



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

**RATIOS IMMOBILIERS ET
DEVELOPPEMENT D'UN CONTROLE DE
GESTION TRAVAUX**

Clément VINS

Remerciements

Je remercie Emmanuel BOUVIER-MULLER et Thierry ARRIL, directeur général et directeur général adjoint, pour leur accueil au Centre hospitalier universitaire de Nice et à l'ensemble de l'équipe de direction pour m'avoir confié plusieurs missions passionnantes et m'intégrer au quotidien de leur métier.

Je remercie vivement mon maître de stage et responsable de mémoire, Pierre IDEE, directeur-adjoint, qui m'a suivi avec patience et donné de précieux conseils.

Je tiens à remercier Alain ARNAUD, chef de projet à l'ANAP et maître de stage lors de mon passage dans cette institution. Mes remerciements vont par ailleurs à Mme LAM et M. PERRON, responsables du projet AELIPCE pour leur présentation du logiciel.

Mes remerciements vont également à tous les directeurs et ingénieurs ayant pu répondre à mon questionnaire ou ayant pu m'accorder un entretien en direct ou téléphonique.

Sommaire

Introduction	1
1 Chapitre 1 : La feuille de route immobilière de l'établissement	9
2 L'utilisation des ratios immobiliers dans la gestion patrimoniale de l'établissement : une boîte à outils au service des professionnels.....	15
3 L'utilisation des ratios immobiliers et l'utilisation dans le cadre d'un contrôle de gestion d'une opération de travaux.....	25
Conclusion	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP = Agence nationale d'appui à la performance

ARS = Agence régionale de santé

ATIH = Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CH = Centre hospitalier

COPERMO = Comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins

DGOS = Direction générale de l'offre de soins

DMS = Durée moyenne de séjour

GHT = Groupement hospitalier de territoire

HPST = Hôpital Patient Santé Territoire

MAINH = Mission national d'appui à l'investissement hospitalier

MEAH = Mission d'expertise et d'audit hospitalier

OPHELI = Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Établissements de santé
Législation Indicateurs Environnement

UF = Unité fonctionnelle

RUM = Résumé d'activité médicale

SRIS = Schéma régional d'investissement en santé

T2A = Tarification à l'activité

UF = Unité fonctionnelle

UM = Unité médicale

Introduction



La « rue hospitalière » de l'Hôpital Pierre-Paul Riquet au CHU de Toulouse

2005-2011 : il s'agit de l'intervalle dans lequel le CHU de Toulouse¹ sur le site de l'Hôpital Purpan a connu d'importants travaux. Ensemble pavillonnaire engorgé, la zone a muté en une « ville » hospitalière, intégrée à aux services de la métropole toulousaine. Concernant 2.000 agents et de nombreuses spécialités hospitalières, le site central est divisé en son centre par une « rue hospitalière » permettant la desserte par la route, les transports en commun et le tramway. De nouveaux bâtiments se sont également construits en périphérie du site en regroupant plusieurs disciplines par complémentarité de continuité de soins².

Cette opération a été évidemment précédée par une longue phase de réflexion et de travail par laquelle l'institution a formalisé un plan directeur prévoyant la revue du capacitaire de l'établissement et un redécoupage des disciplines sur le site.

Faisant suite à des constructions très urbaines, ou reprenant les locaux historiques des hôpitaux, les années 1980 et 1990 ont été marquées par des constructions en périphérie des villes, voire au croisement de nœuds autoroutiers, sur des fonciers confortables et peu coûteux. Favorisant l'étalement urbain et l'usage systématique de la voiture pour les personnels, les patients et les visiteurs, ces projets sont maintenant revus. Un des enjeux

¹ Entretien avec la Direction des Travaux du CHU de Toulouse

² Réseau CHU. 20 septembre 2005.

actuels consiste pour plusieurs hôpitaux à réinvestir les centres villes, au plus près de la patientèle. De nombreux développements hospitaliers récents s'ouvrent au cœur des villes en étant intégrés aux systèmes de transport et à la vie des quartiers.



Regroupement de la Maternité sur le site historique du CH de Roubaix, au cœur du centre ville

L'architecture même des établissements a évolué. Au modèle des années 1960 et 1970, souvent basé sur des maquettes architecturales standards reproduites en grand nombre (ex : bâtiments en croix type Fontenoy...), se substitue à présent des établissements plus évolutifs ou modulaires. Dans un objectif de performance, marqué aussi par des budgets d'investissements de plus en plus contraints, la conception architecturale doit intégrer une logique d'optimisation des flux, des organisations de travail et éviter, autant que possible, les doublons de plateau technique.

Le bâti doit reposer sur une conception compacte, spécialisant les flux (patients, urgences, logistiques) et regroupant les activités en plateaux fonctionnels selon leurs caractéristiques propres. Et les moyens mis en œuvre. Cela permet d'assurer une occupation des lits optimisée et une meilleure affectation des personnels. La répartition des surfaces repose aussi sur l'accessibilité facile au plateau technique qui est devenu par ailleurs la locomotive de l'activité de l'établissement et sa vitrine technologique.

Outre l'évolution des surfaces immobilières et l'attention portée aux coûts de chaque mètre carré³, l'autre enjeu d'importance est le changement dans l'approche hospitalière, tournée vers la réduction des durées de séjour et du nombre de lits. Depuis 1990, le nombre de lits hospitaliers a diminué de 20% et parallèlement le nombre de places d'hospitalisation à temps partiel a progressé de façon supérieure. La Cour des

³ La plupart des études situe le coût par m² autour de 2.500€, d'où l'importance de ne pas surdimensionner les ouvrages hospitaliers.

Comptes a rappelé dans son rapport de 2015 sur les lois de financement de la Sécurité sociale, que la proportion de lits par habitants reste plus élevée que dans les autres pays de l'OCDE (6,4 lits pour 1.000 habitants). L'institution recommande par ailleurs de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire⁴.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu une priorité nationale avec un objectif affiché d'un taux de chirurgie ambulatoire de plus de 50% à l'horizon 2016. C'est également une priorité pour la Haute Autorité de Santé (HAS) qui, en partenariat avec l'ANAP, a développé plusieurs [guides et outils](#) afin d'accompagner les professionnels et les établissements de santé dans le développement de la chirurgie ambulatoire⁵.

Enfin, des premiers objectifs chiffrés de réduction capacitaires ont été donnés aux établissements sanitaires dans les plans triennaux. Ces efforts s'inscrivent dans le cadre du plan d'économies de 50 milliards qui doit financer d'ici 2017 le pacte de responsabilité et la réduction du déficit public. 10 milliards doivent être économisés sur trois ans par la seule Sécurité sociale : outre les efforts des hôpitaux, le gouvernement compte boucler ce plan d'économies en agissant sur le prix des médicaments et en limitant les « *actes inutiles ou redondants* »⁶. Le ministère de la Santé a précisé que « *les économies doivent s'entendre non pas comme une réduction des dépenses mais comme une évolution maîtrisée de l'augmentation des dépenses* ». Les efforts ne vont donc pas forcément se traduire par des coupes budgétaires ou des réductions de personnels, mais par un frein à la hausse des dépenses de santé.

Le CHU de Nice se situe dans ce contexte financier contraint, ayant d'autant plus procédé à une opération d'envergure avec l'ouverture de l'Hôpital Pasteur 2. Intégré au quartier Pasteur, situé au nord-est de Nice, le nouvel hôpital du CHU d'une capacité 730 lits – dont 452 à l'ouverture complète le 3 juillet 2015 - se présente comme un grand centre de chirurgie et de médecine équipé de 3 IRM. L'ensemble de 81.000m², dessiné par le cabinet d'architecture Reichen et Robert, le nouvel hôpital Pasteur 2 rassemble des spécialités issues des actuels sites Pasteur 1, l'Archet et St Roch. Sur Pasteur 2, ces services de proximité et de pointe en recours régional se complètent et s'organisent autour de 5 pôles : l'institut universitaire locomoteur, pôle neurosciences, pôle spécialités médicales, pôle urgences Samu-Smur, pôle uro-néphrologie. Et aussi, la réanimation et la surveillance continue, les salles de déchocage, la salle de surveillance post-interventionnelle, 26 salles de blocs opératoires et les laboratoires, la stérilisation centrale, la pharmacie centrale et de site, 3 salles de radiologie interventionnelle

⁴ Rapport 2015 sur les lois de financement de la Sécurité sociale.

⁵ Voir sur has-sante.fr

⁶ http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/28/comment-les-hopitaux-vont-devoir-economiser-3-milliards_4585324_1651302.html

(neuroradiologie et scanner), et 3 salles de cardiologie interventionnelle. Pasteur 2 abrite une unité des pathologies rachidiennes. Un service rare même en CHU et un apport majeur pour les Niçois où orthopédistes et les neurochirurgiens interviennent en synergie⁷



L'entrée de l'Hôpital Pasteur 2, l'amphithéâtre Le Galet et au fond le bâtiment classé Sainte-Marie

La longueur du chantier, démarré en 2006, et une ouverture plusieurs fois retardée, ont pesé sur les finances du CHU de Nice et ont fortement réduit les capacités de recours à l'emprunt pour l'année 2016. Le déficit a été présenté à 25 millions d'euros pour cette année. Toutefois, l'établissement doit encore poursuivre ses investissements avec les opérations suivantes :

- La 2^{ème} phase de travaux du site Pasteur 2;
- Les opérations de géotechnie sur le même site ;
- Les travaux de sécurisation de la falaise à l'ouest du site suite à l'éboulement partiel ;
- Le déménagement des derniers services du site de l'Hôpital Saint-Roch et la vente de ce bâtiment ;
- La vente de la Pharmacie située à Saint-André et l'intégration des activités de pharmacotechnie sur le site de l'Hôpital L'Archet ;

⁷ Pour plus de renseignements : <http://www.reseau-chu.org/article/pasteur-2-naissance-dun-hopital-ultra-moderne/>

- La rénovation du Pavillon F et l'intégration des activités de laboratoires (Anatomie, cytologie pathologique et de génétique des tumeurs solides) et du service d'odontologie sur le site de l'Hôpital Pasteur.

Les opérations concernant la sécurisation de la falaise, du déménagement de la pharmacotechnie et la rénovation du Pavillon F ont fait l'objet d'une demande de subvention auprès de l'ARS PACA par le biais d'un rapport d'évaluation socio-économique Schéma Régional d'Investissement en Santé (SRIS)⁸.

Le dossier concernant les opérations de sécurisation de la falaise a été confié à l'élève stagiaire, en lien avec les ingénieurs et le directeur de la Direction du Patrimoine immobilier du CHU de Nice. Le groupe s'est appuyé notamment sur l'étude menée par le cabinet Géolithe et les éléments techniques. Le dossier comportait une étude reposant sur différents scénarios de sécurisation du site, à différents coûts, permettant de protéger les habitations environnantes et les tiers. Par contre, compte tenu qu'il ne s'agissait pas d'une activité directement hospitalière ou d'un service de soins, le groupe n'a pas renseigné les éléments concernant le dimensionnement capacitaire ou les projections financières.

Par la suite, l'élève-directeur a été intégré au groupe travaillant sur le projet de déménagement des laboratoires suscités et du service d'odontologie pour les intégrer dans le bâtiment Pavillon F sur le site du « haut Pasteur ». Ce dossier devait par contre intégrer des éléments de projection d'activité selon différents scénarios, l'analyse du dimensionnement capacitaire (avec utilisation des ratios ANAP) et un détail complet des charges et recettes attendues.

En lien avec les différentes missions confiées à l'élève-directeur, ce travail devait aussi permettre de constituer une matrice pouvant servir à la réalisation d'autres dossiers de subvention. Familiarisé avec les outils de l'ANAP, l'élève-directeur a pu installer le logiciel AELIPCE sur son poste de travail et définir le dimensionnement capacitaire avant et après les travaux, et étudier les écarts de surfaces par rapport à la base nationale.

