DGOS le 18 février 2015, l'ARS indique que ce plan est en cours d'officialisation ; « *Ce plan d'actions, même s'il a fait l'objet de nombreux échanges lors de sa présentation au COPIL, n'est pour l'instant pas officiel car n'ayant pas encore été soumis formellement aux instances de l'établissement. La Direction de l'établissement estime qu'il convient d'abord de disposer de l'aval du COPERMO avant d'entamer une campagne de validation par les instances. L'ARS valide cette position.* »

A ce stade, la nouvelle annexe financière, également transmise aux CE par mail du 18 février 2015 et accompagnée d'une note de l'ARS décrivant les hypothèses sous-jacentes à la confection de ce document, n'a donc pas de caractère définitif.

Selon la note précitée, les prévisions de la nouvelle annexe financière sont basées sur :

a) des hypothèses d'évolutions tendancielles:

- des produits d'exploitation (T2A, dotations, titre 2, autres produits), en progression annuelle de 1 % sur la période 2015-2021 et de 1,5 % en 2022-2023 tenant compte d'un effet d'attractivité du nouvel hôpital ;
- des charges d'exploitation en progression de +1 %/an, tant pour les frais de personnel que pour les achats de biens et de services.

b) les mesures devant figurer dans le futur plan de redressement, représentant un effort de l'ordre de 53,6 M€ sur la période 2015-2023 résultant à la fois :

- d'une amélioration des recettes (codage/facturation), pour 10,3 M€ ;
- d'un ensemble d'économies (masse salariale, achats), pour 43,3 M€.

Suivant ces hypothèses, la marge brute hors aides ne redeviendrait positive qu'en 2018 et n'atteindrait un niveau suffisant pour couvrir la charge de la dette qu'en 2021. C'est pourquoi l'ARS estime nécessaire l'octroi d'une aide dégressive, à raison de 28 M€ en 2015, 20 M€ en 2016, 10 M€ en 2017 et 2018, 8,5 M€ en 2019 et 3 M€ en 2020, soit un total de 79,5 M€, venant s'ajouter aux 95 M€ d'aides allouées en 2013 et 2014 et aux 74,5 M€ accordées entre 2008 et 2012.

Le programme d'équipement courant a été revu à la baisse suivant en cela les premières conclusions de la contre-expertise. Le CHU a ainsi prévu des investissements à hauteur de 8 M€ / an sur la période 2015-2019 puis 3 à 5 M€ sur la période suivante pour un total de 56 M€ (vs 122 M€ initialement) entièrement financé par emprunt, compte tenu de l'insuffisance de CAF. En conséquence le montant du recours à l'emprunt n'est plus que de 39,8 M€ sur la période 2015-2021 (vs 73,6 M€ initialement) ce qui paraît plus conforme aux capacités de l'établissement.

Les décaissements prévisionnels du projet de reconstruction sont prévus à hauteur de 555 M€ sur la période 2015-2021, (soit un projet total de 582 M€ une fois pris en compte les décaissements réalisés entre 2011 et 2014). Ils incluent 85 M€ d'équipements qui n'apparaissent pas dans la première version de l'annexe financière. Les financements correspondants sont prévus sous forme de subvention couvrant 100 % du coût du projet, équipements inclus.

La révision à la baisse du programme capacitaire devrait conduire à une nouvelle estimation du coût total du projet et, ce faisant, du montant subventionné.

Au vu de ces nouvelles informations, la soutenabilité financière du projet de reconstruction du CHU de Pointe-à-Pitre semble pouvoir s'améliorer mais il subsiste une incertitude majeure sur la réussite du plan de redressement envisagé :

- d'une part, ce plan n'est pas encore officialisé ;
- d'autre part, sa mise en œuvre, en particulier en ce qui concerne les mesures visant à une réduction de la masse salariale, se heurtera sans doute à de fortes résistances, compte tenu de ce que l'on sait du contexte social de l'établissement. L'équipe de direction aura donc besoin d'un soutien sans faille des pouvoirs publics afin que ce plan ne connaisse pas le sort du précédent, resté lettre morte.

A supposer, qu'ayant été adopté, ce plan soit mené à bien, il n'en reste pas moins que le retour progressif à l'équilibre nécessitera de nouvelles aides jusqu'en 2020, ce qui portera le total des aides exceptionnelles perçues par l'établissement depuis 2008 à près de 250 M€.