Plus généralement, cette mission doit permettre de formaliser un outil permettant de créer dans la Direction du Patrimoine immobilier une cellule de contrôle de gestion. Celle-ci doit permettre de mieux appréhender les coûts complets des opérations dès leur conception, afin de mieux suivre les scénarios financiers et anticiper les dépenses supplémentaires.

L'objet de ce mémoire est de détailler les outils nécessaires pour pouvoir mener au mieux les opérations d'investissement, dès l'étape du projet. De nombreux entretiens

⁸ Décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

ont été menés avec des directeurs et ingénieurs ayant participé à de telles opérations, notamment de préparations de schémas directeurs immobiliers. Il sera évoqué aussi les outils informatiques et décisionnels mis en place par les groupes de travail ministériels et surtout l'ANAP. Il convient de présenter en détail l'apport que peut apporter le logiciel AELIPCE pour la préparation des investissements immobiliers et l'utilisation pouvant en être fait.

Dans un premier temps, nous verrons l'importance de bien préparer le plan directeur immobilier pour démarrer au mieux les opérations de travaux. Il convient d'étudier la « check-list » nécessaire et comment le schéma directeur doit s'intégrer dans la réflexion de l'établissement sur son activité et son dimensionnement capacitaire.

Puis, dans un second temps, il sera étudié quels outils peuvent aider les professionnels à mieux appréhender leurs besoins et dimensionner aux mieux leurs opérations. Les solutions OSCIMES, OPHELI et AELIPCE notamment seront évoquées. Ce dernier logiciel sera détaillé plus précisément, grâce à une utilisation menée sur site et une rencontre avec l'équipe-projet en direct à l'ANAP⁹. Cette partie sera nourrie de différents cas pour lesquels les professionnels peuvent être aidés par cette solution.

Enfin, il conviendra de détailler la mission confiée à l'élève-directeur dans la rédaction du Rapport d'évaluation socio-économique pour l'ARS PACA et les différents éléments qui le composent. Nous verrons comment la matrice utilisée pour déterminer les différents scénarios et envisager la progression de l'activité peut être utilisée pour poser les bases d'une cellule de contrôle de gestion patrimoniale.

⁹ Rencontre avec Mme LAM et M. PERRON à l'ANAP.

METHODOLOGIE

Le travail sur ce mémoire a démarré à partir du 1^{er} trimestre 2016 quand il m'a été demandé de me joindre au groupe de travail au sein de la Direction du Patrimoine immobilier concernant le dossier de subvention SRIS de l'ARS PACA pour la Falaise du site Pasteur.

Le bâtiment BIH (ancienne Blanchisserie), ainsi que le pavillon de l'activité de stérilisation (transférée ensuite sur le nouvel hôpital, présentent la singularité d'être implantés en contre bas d'une paroi rocheuse de 25 à 70 m de hauteur, parallèle à l'avenue Joseph RAYBAUD . Le 20 janvier 2014, cette falaise a subi un éboulement rocheux partiel interdisant l'exploitation du bâtiment situé au pied de cette falaise. Les diagnostics géotechniques préalables ont permis de mettre en sécurité le site autorisant ainsi une exploitation partielle avec la réouverture de la stérilisation et de la fonction de distribution du linge. Ces études préliminaires ont également mis en évidence des risques résiduels sur une partie des ouvrages existants.

C'est dans ce contexte que le CHU de Nice a été contraint d'engager une opération de sécurisation du site de Pasteur, objet du présent programme. Le coût de celui-ci, estimé selon les scénarios possibles entre 13 et 21 millions d'euros, a conduit le CHU, dont les capacités d'investissements sont limitées après l'ouverture de l'Hôpital Pasteur 2, a complété un dossier de demande de subvention auprès de l'ARS. L'élève directeur a pu travailler sur ce dossier, en formalisant les scénarios présentés par le maître d'œuvre et complétant les différentes rubriques techniques et financières. Il a pu également participer aux rencontres prévues avec la ville de Nice et les services de l'Etat.

L'élève-directeur a ensuite été associé à un autre groupe de travail concernant le projet de restructuration des activités des laboratoires et du service d'odontologie devant être installés à terme sur le site dit « haut Pasteur » dans un même pavillon. Le groupe projet est constitué des directions et cadres administratifs et soignants des pôles concernés, et d'un ingénieur de la Direction du patrimoine immobilier. Ce dossier devait s'accompagner d'un travail plus complet permettant de projeter, au vue du coût important de l'investissement nécessaire (environ 13 millions d'euros) si les projections d'activités supplémentaires permettaient à l'opération de s'autofinancer.

Ce travail et la création d'une matrice associée doivent également pouvoir être réutilisés par la direction du patrimoine immobilier pour des dossiers similaires, et être la base d'une cellule de contrôle de gestion en son sein.

Le but de ce mémoire est, sur la base de ce travail mené, d'évaluer les possibilités de création d'une cellule de suivi financier des projets, mais aussi de rechercher quels sont les outils nécessaires pour la bonne réalisation des opérations d'investissements immobiliers. L'élève s'est particulièrement intéressé à la phase préalable qui est la réalisation d'un schéma directeur immobilier et les étapes indispensables en amont de la réalisation effective des travaux. Ensuite, l'utilisation demandée par l'ARS des ratios issus du logiciel AELIPCE dans le dossier de subvention SRIS a conduit l'élève-directeur à recherché quel apport peut avoir cet outils pour les directions en charges des opérations d'investissement.

Afin de nourrir ce mémoire, les actions suivantes ont été menées :

- Lancer un questionnaire en ligne auprès d'une centaine de directeurs-adjoints en charge des travaux dans des établissements de plus de 800 lits¹⁰. Les questions portèrent sur la présence d'un schéma immobilier dans l'établissement, et notamment sur l'utilisation des outils ANAP.
- Mener plusieurs entretiens en direct et par téléphone auprès de directeurs et ingénieurs de CHU concernant l'élaboration des schémas directeurs immobiliers et leur vision de leur métier à l'avenir.
- Un entretien téléphonique a été mené avec un ingénieur de la société ICADE, prestataire de nombreux établissements pour la rédaction de schémas immobiliers.
- Rencontrer l'équipe de l'ANAP, Mme Alexandra LAM et M. Pierre PERON et échanger avec eux concernant l'utilisation des ratios immobiliers pour les professionnels hospitaliers.

¹⁰ Annexe I du présent mémoire : détail de l'enquête.

1 Chapitre 1 : La feuille de route immobilière de l'établissement

La loi Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009¹¹ et la création des Agences régionales de la santé (ARS) ont eu comme objectif de redéfinir la politique nationale de santé et la décliner dans les régions. Un projet régional de santé est ainsi défini par chaque agence afin de fixer les orientations et les objectifs de santé pour le territoire.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) défini pour chaque territoire permet de structurer l'offre ambulatoire de premier recours et de faire coïncider l'offre de soins avec les besoins de la population.

La loi HPST a surtout permis de développer le système des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui est aujourd'hui l'outil privilégié de déploiement de la politique de santé publique et de dialogue entre les établissements et l'ARS. Le CPOM poursuit une double finalité :

- Arrêter le positionnement de chaque acteur dans la structuration de l'offre de santé et préciser les synergies attendues avec les autres acteurs du territoire en référence aux orientations du Projet Régional de Santé,
- Définir les orientations des établissements en matière de performance afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et plus largement du service rendu aux usagers et l'efficacité de la dépense publique.

Le CPOM est signé par le directeur de l'établissement et l'ARS. Ensuite, au sein de chaque établissement est décliné un projet d'établissement qui détaille les objectifs et les projets à venir. Il est composé d'un projet médical, de projets structurants (recherche, filière de soins, collaborations, projet social, politique managériale, prise en charge des usagers et prévention des risques...) et de description des évolutions immobilières et physiques, dont les projets éventuels de construction, le schéma informatique et les ressources matérielles.

Le projet d'établissement peut éventuellement intégrer un projet immobilier ou projet de restructuration. Ce programme a pour objet de détailler les constructions de bâtiments à venir ou la restructuration de l'existant.

¹¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Malgré un contexte budgétaire difficile, plus de 90% des directeurs adjoints en charge des travaux indiquent que leur établissement a prévu dans son projet d'établissement des constructions de nouveaux bâtiments, ou de restructurer complètement une structure complète de soins ou d'accueil de semaine et/ou jour.

Les établissements doivent continuer à investir pour une prise en charge optimale des patients et un parc immobilier vieillissant contraint les établissements de façon générale à investir à minima pour préserver la sécurité et la qualité de l'accueil.

A. La déclinaison du schéma directeur dans le projet de l'établissement

1. Les éléments du schéma directeur immobilier

Sur la base du projet d'établissement et de la stratégie définie pour une durée de 5 ans et adopté par le Conseil de surveillance de l'établissement, le Code de la santé publique rappelle que doivent y figurer « les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipements de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs »¹².

Afin de définir les évolutions du parc immobilier et son adéquation avec l'activité médicale et logistique de l'établissement, le plan directeur immobilier ou « schéma directeur immobilier » définit les projections spatiales et les restructurations nécessaires. L'élaboration du plan directeur immobilier comprend 3 étapes essentielles¹³ :

- la traduction du projet médical, du projet de soins et du projet de gestion en enjeux d'organisation fonctionnelle que des propositions spatiales pourront être proposées ;
- la détermination d'une ou plusieurs hypothèses privilégiées (scénarios), compte tenu de l'analyse de l'existant et des opportunités foncières mais aussi de l'évaluation du coût global et de la capacité de financement ;
- la vérification de la faisabilité environnementale, technique, économique et financière de cette hypothèse privilégiée (le cas échéant la comparaison de ces éléments de faisabilité entre différents scénarios).

Surtout, le plan directeur doit s'appuyer sur une étude du programme capacitaire de l'établissement, établi à partir des projections démographiques et des évolutions des

¹² Loi HPST suscitée et décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

¹³ in « Concevoir et construire un hôpital », sous la direction de Yann Bubien. 2014.

types de prise en charge attendues, en tenant compte de l'offre de soins sur le territoire. Il convient de noter que les dossiers de demande de financement aux ARS intègrent désormais des projections d'activité pour chaque pathologie, en lien avec les données disponibles dans le SROS. Il est indispensable que ces outils soient connus par les équipes en charge de ses projets.

2. Vers une évolution territoriale des schémas directeurs ?

La dimension territoriale des projets immobiliers, encore comprise essentiellement à l'échelle des établissements vis-à-vis de leur environnement, va sans aucun doute être amenée à s'accroître, compte tenu de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)¹⁴. Même si le début de ces groupements au 1^{er} juillet 2016 priorise la rédaction d'un projet médical partagé et prépare la mutualisation de certaines fonctions (schéma informatique, achats, formation...), la plupart des établissements pensent que la réflexion sur le plan directeur doit désormais s'appuyer sur la coordination des évolutions médicales et d'activité du territoire.

Ainsi, plusieurs directeurs-adjoint en charge des travaux ou ingénieurs ont spontanément indiqué que la mise en place des GHT allait probablement amener à revoir à terme les schémas directeurs immobiliers. Le redécoupage des activités entre établissements va conduire à revoir les programmes capacitaires, voire à partager plus régulièrement des sites. Il s'agit aussi d'un mouvement plus ancien car des établissements ayant connu une fusion hospitalière ou s'étant rapprochés du secteur privé ou non-lucratif, ont pu déjà partager des bâtiments ou des structures (ex : Centre hospitalier de Valenciennes et intégration d'une clinique privée sur le site historique de l'établissement).