Conclusions

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

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

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

La représentation graphique est de 89 000 m² en clos couvert (y compris super-structure) ; ces éléments de surface ne correspondent pas aux surfaces affichées de 83 000 m² dans les études de l'APS ce qui ne permet pas de répondre aux engagements communs de l'ARS et du DG du CHU, soit 270 M€ HT valeur 2011. En outre, d'autres surfaces sont ajoutées (héliport et rue Caraïbes pour environ 10 000 m²). ~~Une relecture rigoureuse devra être faite du document de l'AMO pour vérifier l'ensemble des coefficients appliqués sur le tableau prévisionnel des dépenses qui paraissent excessives ou parfois sous-estimés.~~

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

Dans ces conditions deux solutions sont possibles :

- ~~négoier avec le maître d'œuvre un contrat d'intéressement sur la réduction et l'optimisation des surfaces ainsi qu'une modification architecturale sur le traitement de la rue Caraïbes ;~~
- ~~à défaut, résilier le contrat de maîtrise d'œuvre et s'engager dans une procédure conception-réalisation sur la base stricte des engagements de l'ARS et du CHU.~~

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

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

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

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

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

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

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

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

En conséquence compte tenu de l'activité faible les capacités en chirurgie pourraient être ramenées à ~~70~~ **dans une fourchette allant de 80 à 87** lits au lieu de 100 et les places de chirurgie ambulatoire ramenées à ~~20~~ **15** au lieu de 25.

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

Pour la médecine, l'amélioration des taux d'occupation (TO) et de la DMS doit permettre de ramener la capacité à ~~180~~ **190** lits au lieu de 200 et ~~40~~ **30** places au lieu de 50.

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

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

~~3. La situation financière de l'établissement et les perspectives à moyen terme ne lui permettent pas de soutenir un projet d'investissement de cette envergure~~

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

Le CHU de Pointe-à-Pitre est structurellement déficitaire et a déjà été massivement aidé. En l'état des informations disponibles, les perspectives de ~~redressement financier du CHU de Pointe-à-Pitre ne peuvent qu'être jugées incertaines~~ :

- l'absence de mise en œuvre du plan de redressement 2009-2011, le non-respect des préconisations de l'IGAS relatives à la maîtrise des effectifs, le manque d'incitation venant de la tutelle et l'annonce d'un futur plan de retour à l'équilibre, fondé quasi-exclusivement sur une augmentation illusoire des recettes d'activités, font douter de la réelle volonté des acteurs locaux de rétablir la situation financière de l'établissement.
- les économies susceptibles d'être générées par cet investissement risquent d'être annihilées par les surcoûts dus au développement des soins critiques, sur lesquels le dossier ne donne aucune information ;
- Bien que le projet soit subventionné à 100 %, l'établissement, malgré un niveau d'endettement déjà trop élevé, entend continuer à recourir à l'emprunt pour financer ses autres projets d'investissement.

Dès lors, il conviendrait de laisser un délai de deux à trois ans au CHU pour qu'il réduise de manière significative son déficit d'exploitation, notamment par l'application des préconisations de la mission IGAS visant

- au non remplacement d'une partie des départs naturels et à
- la limitation du recours aux CDD et grâce à
- des mesures d'amélioration de la productivité médicale.

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

Annexe 1 : évolutions du capacitaire

	Capacitaire 2013			Addendum du PTD			CE initial (16 octobre 2014)			Rapport IGAS (février 2015)			CE corrigée (20 février 2015)			écart CE corrigée/IGAS			
	lits	places	total	lits	places	total	lits	places	total	lits	places	total	lits	places	total	lits	places	total	en %
UHCD	14		14	26		26	14		14	26		26	14		14	-12	0	-12	-86 %
réa adultes	20		20	35		35	25		25	25		25	25		25	0	0	0	0 %
surv continue	4		4	17		17	12		12	12		12	12		12	0	0	0	0 %
USIC & USNV	14		14	22		22	18		18	28		28	28		28	0	0	0	0 %
gds brûlés	6	2	8	10		10	6		6	8		8	6		6	-2	0	-2	-33 %
réa néonate	12		12	16		16	12		12	12		12	12		12	0	0	0	0 %
SI néonate	12		12	15		15	12		12	12		12	12		12	0	0	0	0 %
néonate	13		13	16		16	13		13	14		14	14		14	0	0	0	0 %
SC pédiatrique	0		0	5		5			0	6		6	6		6	0	0	0	0 %
médecine	201	46	247	200	50	250	180	40	220	200	30	230	190	30	220	-10	0	-10	-5 %
pédiatrie	53	10	63	40	16	56	28	16	44	32	14	46	28	16	44	-4	2	-2	-5 %
chirurgie	131	6	137	100	25	125	70	20	90	87	15	102	77	15	92	-10	0	-10	-11 %
GO	80	6	86	78	0	78	50	6	56	58	6	64	50	6	56	-8	0	-8	-14 %
crise	0		0	4		4	0		0	4		4	4		4	0	0	0	0 %
carcéral	2		2	2		2	2		2	2		2	2		2	0	0	0	0 %
dialyse		14	14		15	15		14	14		15	15		14	14	0	-1	-1	-7 %
SSR pédiatrique	0		0	10		10	0		0			0			0	0	0	0	0 %
TOTAL	562	84	646	596	106	702	442	96	538	526	80	606	480	81	561	-46	1	-45	-8 %