B. La construction du schéma directeur immobilier

1. Les enjeux du schéma directeur

Le schéma directeur immobilier évoque des solutions spatiales sans être uniquement un document architectural. Il n'est pas une obligation réglementaire mais les recommandations ministérielles ont insisté sur le besoin de construire un plan directeur de long terme, composé d'un fil directeur défini, partagé et stable.

¹⁴ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La totalité des directeurs interrogés ont indiqué que leur établissement disposait d'un plan directeur (établissements de plus de 900 lits). La plupart ont indiqué que le plan est régulièrement révisé selon les évolutions de l'activité de l'établissement.

Seuls 54% des directeurs sont encore en fonction dans l'établissement dans lequel ils ont participé à la mise en place de ce plan.

Tout d'abord, le schéma directeur immobilier est une projection comme il a été indiqué de la stratégie générale de l'établissement. Il doit être une déclinaison et un appui à l'organisation médicale retenue, avant de décrire l'implantation de bâtiments ou la restructuration de l'existant. Une équipe projet doit être mise en place avec un comité de pilotage afin de déterminer ces orientations.

Par exemple, l'équipe qui a mené au Centre hospitalier universitaire de Nice les réflexions pour la construction du plan directeur a retenu 4 principes qui devaient guider la réflexion :

- Optimiser les structures existantes pour plus d'efficacité ;
- Développer l'attractivité des structures et faciliter l'accès aux personnes ;
- Sécuriser les biens et les personnes ;
- Garantir l'efficacité de l'activité : utiliser au mieux les structures et faciliter les opérations de maintenance.

De façon générale, le plan directeur inclut les éléments suivants :

- les principes fonctionnels généraux avec le schéma général des relations fonctionnelles ;
- le recensement des besoins ;
- les outils montrant les gains d'efficacité ;
- les supports graphiques d'exposé du scénario optimal ;
- le déroulé des opérations et/ou l'intégration de différents scénarios de répartition des lits et des locaux.

La construction du schéma directeur immobilier passe en grande partie par la réalisation d'audits, concernant aussi bien les activités de l'établissement et de l'occupation des espaces, ainsi qu'un bilan patrimonial des espaces et des structures. Le but de ces enquêtes est de mesurer les écarts potentiels entre l'état du patrimoine en se comparant à un établissement théorique. Ces moyens de comparaison seront développés

dans la partie suivante. Ils servent à analyser si l'établissement connaît un manque d'efficacité sur certains ratios, dont la surface par rapport à l'activité notamment.

Une étape essentielle suivante est celle portant sur l'étude du programme capacitaire de l'établissement.

Le juste dimensionnement capacitaire¹⁵ vise ainsi à allouer à chaque spécialité les ressources nécessaires à son activité. Cette allocation peut se faire dans le cadre du regroupement des unités en médecine et en chirurgie pour optimiser la charge en soins, tout en visant une cible de taille d'unités de soins optimisée (28 à 30 lits), par type de prise en charge, selon les proximités médicales et si le bâtiment le permet, entre spécialités et en termes de prise en charge soignante¹⁶.

Les unités de dimensionnement sont fixées selon l'approche de l'ANAP. Elles permettent une description exhaustive de la structure spatiale et de la capacité d'accueil des activités de soins. Il convient de noter que des grands cabinets privés, accompagnant de nombreux établissements hospitaliers sur leur plan directeur, se réfèrent en grande majorité à la méthode ANAP pour l'étude économique des activités.

2. « Faire ou faire faire »

Face à la complexité de ces enjeux à synthétiser, la question peut se poser de réaliser en interne le document, ou de travailler en lien avec un cabinet extérieur.

De plus en plus d'établissements font appel à des entreprises ou consultants dans le but de les accompagner pour construire le document et d'animer les groupes de travail.

Interrogés à ce sujet, les établissements ayant fait ce choix ont pu indiquer les raisons suivantes :

- Le besoin d'avoir un regard extérieur sur la construction du schéma directeur immobilier ;
- La complexité croissante de l'environnement réglementaire difficile à suivre pour un établissement ;
- Le manque d'équipes spécialisées dans l'établissement ou de ressources pour la production des plans et calcul de ratios.

¹⁵ ANAP : Guide de l'utilisateur AELIPCE.

¹⁶ DGOS. Recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière. Avril 2016.

L'ANAP indique que les grands cabinets travaillant sur les schémas directeurs immobiliers ont connaissance de l'outil AELIPCE, développé par l'agence (cf. Chapitre 2). Ceux-ci ont bien évidemment des matrices de modélisation propres et plus poussées, mais les établissements sont souvent demandeurs d'obtenir ces rations hospitaliers, notamment pour pouvoir répondre aux dossiers de subvention SRIS des ARS.

Il convient de s'interroger sur les outils mis à disposition des établissements pour pouvoir maîtriser au mieux leur patrimoine immobilier et faire évoluer leur dimensionnement capacitaire.

2 L'utilisation des ratios immobiliers dans la gestion patrimoniale de l'établissement : une boîte à outils au service des professionnels

Le Ministère de la Santé a décidé de la création de la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) par arrêté du 27 mars 2003¹⁷. La Mission était "chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation du patrimoine hospitalier dans cadre du plan Hôpital 2007. La Mission était une structure d'appui qui ne se substituait pas aux décideurs : elle accompagnait notamment l'administration centrale et le cabinet du Ministre, les Agences Régionales de l'Hospitalisation, ainsi que les établissements de santé.

Parallèlement au pilotage du Plan et à son suivi, la MAINH a également élaboré des outils méthodologiques variés : Guide sur la mise en œuvre du Bail Emphytéotique Hospitalier, guide de dynamisation hospitalier, observatoire de la construction hospitalière, kits de déploiements DMP...

A. Les programmes immobiliers : améliorer la connaissance des acteurs

En 2009, trois entités sont regroupées pour former l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)¹⁸. Forte des expertises de celles-ci, l'Agence vient en appui des établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé en France. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux fédère les expériences et les compétences du GISMH, de la MAINH et de la MEAH, auxquelles sont venues s'ajouter des compétences complémentaires. La loi HPST lui confie la mission d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux et les ARS (Agences Régionales de Santé) afin d'améliorer leur performance.

¹⁷ Arrêté du 27 mars 2003 portant désignation du directeur et organisation de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier.

¹⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

A. 1. Le site OSCIMES

Dans la continuité du travail mené par la MAINH, l'ANAP coordonne la mission de l'observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé (OSCIMES).

Les projets immobiliers des établissements sanitaires et médico-sociaux sont complexes et nécessitent une vision claire de l'impact économique et financier des décisions d'investissement et une bonne estimation de leurs conséquences en termes de qualité, de fonctionnalité et de productivité.

L'application web www.oscimes.fr¹⁹ est un outil en ligne d'aide à la décision et à l'estimation des projets immobiliers ainsi qu'une base de données sur les opérations immobilières des établissements sanitaires et médico-sociaux.

L'outil OSCIMES se compose de :

- publications, comme les rapports annuels de l'Observatoire des coûts de la construction de l'ANAP
- résultats d'études et de recherches sur des thématiques propres aux établissements sanitaires et médico-sociaux (conception-réalisation, MOP, délais de réalisation...)
- informations générales utiles au monde de la construction immobilière en milieu hospitalier et médico-social (ex : index BT)

OSCIMES met aussi à disposition un ensemble de tableaux de bord traitant notamment de :

- ratio de surfaces et de coûts par secteur fonctionnel ;
- nombre de locaux et ratios de surfaces par secteur fonctionnel pour un local spécifique ;
- distribution du coût total de construction d'une opération : coûts des travaux, coûts des prestations intellectuelles, coûts des actualisations/révisions, autres coûts...
- durée des opérations par phase, en fonction du montage juridique et du statut de l'établissement, etc.

¹⁹ Voir site Oscimes ou lien sur le site de l'ANAP. L'ANAP se charge de la mise à jour de l'outil.

2. L'application OPHELIE

L'organisation du patrimoine hospitalier a un impact sur l'optimisation des activités, l'amélioration du confort des patients et les finances des établissements de santé. Le patrimoine est un « *enjeu central* » pour les établissements hospitaliers, puisqu'il est estimé à 60 millions de m², pour une valeur nette comptable de 60 milliards d'euros, a rappelé Julie Lagrave, du bureau d'efficience des établissements de santé à la direction générale de l'offre des soins (DGOS)²⁰. Afin d'aider les établissements à mettre en place une « *véritable stratégie de gestion patrimoniale* », la DGOS a développé, en collaboration avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), un outil de pilotage du patrimoine hospitalier. Baptisé **OPHELIE** (**O**util de pilotage du **P**atrimoine **H**ospitalier pour les **É**tablissements de santé - **L**égislation,- **I**ndicateurs – **E**nvironnement), cet outil est à la disposition des établissements et des ARS depuis mai 2014.

OPHELIE permet l'analyse des données renseignées par les établissements dans cinq domaines :

- la maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques,
- la maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine,
- l'adéquation fonctionnelle des locaux,
- la performance environnementale,
- le management de la fonction immobilière (schéma directeur, référents, utilisation d'indicateurs...).

Utilisé pour le moment par une cinquantaine d'hôpitaux, notamment dans les régions pilotes (Pays-de-la-Loire et Franche-Comté), cet outil doit être déployé dans tous les établissements publics de santé en 2017. L'outil est accessible sur le site de l'ATIH : www.atih.fr

B. L'étude du capacitaire par l'outil Aelipce

L'outil AELIPCE²¹ a été développé et conçu par l'ANAP. Diffusé en 2012, cette application est destinée à la fois aux établissements de santé et aux ARS.

²⁰ Journées Hopitech du 8 au 10 octobre 2014.

²¹ www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/detail/actualites/ameliorer-la-performance-des-organisations-loutil-aelipce/

C'est face au constat de la multiplication d'outils indépendants d'aide à la décision, dans des domaines très variés (construction, blocs opératoires, dimensionnement RH...) que l'ANAP a entrepris la construction d'un outil global pour l'amélioration de la performance globale des opérations. AELIPCE est un outil d'aide à la décision qui permet de modéliser un ensemble d'activités et de tester des hypothèses de prises en charge dans l'optique de concevoir de nouvelles organisations. Il a permis de regrouper et de consolider différents outils existants.

Pour élaborer AELIPCE, l'ANAP s'est entourée de professionnels aux compétences complémentaires : hôpitaux et cliniques (contrôle de gestion, directeurs, ingénieurs, DIM...), ARS, cabinets d'architectes...

Les objectifs du logiciel sont les suivants :

- Réaliser un état des lieux de son organisation, quel que soit le périmètre : unités de soins, pôle(s), établissement ou groupe d'établissements... ;
- Evaluer et mesurer la performance d'une organisation au quotidien, d'un projet de réorganisation ;
- Optimiser son organisation au regard de l'activité actuelle et de ses prévisions d'évolutions avec une estimation du capacitaire ;
- Pré-dimensionner un investissement immobilier avec une évaluation en coût global d'une opération sur une période longue, en intégrant l'investissement, la maintenance, les consommations d'énergie et les dépenses d'entretien ;
- Evaluer les conséquences financières d'un investissement.

Le logiciel fonctionne à partir de données fournies par l'utilisateur, qui vont servir de base à l'état des lieux de l'activité, et qui s'intègrent dans les champs suivants :

- L'activité (nombre de résumé d'activité médicale (RUM), nombre de séjours et durée moyenne, niveaux de sévérité... ;
- Les ressources humaines et la maquette organisationnelle ;
- Le dimensionnement capacitaire ;
- Les surfaces ;
- Les données économiques et financières.

AELIPCE comprend 3 modules complémentaires utilisables conjointement ou indépendamment. Il s'agit des modules immobilier, organisation et financier²².

²² Chaque module fait l'objet d'un guide utilisateur dédié. Voir le site de l'ANAP.

Le module 1 Organisation est un comparateur capacitaire traitant des données d'activités et des ressources humaines mobilisées. Le module 2 Immobilier porte sur le dimensionnement en surface. Enfin, le module 3 Financier permet d'évaluer les conséquences économiques et budgétaires d'une organisation²³.

MODULE 1 ORGANISATION

À partir des données issues du fichier « structure » de l'établissement, le module Organisation offre un support rigoureux pour :

- explorer une organisation existante et s'interroger collectivement sur ses performances,
 - simuler les impacts sur cette organisation d'hypothèses d'évolution de la volumétrie des activités, des modalités de prise en charge, des niveaux de sévérité, des ressources humaines (maquettes organisationnelles élaborées avec des professionnels de terrain),
 - comparer des scénarios au regard de différents indices de performances reconnus.
- Selon les besoins de chaque établissement, ce module peut couvrir les activités cliniques (y compris réanimation, soins intensifs et surveillance continue), l'ambulatoire, les consultations externes et explorations fonctionnelles, le bloc opératoire, l'imagerie, la biologie, l'anatomopathologie.
- Sur tous ces domaines, il offre la possibilité d'étudier des projets territoriaux de coopération et de partenariat.

Ce module peut être utilisé sans mettre en œuvre les deux autres. Grâce à une interface de transfert, il peut aussi alimenter en données d'activité le module Immobilier (dimensionnement des besoins en locaux et surfaces), ainsi que le module Financier en données économiques (recettes d'activité, dépenses RH).

MODULE 3 FINANCIER

Destiné aux chefs de projet établissement et/ou aux directions financières, le module financier permet de simuler l'impact d'un projet de réorganisation ou d'investissement sur la situation financière de l'établissement.

Le module financier permet à l'utilisateur :

- de disposer d'une vision prospective de l'impact du projet sur la situation d'exploitation et sur les grands équilibres bilanciels.
- de modéliser différents scénarii de financement d'un projet.
- d'accéder au calcul automatisé de ratios financiers ainsi qu'à des restitutions graphiques.

Le module 3 peut être utilisé en lien avec les modules 1 et 2 pour apprécier l'impact financier d'un projet dimensionné en utilisant ces deux modules.

MODULE 2 IMMOBILIER

Le module Immobilier est destiné au pré-dimensionnement d'un investissement. Il couvre tous les secteurs fonctionnels d'un établissement de santé (hospitalisation, ambulatoire, plateau technique « chaud » et « froid », support administratif et logistique). En apportant une démarche et des valeurs de référence, il aide l'équipe projet à évaluer les besoins en locaux et surfaces, pour un périmètre d'activités défini par l'établissement (nature et volumétrie). Il permet une première évaluation du coût global d'une opération sur une période longue, en intégrant l'investissement, la maintenance, les consommations d'énergie et les dépenses d'entretien. Il peut contribuer à fournir des données au module financier.

Aelipse est un outil au service des établissements pour étudier les conditions de faisabilité d'un projet d'organisation.

L'articulation des 3 modules

AELIPCE est installé et utilisé de façon complètement autonome par les utilisateurs, ce qui correspond à une volonté de l'ANAP. Ce type d'application en « client lourd », est directement exécuté sur le système d'exploitation de l'utilisateur, qui va lui-même installer d'éventuelles mises à jour. Il s'agit d'un gage d'autonomie et de confidentialité des données pour l'utilisateur. A terme, l'ANAP imagine une possible intégration de l'outil dans le SI de l'établissement, ce qui pourrait fiabiliser les données, simplifier l'utilisation et enrichir les fonctionnalités

²³ Des mises à jour ont récemment été apportées afin de développer les possibilités de scénarios financiers.

NB : il est conseillé que des personnes habituées aux notions du contrôle de gestion soient présentes à ces formations.

Interrogés sur AELIPCE, 95% des directeurs adjoints en charge des travaux et ingénieurs hospitaliers connaissent ce logiciel.

44% des répondants ont indiqué qu'une personne dans l'établissement a reçu une formation sur l'utilisation du logiciel.

Des formations sont régulièrement proposées, dans les locaux de l'ANAP et en régions, notamment coordonnées par les ARS.

C. L'utilisation pratique pour les professionnels

Rencontrée au cours d'un entretien au siège de l'ANAP, l'équipe projet de l'outil ELIPCE précise bien que celui-ci donne une vision « macro » de l'établissement. Il s'agit d'un logiciel donnant une vue d'ensemble sur un projet ou un établissement mais il doit toujours être au service d'un travail de groupe et d'une réflexion sur l'évolution des structures et des services.

1. La constitution d'une équipe projet

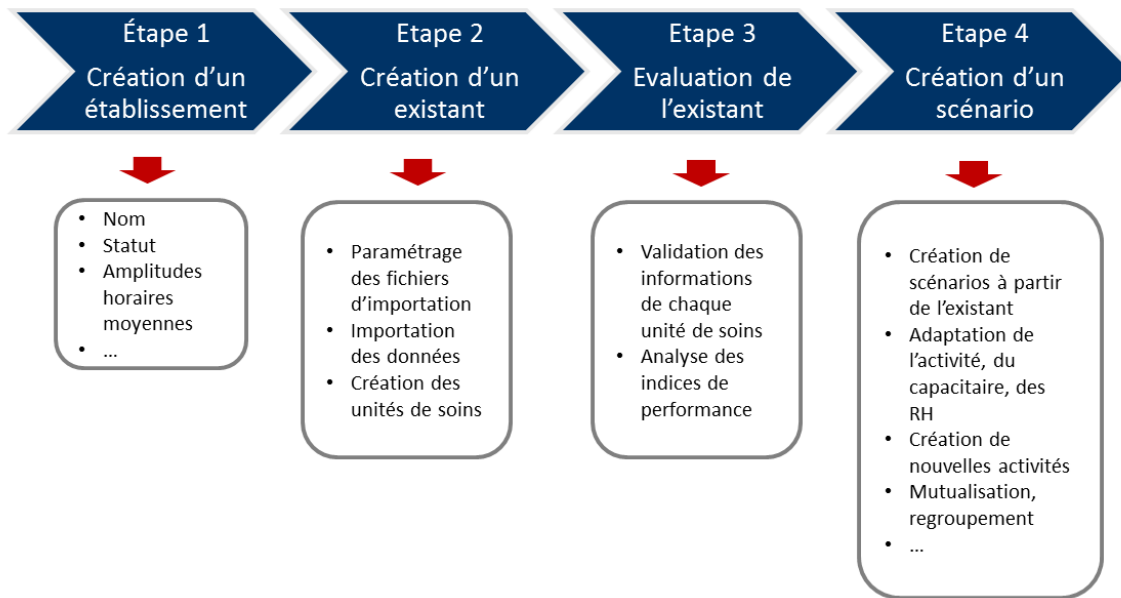
L'ANAP, dans son guide de l'utilisateur, recommande une utilisation de l'outil subordonnée à la mise en place d'une équipe projet pluridisciplinaire (personnel médical, paramédical, ressources humaines, direction financière, contrôle de gestion, technique...). Les propositions de modifications d'organisation qui pourraient découler de l'utilisation devront être portées par l'équipe projet.

Il est préconisé de désigner un pilote du projet qui sera le référent AElipce auprès de tous les acteurs impliqués dans le projet. Ce pilote peut être le responsable en charge de performance ou son représentant.

Les indices de performance générés par cet outil ne se prêtent pas nécessairement à des comparaisons inter-établissements du fait de profils d'activité propre à chaque établissement et à ses modalités spécifiques de prise en charge. Les ratios peuvent aussi être différents d'un établissement à l'autre, ou même entre des services d'un même hôpital, selon s'il s'agit d'une construction d'un nouveau bâtiment, d'une rénovation ou de la fusion de plusieurs services.

2. Le remplissage des différents modules

L'utilisation de l'outil comprend 4 étapes principales :



Le module 1 – Activité Clinique permet de décrire et d'agir sur l'organisation en place sur plusieurs niveaux :

- L'activité clinique et médico-technique
- Le capacitaire
- Les effectifs (rémunérés et présence) et leur organisation (maquette organisationnelle et affectation des tâches)
- Recettes et dépenses.

Le module 2 - IMMOBILIER permet de :

- Construire un capacitaire et de déterminer les surfaces utiles et dans la mise en œuvre par secteur fonctionnel d'un projet, y compris pour les secteurs médico-techniques, logistiques et administratifs,
- Déterminer les coûts de construction d'un projet, de maintenance préventive et curative (hors gros entretien renouvellement), d'énergie et de nettoyage.

Il a pour objectif de fournir aux différents acteurs d'un projet de construction d'un établissement de santé des éléments de référence relatif au dimensionnement global d'une opération et ses incidences en termes de coût de construction et d'exploitation maintenance. Il est plus particulièrement préconisé de le mettre en oeuvre lors de l'étude d'opportunité et de pré faisabilité d'un projet.

L'outil se présente sous la forme d'un tableau de bord avec plusieurs onglets permettant de décrire son organisation, qui sont :

- Organisation : Description de l'unité de soins : nom, numéro, pôle de rattachement,...
- Activité : Caractérisation de l'activité de l'unité (nombre de RUM par durée moyenne de RUM dans l'unité) et modification du nombre de RUM par durée de RUM
- Capacité : Description du capacitaire par mode de prise en charge et fermetures hebdomadaires et annuelles et calcul d'un potentiel disponible de lits et en journées en fonction d'un taux d'occupation cible
- RH - Maquette Organisationnelle – effectifs requis : Description de la maquette organisationnelle pour les IDE, AS, ASH, AP et SF de l'unité
- RH - ETP / Budget – effectifs rémunérés : Description des effectifs rémunérés de l'unité
- RH - Organisation – organisation des tâches : Description des tâches administratives et logistiques liées à l'activité de l'unité.
- Consultations : Description de l'activité de consultation réalisée au sein de l'unité (hors consultations réalisées au niveau du plateau mutualisé)
- Dépenses : Synthèse des charges en personnel et de médicaments par unité
- Recettes : Description des recettes moyennes des cas traités de l'unité

Le renseignement de ces différentes rubriques peut s'avérer long et fastidieux, selon si l'on renseigne directement les rubriques, ou par importation de fichiers.

L'ANAP travaille actuellement sur des retours d'expériences afin de mieux appréhender la facilité d'utilisation de l'outil et de mieux intégrer ces éléments dans les formations utilisateurs.

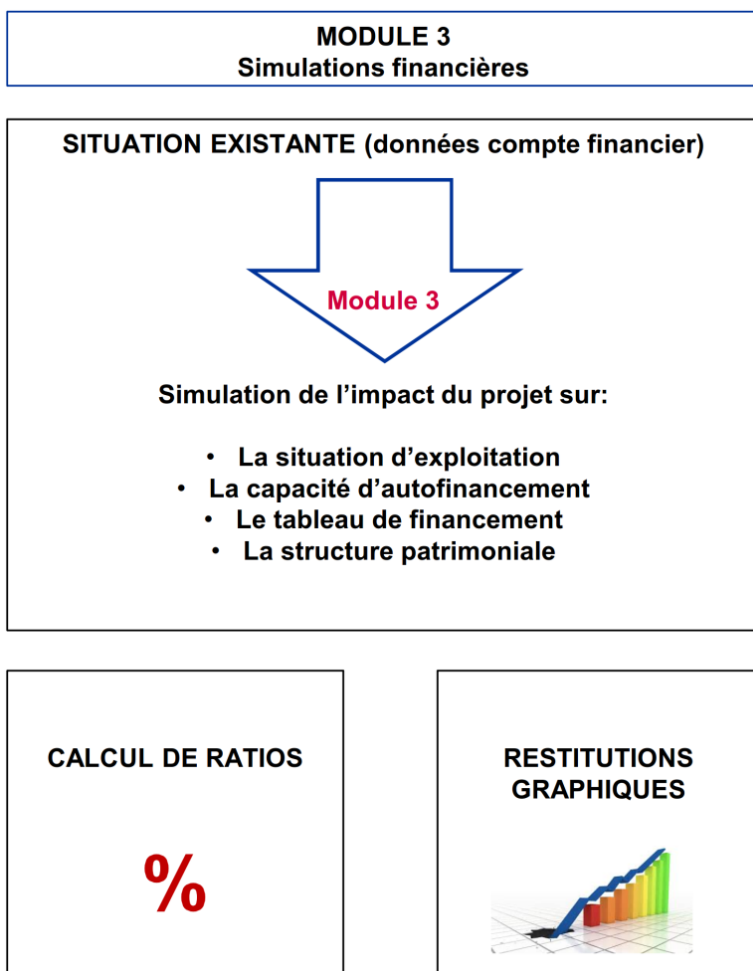
Plusieurs professionnels rencontrés au cours des entretiens ont signalé une complexité certaine de l'outil et le besoin que celui-ci à d'être régulièrement employé, afin d'en conserver la maîtrise.

Il est enfin courant que des ingénieurs ou contrôleurs de gestion formés à l'outil aient besoin d'une nouvelle session de cours après s'en être servis à un moment antérieur, pour un projet précis.

3. La modélisation des scénarios et leur utilisation

Les modules 1 et 2 permettent de réaliser le dimensionnement d'un projet (de réorganisation, d'adaptation capacitaire, de construction...) et de chiffrer son coût d'investissement (module 2) et son impact sur les charges d'exploitation (dépenses de personnel, dépenses hôtelières et de maintenance).

Sur la base de ces données (ou d'une simulation financière réalisée indépendamment en cas d'utilisation sans lien avec les modules 1 et 2), le **module 3** permet d'apprécier l'impact du projet sur la situation financière de l'établissement et d'en apprécier la soutenabilité²⁴.



²⁴ Guide de l'utilisateur AELIPCE. Module 3 Financier.

Huit étapes vont permettre de mener son projet à bien et de cheminer le long du module 3 d'Ælipce.

Chaque étape constitue un chapitre du manuel, qui présente tout d'abord une carte heuristique des points clés et des actions à mener avec l'outil Ælipce. Les fonctionnalités détaillées sont par ailleurs présentées sous forme de copies d'écran.

Par ailleurs, le manuel s'appuie sur un cas pratique et présente comment les scénarios financiers peuvent être formalisés²⁵.

²⁵ Guide ANAP – Module 3 Cas pratique.

3 L'utilisation des ratios immobiliers et l'utilisation dans le cadre d'un contrôle de gestion d'une opération de travaux

Annoncée dans la déclaration de politique générale de juillet 2012, la stratégie nationale de santé a été officiellement lancée par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, le 8 février 2013. Au total, huit grands axes de réforme sont avancés qui vont de la politique de prévention aux modes de rémunération des professionnels de santé.

Il s'agit pour les pouvoirs publics de répondre aux « nombreux défis auxquels est confronté le système de santé (augmentation du nombre des patients atteints de maladies chroniques, notamment de patients âgés, développement des inégalités sociales et territoriales devant la santé, maintien de déficits élevés qui sont cause d'une dette sociale importante)» grâce à une « médecine de parcours », dans un contexte financier exigeant « la gestion la plus rigoureuse des ressources financières», sous la responsabilité des Agences régionales de santé.

Dans ce cadre, des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) doivent «garantir la mise en cohérence de l'ensemble des investissements à l'échelle du territoire», indépendamment de leur modalité de financement.

Ces réflexions s'intègrent au pacte de confiance, le rapport Couty²⁶ constatant que « s'agissant des investissements, le système actuel ne permet pas d'assurer durablement leur financement. Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 ont souvent conduit les établissements à s'engager dans des investissements surdimensionnés et à s'endetter au-delà de leur capacité ».

A. Présentation des dossiers SRIS de l'ARS

1. Le contenu des schémas régionaux

Le document final qui devra être synthétique comportera 4 volets :

- Un inventaire du patrimoine existant faisant apparaître un bilan des opérations d'investissement réalisées depuis 10 ans ainsi que les capacités foncières ou immobilières mobilisables déjà disponibles pour répondre aux besoins identifiés par les ARS ou par des acteurs de l'offre de soins sanitaire ou médico-sociale.

²⁶ Rapport Couty : 46 propositions pour restaurer la confiance à l'Hôpital. Mars 2013

- Une analyse stratégique des besoins d'investissements menée en référence aux orientations du PRS, fondée sur l'étude des besoins de santé et visant à l'optimisation des parcours. Cette démarche conduira à identifier les investissements les plus adaptés pour répondre à ces besoins, quels que soit leur nature (immobilier, équipements médicaux, systèmes d'information) et leur secteur (ville, hôpital, médico - social).
- Une cartographie présentant, par ordre de priorité, l'ensemble des projets programmés sur les champs sanitaire et médico - social comportant notamment des indications synthétiques sur leur opportunité, leur coût et leur plan de financement prévisionnels.
- Une étude d'impact financier global contenant notamment une analyse de la soutenabilité des scénarii au regard de la capacité d'autofinancement actuelle et prévisionnelle des établissements et des structures ainsi que des éventuels financements susceptibles d'être mobilisés sur les dotations régionales ou auprès des collectivités territoriales.

L'instruction DGOS du 28 mai 2013²⁷ précise que le contenu du SRIS devra donc être construit indépendamment des circuits de financement existants actuellement. Les schémas régionaux d'investissements en santé trouveront leur prolongement dans les dispositifs de sélection et d'arbitrage des projets d'investissements.

2. Le dossier Rapport d'évaluation socio-économique Schéma Régional d'Investissement en Santé

Ce rapport, signé par le directeur d'établissement, a pour objectif d'évaluer le projet d'investissement porté par l'établissement.

L'évaluation est fondée sur trois axes : l'analyse territoriale et la validation des hypothèses d'activité retenues par l'établissement, l'analyse du dimensionnement et de la faisabilité technique du projet et sa soutenabilité financière.

L'établissement doit s'assurer que le projet est conforme aux standards et référentiels nationaux afin de garantir son efficience et que toute piste optimisation a bien été recherchée.

²⁷ INSTRUCTION N°DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé (SRIS)

Il est précisé que le rapport doit être complet et détaillé pour que le projet, dans toutes ses dimensions (opportunité, aspects techniques, ...), soit compréhensible à tout lecteur extérieur. Ce rapport est une pièce majeure qui est utilisée :

- Dans le cadre l'analyse des demandes de subventions d'investissement ;
- Dans le cadre des projets soumis à la procédure d'évaluation nationale des projets d'investissement mise en place par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)²⁸.



**Rapport d'évaluation socio-économique
Schéma Régional d'Investissement en Santé**

Nom de l'établissement porteur du projet :

« Nom du projet » : PAVILLON F : AMENAGEMENT D'UN SERVICE D'ODONTOLOGIE ET D'UN LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE ET DE GENETIQUE DES TUMEURS SOLIDES

Version en date du :

Information préliminaire :

Ce rapport, signé par le directeur d'établissement, a pour objectif d'évaluer le projet d'investissement porté par l'établissement.

La présente évaluation est fondée sur trois axes : l'analyse territoriale et la validation des hypothèses d'activité retenues par l'établissement, l'analyse du dimensionnement et de la faisabilité technique du projet et sa soutenabilité financière.

L'établissement devra s'assurer que le projet est conforme aux standards et référentiels nationaux afin de garantir son efficacité et que toute piste d'optimisation a bien été recherchée.

Ce rapport doit être complet et détaillé pour que le projet, dans toutes ses dimensions (opportunité, aspects techniques, ...), soit compréhensible à tout lecteur extérieur.

Chaque item de cette trame doit obligatoirement être renseigné. S'il est sans objet, il convient de le justifier. La structuration du présent rapport doit être strictement conservée.

Rappel du rôle de l'évaluation socio-économique préalable :

Ce rapport est une pièce majeure qui est utilisée :

- Dans le cadre l'analyse des demandes de subventions d'investissement ;
- Dans le cadre des projets soumis à la procédure d'évaluation nationale des projets d'investissement mise en place par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) ;
- Dans le cadre du décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017. Ainsi, le présent rapport pourra être communiqué au Parlement dans deux cas de figure :
 - si projet dont le coût est supérieur à 100 M€ HT de financement public est soumis à une obligation de contre-expertise indépendante.
 - si projet dont le coût est supérieur à 20 M€ HT de financement public est soumis à déclaration d'inventaire auprès du Commissariat général à l'investissement (CGI) et à sa demande.

1

Document de travail du CHU de Nice

²⁸ Décret n° 2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017

Chaque item de cette trame doit obligatoirement être renseigné. S'il est sans objet, il convient de le justifier. La structuration du présent rapport doit être strictement conservée.

3. Les rubriques du rapport

Les rapports d'évaluation socio-économique SRIS sont organisés de la façon suivante :

- Présentation de l'établissement et de son contexte. Il est conseillé de faire référence au projet d'établissement en résumé ;
- Définition du périmètre du projet : présentation et motivations du projet, en détaillant les coûts de l'investissement ;
- Calendrier prévisionnel et description des alternatives au projet, compatibles avec les objectifs du schéma directeur de l'établissement.

Cette partie est essentielle pour justifier en quoi le scénario défendu par l'établissement est cohérent.

- Analyse de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Il est essentiel ici de faire apparaître en quoi le projet permet de répondre aux besoins de la population, en cohérence avec l'évolution attendue de la démographie du territoire. Il faut aussi s'y interroger sur l'impact des GHT et la cohérence de cette activité avec l'offre de soins proposée par les établissements du territoire (mutualisation, partage d'activités...) ;

- Evolution du volume d'activité actuel et futur de l'établissement sur les différents domaines d'activités impactés par le projet : il convient ici de présenter les évolutions possibles de l'activité une fois l'investissement fait. Il faut pouvoir projeter la progression suite à l'ouverture de nouveaux lits ou l'acquisition de matériels ;
- Analyse du dimensionnement capacitaire : il convient ici de présenter le dimensionnement des services, en s'appuyant notamment sur le module 2 de l'outil ALIPCE ;
- Organisation spatiale, fonctionnelle et technique : il faut ici indiquer le fonctionnement détaillé de la nouvelle activité, en précisant aussi la complémentarité des activités installées ;

- Analyse du plan de financement : l'établissement doit pouvoir présenter dans le détail les charges et recettes attendues, en cohérence avec le Plan pluriannuel d'investissement en cours.

La complexité des informations à renseigner fait qu'il est indispensable qu'un groupe projet pluridisciplinaire soit formé, incluant des membres de l'équipe soignante et médicale, des contrôleurs de gestion et des responsables de la direction des services techniques et logistiques²⁹.

B. La modélisation du projet

4. L'objectif du projet

Le Pôle d'Odontologie, situé sur l'Hôpital Saint-Roch, établissement historique du CHU de Nice, se retrouve aujourd'hui isolé sur le site.

Ce service compte actuellement 35 fauteuils (dont 2 salles d'implantologie). Si dans un premier temps, il est prévu une délocalisation à périmètre constant, ce projet prévoit une évolution capacitaire à 48 fauteuils tout en renouvelant les équipements du service qui sont vieillissants (fauteuils dentaires d'une quinzaine d'années).

Cette relocalisation doit permettre au service d'Odontologie, tout en restant à proximité du centre-ville de Nice, de se rapprocher d'autres activités, en particulier ORL avec l'Institut de la Face et de Cou et du Centre Antoine Lacassagne, afin de mutualiser les blocs opératoire et certaines pratiques (pratiques d'interventions chirurgicales et d'implantologie sous anesthésie générale aujourd'hui impossible à pratiquer dans de simples salles d'implantologie).

Le projet Campus Santé (regroupement des facultés et des stages cliniques sur un même lieu géographique) est également un des enjeux de cette délocalisation. La formation et l'enseignement dispensés au sein du Pôle d'Odontologie regroupent 4 activités médicales et chirurgicales et permet au Pôle d'avoir un positionnement privilégié dans le bassin de population CHU.

Cette activité doit être couplée sur le site avec plusieurs laboratoires. Le Laboratoire de Central d'Anatomo-Pathologie (LCAP) est installé depuis les années 1980 dans le pavillon L, du site de Pasteur 1.

²⁹ Le groupe peut aussi inclure les directions de pôles, les cadres administratifs ou des agents de la DRH de l'établissement (calcul d'effectifs nécessaires).

Il a été équipé au fur et à fur, dans le respect de la réglementation en vigueur, en fonction des besoins, du développement de nouvelles techniques et de l'augmentation de l'activité.

La veille réglementaire permet de constater une évolution de la réglementation en matière de conception des laboratoires d'Anatomo-Cyto-Pathologie qui n'est plus aux normes en vigueur avec un risque chimique fort³⁰.

Dans le cadre du décret 2001-1016 relatif la mise en place d'une politique de prévention des risques en santé et sécurité au travail, ce laboratoire en l'état actuel de son fonctionnement et de son équipement, ne répond plus aux exigences réglementaires.

Des travaux en ce sens ne peuvent être engagés dans le bâtiment actuel. En effet, la mise en conformité des locaux se heurte à des problématiques, en autres, de surface, de vétusté, de faisabilité technique, et de contraintes imposées par les Architectes des bâtiments de France.

S'agissant à la fois de l'activité d'odontologie et de l'activité des laboratoires, il a été nécessaire de localiser ces activités sur le site de Pasteur. Le bâtiment F pressenti pour cette opération est la seule réserve foncière inoccupée et répondant aux contraintes d'exploitation pour ces activités ; la faisabilité ayant été vérifiée et confiée à un consultant extérieur. Il a été également tenu compte des contraintes universitaires et d'accessibilité. La vente de l'hôpital Saint-Roch dans lequel s'exerce aujourd'hui l'activité dentaire clinique et universitaire représente un enjeu stratégique et financier pour le CHU.

Le projet se doit d'être cohérent avec le SROS PACA, ce qui a été analysé par l'élève-directeur et le contrôle de gestion par un accès aux documents de l'ARS. Ainsi, la relocalisation du Pôle d'Odontologie sur le Pavillon F de l'Hôpital Pasteur doit permettre de pérenniser la prestation de soins dentaire aux patients en situation de précarité (patient bénéficiant de la CMUC ou AME), afin de lutter contre le renoncement des personnes aux soins dentaires.

Cette délocalisation doit permettre la création d'une structure adaptée afin d'assurer la prise en charge de patients spécifiques atteints de pathologies lourdes (handicap, psychiatriques) mais aussi de posséder un plateau technique permettant d'assurer les soins aux personnes âgées. Cela permettrait au Pôle d'Odontologie d'être un centre ressources afin d'assurer la continuité des soins en accueillant des patients

³⁰ L'arrêté du 16 juillet 2007 fixe les mesures techniques de confinement du risque biologique à mettre en œuvre et la circulaire DRT n°12 du 23 mai 2006 définit les règles particulières à prendre contre les risques d'exposition aux agents Cancérigène, Mutagène et Reprotoxique tel que le formaldéhyde.

référés par les praticiens libéraux ne pouvant les prendre en charge dans le cadre de leur pratique de ville.

Pour les laboratoires, le projet s'inscrit exactement dans le cadre des recommandations du SROS suivantes :

- veiller à une mutualisation de l'utilisation des plateformes de CGH Array et des séquenceurs haut débit dont les recommandations des professionnels vont édicter très prochainement le périmètre des indications ;
- développer les coopérations entre établissements et/ou structures autorisées pour le ramassage des échantillons biologiques ;
- améliorer la lisibilité de l'offre de biologie sur la région auprès des partenaires libéraux ;
- développer l'informatisation du circuit de l'échantillon ;
- favoriser la participation des laboratoires aux contrôles externes de la qualité ;
- accompagner les laboratoires dans la modernisation des équipements et la mise en œuvre de techniques diagnostiques innovantes ;
- s'assurer de l'entrée des laboratoires dans la démarche d'accréditation ;
- assurer la continuité de service dans les laboratoires.

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	0-19 ans		20-59 ans		60-79 ans		80 ans et plus	
		En %	En effectifs	En %	En effectifs	En %	En effectifs	En %	En effectifs
2010	1 097 532	21,4		50,6		20,6		7,4	
2015	1 133 615	20,9		50,1		21,3		7,7	
2020	1 170 486	20,8		49,3		22,3		7,6	
2025	1 208 092	20,6		48,3		23,4		7,7	
2030	1 245 810	20,4		47,4		23,5		8,8	

Schéma d'évolution de la population à partir du SROS

5. L'utilisation de l'outil AELIPCE et le dimensionnement capacitaire

Le périmètre financier du projet est le suivant :

Périmètre du projet soumis à évaluation socio-économique	Coût du projet TTC TDC valeur fin de chantier	Stade d'avancement du projet (pré-programme, PTD, etc.)
-Aménagement d'un service d'odontologie au pavillon F de pasteur 1. Permettre l'activité d'enseignement d'odontologie Permettre la vente du site de St-Roch	5 798 000 € VF + 790 500 € TTC d'équipement	PTD PTD
-Aménagement d'un laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique et de génétique des tumeurs solides au pavillon F de pasteur 1. Mettre en conformité et prévenir les risques du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique Mise aux normes et développement de l'activité du laboratoire des tumeurs solides	6 550 000 € VF + 331 600 € TTC d'équipement	

Evaluation financière du projet par ingénieur en charge du projet

Il s'agit d'un chantier important en surface, supposant une rénovation complète du site historique et de ses accès. Il est possible que la phase initiale des travaux se complète par une phase de désamiantage.

Le dossier SRIS suggère une analyse complète du dimensionnement capacitaire sur le périmètre du projet.

Afin de valider le calibrage des unités cliniques et des éléments dimensionnant les plateaux techniques, le module 2 d'AELIPCE a été utilisé.

NB : compte tenu du périmètre du projet, le calibrage a été complet seulement sur la partie Laboratoires. Une activité de consultations comme le service d'odontologie ne pouvait pas ici être complètement analysée.

Liste des secteurs fonctionnels impactés par le projet *	Surfaces m ² SDO			
	Avant-projet	après mise en service	Surface attendue - référentiels ANAP (Aelipce-module 2)	Ecart par rapport aux référentiels
Laboratoire ACP				
Pièces techniques	101	171	159	+3%
Bureaux techniques	254	300	290	+6%
Bureaux administratifs	76	77	76	+0,4%
Archives	107	246	221	+11,3%
Vestiaires/sanitaires	15	77	71	+15,3%
Circulations	40	321	299	+22,7%
Local produits inflammables	20	35	24	-7,2% (stockage)
Laboratoire des tumeurs solides				
Pièces techniques	42	83	81	-3,28%
Bureaux techniques	110	215	217	+4,2%
Bureaux administratifs	36	20	22	-3,26%
Archives	29	66	65	+2,2%
Vestiaires/sanitaires	0	25	0	-5,2%
Circulations	0	214	195	+23%
Locaux divers sous-sol				
Disponibles	0	149		+7%
Locaux techniques/divers	0	303		+18%
TOTAL	2561	4163		

Tableau récapitulatif des surfaces et les écarts calculés sur l'outil AELIPCE module 2

L'étude des surfaces attendues fait apparaître certains différentiels pour les Laboratoires. Comme indiqué dans le dossier rendu, il s'agit ici d'un transfert d'activités se faisant dans des locaux vétustes. Les éléments suivants ont été renseignés :

« Pour le laboratoire, l'extension des surfaces des pièces techniques du Laboratoire de Génétique Tumeurs Solides (LGTS) est prévue pour la prise en charge d'un volume analytique plus important. Le laboratoire actuel est saturé et ne peut plus accepter de demandes externes.

L'augmentation des surfaces de bureaux individualisés correspond à la relocalisation des médecins du service dans des bureaux individuels.

L'extension spatiale des bureaux du Laboratoire d'Anatomo Cyto-Pathologie est justifiée par l'activité particulière des médecins, pour lesquels leur bureau est aussi une pièce de production de soins. Il est d'autre part prévu un espace Recherche et Développement (R&D) au niveau du Laboratoire d'Anatomo-Cyto Pathologie. Cet espace supplémentaire doit permettre d'accueillir les équipements futurs dans le cadre des techniques innovantes ou dans le cadre de tests de matériels plus performants, sans avoir à recourir ultérieurement à des surfaces extérieures.

Par ailleurs, les laboratoires actuels sont déficitaires en surface de vestiaires, sanitaires et salles d'archives.

La surface des circulations a été augmentée, compte tenu de la configuration spatiale préexistante. »

L'établissement doit enfin présenter une description des risques liés au projet. Les éléments suivants ont été renseignés :

« S'agissant des risques techniques le bâtiment existant est à restructurer. Il n'y a pas de risques géotechniques, ni vis-à-vis des tiers, le bâtiment étant situé dans le périmètre de l'hôpital Pasteur 1.

Un diagnostic structure a été réalisé afin d'évaluer toutes les contraintes liées à l'implantation des nouvelles activités ; ces contraintes sont prises en compte dans l'enveloppe travaux.

Ce diagnostic et l'étude de faisabilité (capacitaire) nous ont également permis d'évaluer les risques sismiques et de les intégrer dans le projet.

Ce bâtiment a déjà fait l'objet dans les années 2000 d'un désamiantage ; il demeure sur ce sujet à lancer un diagnostic avant travaux ; cependant notre bonne connaissance de ce bâtiment nous permet d'estimer que si il reste des travaux de désamiantage à réaliser ceux –ci seront limités à des revêtement de sol , colle de faïence , calorifuge ;une évaluation de ces prestations est prise en compte dans le chiffrage de l'opération.

Il n'y a également pas de risque relatif à l'obtention d'un permis de construire pour la réhabilitation de ce bâtiment avec ce type d'activité dans le mesure où ce bâtiment était déjà un bâtiment avec une activité hospitalière.

S'agissant des risques liés à l'organisation du projet, ils sont limités par la mise en place d'un pilotage par la direction et la mise en place d'un groupe de travail associant les responsables des services et l'ingénierie technique. »

6. La présentation des charges et scénarios d'activités

En préparation des études sur les charges et recettes liées au projet, le groupe projet a travaillé dans un premier temps sur le dimensionnement actuel des services et ses effectifs et leurs activités. La difficulté du projet est lié au fait qu'actuellement les services concernés du Laboratoires se situent sur plusieurs sites, dont des locaux de l'Université. Pour le service d'odontologie, l'activité pourrait passer à 48 fauteuils, ce qui permettrait d'accueillir plus de patients et de former un plus grand nombre d'étudiants.

En exemple, pour le service d'odontologie, concernant le dimensionnement actuel en effectifs et activité, avec le résultat projeté :

	AVANT				APRES	
	2012	2013	2014	2015	délocalisation périmètre constant	dimensionnement cible 48 fauteuils
<i>Consultations</i>	22 450	25 212	26 173	26 647	+1,5% / an	+3% / an
<i>Patients</i>	12 195	12 289	13 183	12 752	+1,5% / an	+3% / an
<i>Recettes de l'activité</i>	2 882 467 €	2 794 616 €	2 740 701 €	3 194 847 €	+1,5% / an	+3% / an
<i>ETP médicaux</i>	41,35	43	41,98	40,38	40,38	40,38
<i>Nombre d'étudiants</i>	120	123	125	132	135	155
<i>Nombre d'internes</i>	6	9	9	12	12	

Du fait du nombre d'étudiants croissant et du nombre de fauteuils du Pôle d'Odontologie, les étudiants en Odontologie sont désormais 2 à 3 par fauteuil pour assurer la partie clinique de leur stage lors de leurs vacances. Les étudiants de 6^{ème} année complètent, eux, leur formation clinique soit par un stage actif dans les cabinets libéraux en ville soit par une convention ERASMUS de quelques mois pour un stage clinique à l'étranger.

L'augmentation du nombre de fauteuils permettra de passer à un ratio d'étudiants par fauteuils de 3 actuellement à 2.

Un tableau semblable a été réalisé pour les activités et effectifs des laboratoires. Cependant, il a fallu affiner en détail les activités selon leurs codifications et tenir compte des possibilités d'installation dans les nouveaux locaux.

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ETP	PM y compris internes	15,29	14,85	18,73	19,5				
	PNM y compris credits INCA	30,1	30,1	30,6	30,6				
ACTIVITE	ACTES NGAP ANAPATH	87 826	97 968	68 495	86 472	90 796	91 704	92 621	92 621
	ACTES NGAP GENETIQUE	6 993	10 248	15 147	14 217	14 928	15 077	15 228	15 228
	TOTAL ACTES NGAP	94 819	108 216	83 642	100 689	105 723	106 781	107 848	107 848
	COEFF NGAP ANAPATH	17 242 820	19 641 586	15 800 025	14 915 025	15 660 776	15 817 384	15 975 558	16 135 313
	COEFF NGAP GENETIQUE	2 536 147	3 473 320	4 780 460	4 680 230	4 914 242	4 963 384	5 013 018	5 063 148
	TOTAL COEFF NGAP	19 778 967	23 114 906	20 580 485	19 595 255	20 575 018	20 780 768	20 988 576	21 198 461
	ACTES CCAM ANAPATH	31 051	33 736	34 343	32 918	33 906	34 245	34 587	34 933

En appui de ce tableau, les éléments suivants ont été apportés : « L'augmentation des surfaces du Laboratoire d'Anatomo Cyto Pathologie et du Laboratoire de Génétique des Tumeurs Solides est un élément essentiel pour répondre aux demandes d'analyses en constante progression. Cette demande est rattachée en grande partie au caractère innovant des techniques utilisées dans ce secteur de pointe.

La collaboration étroite entre les deux laboratoires assure la complémentarité nécessaire au bon fonctionnement des activités, et de ce fait représente l'une des vitrines du CHU dans le cadre de son rayonnement dans la recherche scientifique.

Tous ces éléments nous autorisent à envisager une activité croissante pour ces laboratoires de l'ordre de 1%. »

Pour chacune des activités, des scénarios d'évolution de l'activité ont été formalisés, permettant de dégager des tendances évolutives des recettes (même si nous ne pouvons connaître les évolutions futures des tarifications). L'élève-directeur, en lien avec les contrôleurs de gestion à la Direction des affaires financières, a pu modéliser différents niveaux d'évolution de l'activité, faisant ainsi apparaître différentes trajectoires

de recettes. Il a fallu également travailler sur les économies potentielles en Titre 1 et sur les autres charges liées au déménagement des anciens sites, dont celui de l'Hôpital Saint-Roch. Plus généralement, le départ des dernières activités de ce site (service d'odontologie et centre d'accueil des affections tuberculeuses) permettra à terme de mettre en vente le bâtiment, dégagant ainsi des fonds importants permettant le financement d'autres opérations. Des négociations ont déjà démarré avec la Ville de Nice et les services de l'Etat dans ce sens³¹.

C. La mise en place d'une matrice de couts pour une direction patrimoniale

Le travail commencé sur ce dossier par l'élève-directeur a eu comme continuité de se faire en lien avec un autre projet qui était de pouvoir proposer au Directeur en charge du patrimoine immobilier du CHU de Nice, une ébauche future d'une cellule de contrôle de gestion. Celle-ci doit pouvoir permettre de mieux anticiper les coûts complets des opérations d'investissements et de modéliser différents scénarios de charges et de recettes.

Le rapport d'évaluation socio-économique SRIS intègre le besoin de formaliser certaines hypothèses et suggère de proposer différents scénarios. Il est important que l'équipe projet travaillant sur la modélisation du rapport connaisse bien les effectifs, les coûts et les recettes actuelles pour travailler efficacement.

1. La modélisation des hypothèses

La première étape est de s'appuyer sur le dimensionnement capacitaire de l'établissement et de déterminer les besoins du service pour travailler le plus efficacement possible. Le dimensionnement sert aussi à s'interroger sur la situation actuelle et savoir si l'activité est déjà configurée au mieux.

Pour le service d'odontologie, selon les différentes phases prévues (dimensionnement avec le nombre actuel de fauteuils dentaires et une hypothèse à 48 fauteuils) :

³¹ L'hôpital Saint-Roch a fermé en juillet 2015 suite aux déménagements des principales activités sur le site Pasteur 2.

	Capacité actuelle de l'établissement	Capacité après délocalisation Phase 1	Capacité après réalisation du projet Phase 2	Ecart avant/après
	Nombre	Nombre	Nombre	Ecart
Box de consultations / soins	33	33	46	13
Salle d'implantologie	2	2	2	0
Laboratoire de prothèse	1	1	1	0
Zones de stérilisation	3	2	2	-1
Imagerie	1	1	1	0

Pour les laboratoires, le nombre de praticiens est censé rester stable.

2. Les possibilités de scénarios

Là aussi, la modélisation du scénario repose sur un travail en commun sur les évolutions possibles des charges et des recettes pour le nouveau projet. Outre les coûts directs liés à l'investissement³², le groupe doit pouvoir établir les gains liés au nouveau projet, par des mutualisations de personnels par exemple, ou des partages de plateaux techniques.

Dans le cas présent, l'ensemble des titres a été passé en revue pour recenser les gains éventuels. Ils peuvent être liés aussi à la fin d'exploitation du site de Saint-Roch où des agents et entreprises sont encore employés pour permettre l'exploitation du site.

Exemple, pour le service d'odontologie pour le titre 1 :

Secteurs d'activité impactés par le projet	Personnel						Ecart avant/après		
	Nombre d'ETP rémunérés						PM	PNM	Total
	Avant projet			Après mise en service					
	PM	PNM	Total	PM	PNM	Total			
Médical	40,38		40,38	40,38		40,38			
Encadrement		2,00	2,00		2,00	2,00			
Internes	8,87		8,87	8,87		8,87			
Etudiants	122,75		122,75	122,75		122,75			
Administratif		7,76	7,76		7,76	7,76			

³² Voir Annexe : coût des travaux complets.

México-technique		2,00	2,00		2,00	2,00			
Soignant		19,73	19,73		19,73	19,73			
Logistique Site Saint-Roch		3,00	3,00		3,00	3,00		-3	-3
Cuisine		1	1		0	0		-1	-1
TOTAL								-1	-1

Pour le service d'Odontologie, un ETP (maitre ouvrier assurant la prestation repas) est supprimé. 3 agents logistiques (nettoyage des parties communes) aussi seront redéployés sur les effectifs généraux du CHU. Au total, le gain pour le titre 1 peut être de 125.000€ par an, à partir du déménagement dans le nouveau service.

Une estimation des gains a été faite également pour les titres 2 et 3³³ (détail en annexe du mémoire).

CHARGES DE TITRE 2 ET 3						
SERVICE ACTUELS	Odontologie (Saint-Roch) - Labo Pavillon L - Labo (Faculté Médecine)					
PROJET	Installation Pavillon F (Pasteur)					
	2015	2016	2017	2018	2019	Commentaires
<i>Fournitures</i>						
DASRI	7 248,00 €	7 248,00 €	7 248,00 €	7 248,00 €	7 248,00 €	Maintien de la consommation
Gardiennage	59 000,00 €	113 424,00 €	113 424,00 €	113 424,00 €	- €	Fin d'exploitation de Saint-Roch
Petites fournitures hôtelières	76 500,00 €	77 265,00 €	78 037,65 €	78 818,03 €	79 606,21 €	Evolution haussière 1%
<i>Energie et fluides</i>						
Eau	13 342,00 €	13 342,00 €	13 342,00 €	13 342,00 €	14 825,00 €	Ratio au m ² - fin des contrats Saint-Roch
Gaz naturel	29 000,00 €	29 000,00 €	29 000,00 €	29 000,00 €	- €	Ratio au m ²
Electricité	26 163,00 €	26 163,00 €	26 163,00 €	26 163,00 €	29 071,00 €	Ratio au m ² - fin des contrats Saint-Roch
Vapeur	3 954,00 €	3 954,00 €	3 954,00 €	3 954,00 €	14 799,00 €	Ratio au m ²
<i>Maintenance interne</i>						
Transport (surcoût Saint-Roch)	5 000,00 €	5 000,00 €	5 000,00 €	5 000,00 €	- €	
<i>Rénovations et entretiens</i>						
Contrats maintenance préventive	5 854,00 €	5 912,54 €	5 971,67 €	6 031,38 €	12 516,00 €	Coût ascenseur supplémentaire
Contrats maintenance corrective	19 025,00 €	19 215,25 €	19 407,40 €	19 601,48 €	35 926,00 €	Coût ascenseur supplémentaire
Fournitures maintenance	12 000,00 €	12 120,00 €	12 241,20 €	12 363,61 €	12 487,25 €	Evolution haussière 1%
<i>Services</i>						
Téléphonie	5 122,00 €	5 122,00 €	5 122,00 €	5 122,00 €	5 122,00 €	Iso
Affranchissement	1 228,00 €	1 240,28 €	1 252,68 €	1 265,21 €	1 277,86 €	Evolution haussière 1%
Locations mobilières	17 084,00 €	17 084,00 €	17 084,00 €	17 084,00 €	- €	Fin location à la Faculté
Sous-traitance médicale	385 677,00 €	389 533,77 €	393 429,11 €	397 363,40 €	401 337,03 €	Evolution haussière 1%
Entretien et maintenance des matériels	93 158,00 €	94 089,58 €	95 030,48 €	95 980,78 €	96 940,59 €	Evolution haussière 1%
Nettoyage externalisé	- €	- €	- €	- €	12 700,00 €	
<i>Charges à caractère médical</i>						
Fournitures consommables médicaux	473 761,00 €	478 498,61 €	483 283,60 €	488 116,43 €	492 997,60 €	Evolution haussière 1%
Dispositifs médicaux	257 149,00 €	259 720,49 €	262 317,69 €	264 940,87 €	267 590,28 €	Evolution haussière 1%
Spécialité pharmaceutique	9 138,00 €	9 229,38 €	9 321,67 €	9 414,89 €	9 509,04 €	Evolution haussière 1%
TOTAL	759 355,00 €	819 713,42 €	825 707,18 €	831 760,89 €	723 855,94 €	
					Gains ouverture	- 95 857,48 €

L'analyse fait apparaître des gains annuels de 95.857€, compte tenu principalement des économies liées à la fermeture du site de Saint-Roch.

³³ Annexe : détails des gains des titres 2 et 3

3. L'utilisation du modèle pour la mise en place d'un contrôle de gestion

L'étude se complète ensuite de l'étude des recettes anticipées, selon plusieurs scénarios.

<i>Hypothèse basse</i>				
RECETTES 35 FAUTEUILS				
	2018	2019	2039	Commentaires
LABORATOIRES				
Titre 1 - Produits versés par l'Assurance maladie (hors MIG et MERRI)	210 874,47 €	212 983,21 €	262 478,79 €	
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	324 980,50 €	328 230,30 €	404 508,38 €	
Titre 3 - Autres produits	172 995,80 €	174 725,76 €	215 330,62 €	
TOTAL PRODUITS	708 850,77 €	715 939,27 €	882 317,79 €	Augmentation de 1% des recettes par an
ODONTOLOGIE				
Titre 1 - Produits versés par l'Assurance maladie (hors MIG et MERRI)	1 082 265,24 €	1 098 499,22 €	1 501 711,96 €	
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	2 271 855,06 €	2 305 932,88 €	3 152 343,61 €	
Titre 3 - Autres produits	465 853,42 €	472 841,22 €	646 401,29 €	
TOTAL PRODUITS	3 819 973,72 €	3 877 273,32 €	5 300 456,86 €	Augmentation des recettes de 1,5% par an
TOTAL	4 528 824,48 €	4 593 212,60 €	6 182 774,65 €	
<i>Hypothèse haute</i>				
RECETTES 48 FAUTEUILS				
	2018	2019	2029	
LABORATOIRES				
Titre 1 - Produits versés par l'Assurance maladie (hors MIG et MERRI)	210 874,47 €	212 983,21 €	262 478,79 €	
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	324 980,50 €	328 230,30 €	404 508,38 €	
Titre 3 - Autres produits	172 995,80 €	174 725,76 €	215 330,62 €	Augmentation de 1% des recettes par an
TOTAL PRODUITS	708 850,77 €	715 939,27 €	884 346,7909 €	
ODONTOLOGIE				
Titre 1 - Produits versés par l'Assurance maladie (hors MIG et MERRI)	1 087 596,60 €	1 120 224,49 €	2 083 947,54 €	
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	2 283 046,46 €	2 351 537,86 €	4 374 553,11 €	
Titre 3 - Autres produits	468 148,26 €	482 192,71 €	897 020,48 €	
TOTAL PRODUITS	3 838 791,32 €	3 953 955,06 €	7 355 521,13 €	Augmentation des recettes de 3% par an
TOTAL	4 547 642,09 €	4 669 894,33 €	8 239 867,93 €	

Concernant le Pôle Odontologie, nous avons retenu 2 hypothèses :

- Une hypothèse de progression de l'activité de 1,5% par an, correspondant au trend haussier de l'activité constaté depuis plusieurs années et en se basant sur une stabilité du nombre de fauteuils dentaires, soit 35 fauteuils.
- Une hypothèse de progression de l'activité de 3% par an, en projetant un trend haussier et en passant de 35 à 48 fauteuils. Cette augmentation du nombre de fauteuils permettrait d'accueillir un plus grand nombre d'étudiants et aussi augmenter l'activité du service.

Concernant les Laboratoires, nous avons retenu une progression de l'activité de 1% par an.

La taille exigüe des locaux actuels ne permet pas de générer plus d'activité, ce qui serait possible dans des locaux plus adaptés au service. Les Laboratoires ne peuvent actuellement répondre à toutes les demandes d'examen qui leur sont proposées.

Les scénarios de recettes ont été poussés sur une vingtaine d'années, afin de les mettre en cohérence avec plusieurs hypothèses, notamment le recours à une subvention ou à l'emprunt.
Une projection incluant le coût de l'emprunt et des amortissements a ainsi été posée.

Amortissements :

Hypothèses :	Construction	20 ans	Linéaire		
	Equipements	10 ans			
Montant travaux	13 500 000 €	TTC			
Montant équipements	2 000 000 €	TTC			
	2019	2020	2021	2038	
Amortissements travaux	675 000	675 000	675 000	675 000	
Amortissements équipements	200 000	200 000	200 000		
Total amortissements	875 000	875 000	875 000	675 000	
II - EMPRUNT					
Montant travaux	13 500 000 €	TTC	Linéaire		
	2019	2020	2021	2038	
Annuité remboursement	675 000	675 000	675 000	675 000	13 500 000
Intérêts (5% / an)	675 000	641 250	607 500	33 750	7 087 500
Montant équipements	2 000 000 €	TTC			
	2019	2020	2021	2038	
Annuité remboursement	200 000	200 000	200 000		
Intérêts (5% / an)	100 000	90 000	80 000		
Total annuité remboursement	875 000	875 000	875 000	675 000	
Total Intérêts	775 000	731 250	687 500	33 750	

Emprunts :

II - EMPRUNT	(simulateur financier)			
Montant travaux	13 500 000 €	TTC		
Montant équipements	2 000 000 €	TTC		
Montant travaux	13 500 000 €	TTC	Linéaire	
	2019	2020	2021	2038
Annuité remboursement	408 275	428 689	450 123	1 031 690
Intérêts (5% / an)	650 940	630 526	609 092	27 525
Montant équipements	2 000 000 €	TTC		
	2019	2020	2021	2038
Annuité remboursement	159 009	166 960	175 308	
Intérêts (5% / an)	94 247	86 297	77 949	
Total annuité rembourseme	567 284	595 648	625 431	1 031 690
Total Intérêts	745 187	716 823	687 041	27 525

Il a été indiqué dans le dossier que Le CHU est dans une situation de financement de ses investissements à 100% par emprunt car il ne dispose plus dans la période à venir d'autofinancement (marge brute nulle) et que ses opérations de cessions à venir gagent le financement des opérations d'investissement antérieures.

« Il sollicite donc une subvention à 100% de cette opération de valorisation de patrimoine et de mise aux normes. »

Matrice des coûts des emprunts et des amortissements :

Il en ressort :

- Une hausse de la dette de 15,5 millions d'euros
- impact de frais financiers et d'amortissement à hauteur de 745 000 € en début de projet, et de 27 500€ en fin de projet.

Ces éléments plaident en faveur d'un financement par subvention.

Conclusions indiqués dans le rapport socio-économique de subvention :

- Une opération que ne peut pas s'autofinancer compte tenu de la nature des activités concernées et de la nature des objectifs visés par le projet : amélioration de la qualité de l'enseignement dentaire, mise aux normes de laboratoires, vente du site de Saint Roch ;
- Un plan de financement qui ne peut être équilibré que par des subventions, compte tenu de la situation financière dégradée du CHU et de la nécessité de tirer la pleine mesure du produit de la vente du site de Saint Roch.

La matrice créée pour traiter ce dossier peut être réutilisée pour compléter d'autres requêtes et être utilisée en routine par le service et les agents qui, d'ailleurs, ont assisté l'élève-directeur sur la collecte des données.

Le tableau permet d'inclure :

- Les recettes potentielles selon plusieurs scénarios en incluant éventuellement l'évolution des tarifs ;
- Les charges sur les différents titres ;
- Les coûts de l'emprunt ;
- Les amortissements.

Indiqué lors de l'entretien mené avec l'équipe projet de l'outil AELIPCE, les évolutions récentes du module 3 Financier du logiciel vont mettre à mettre de façon automatisée ce contrôle. Le logiciel intègre désormais les modélisations de scénarios d'emprunt et des amortissements.

Les 1ers retours d'expérience font état d'établissements, voire de groupes d'établissements commençant à utiliser de façon plus routinière les scénarios capacitaires et financiers.

Conclusion

Le besoin de maîtrise budgétaire et la tendance à revoir le capacitaire avec le développement de la chirurgie ambulatoire a conduit les établissements hospitaliers à se doter d'outils pour mieux connaître leur patrimoine hospitalier et pouvoir le piloter. Outre les outils d'inventaires patrimoniaux type Oscimes et OPHELI, les sites permettant d'établir des benchmarks pour les coûts de construction et de maintenance, les directions travaux et immobilières ont besoin de mieux anticiper les coûts complets des opérations. De plus en plus d'établissements mettent en place des cellules dédiées ou des groupes de travail dans ce but et pour étudier en amont des scénarios capacitaires.

Il devient très utile pour les établissements de pouvoir maîtriser un outil comme AELIPCE afin de formaliser au mieux les constructions ou restructurations de services ou de bâtiments, d'autant que les évolutions récentes du logiciel permettent d'intégrer des éléments comme l'amortissement, la maintenance ou les coûts d'emprunts. Cette connaissance est d'autant plus indispensable au moment où les ARS souhaitent que les évolutions capacitaires sont intégrées dans les dossiers de demande de subventions.

Le travail mené lors du stage au Centre Hospitalier universitaire de Nice aura permis de mieux appréhender la globalité d'une opération de cette ampleur. Une mission de construction ne peut s'envisager qu'uniquement sous la partie patrimoniale, mais aussi sur ces aspects financiers, logistiques et même en anticipant les évolutions futures de l'hôpital.

Plusieurs établissements, comme notamment les CHU de Tours et de Rennes, ont commencé à réunir des comités pluridisciplinaires dans le but de réfléchir sur l'avenir de l'hôpital et du soin. Ils essayent aussi de prévoir les évolutions de la Ville, ses flux et son organisation.

Bibliographie

Ouvrages

- BUBIEN YANN sous la direction de : « Concevoir et construire un Hôpital », Edition Le Moniteur, 2014

Guides et documents institutionnels

- Guide de l'utilisateur AELIPCE, ANAP, 2013

- Ensemble Modernisons l'Hôpital. Nouvelles organisations et architectures hospitalières. Ministère de la Santé et des Solidarités. 2012.

- Rapport Couty : 46 propositions pour restaurer la confiance à l'Hôpital. Mars 2013

- Schéma Directeur Immobilier. CHU de NICE. Conception ICADE.

Mémoires EHESP

LUCA YANN. Le virage ambulatoire au CHU de NANTES. 2014.

DUGOGNON EMMANUEL. L'Ajustement capacitaire comme levier dans l'élaboration du projet d'établissement. 2015

Articles

- BEREHOUC CHRISTIAN, LAM ALEXANDRA, ROSSETTI BRUNO : Dossier Ingénierie. 52es Journées d'étude et de formation IHF., TECHNIQUES HOSPITALIERES, n° 733, 2012/05-06, pages 61-63.

- SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE ORGANISÉE PAR LA CONFÉRENCE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE CHU par CÉCILE MOLLARD, GÉRALDINE DUCROCQ ; INTRODUCTION : JEAN-JACQUES ROMATET. TECHNIQUES HOSPITALIERES n°699. 10 p.

Liste des annexes

I – Enquête transmise en ligne aux Directeurs adjoints chargés des Travaux

II – Extrait des charges du projet Pavillon F

ANNEXE I

Questionnaire transmis par mail sur Google Survey à des Directeurs adjoints chargés des opérations immobilières et Ingénieurs Travaux

- Votre établissement a-t-il formalisé un schéma directeur immobilier ?
- Avez-vous été accompagné par un prestataire extérieur pour la rédaction de ce document ?
- Le schéma directeur immobilier de votre établissement inclut-il des scénarios de dimensionnement capacitaire ?
- Connaissez-vous l'outil AELIPCE développé par l'ANAP ?
- L'utilisez-vous régulièrement ?
- Un ou plusieurs professionnels dans votre établissement ont-ils été formés à l'outil ?
- Si l'outil est utilisé régulièrement, est-il utilisé lors de chaque projet de construction ou de restructuration importante de service ?

ANNEXE II

Détail de l'opération immobilière

Détail du coût du projet en k€	Coût HT (35 F)	Coût TTC	Coût HT (48 F)	Coût TTC
Cout du foncier	- €		- €	
Frais d'honoraires / architectes / bureau d'études/ Assurances...	1 786 059		1 786 059	
Travaux préliminaires (Frais de démolition, terrassement...)	- €		- €	
Frais de désamiantage et de dépollution	100 000,00 €		100 000,00 €	
Provision pour aléas	711 570,00 €		731 571,00 €	
Coût de la construction (hors VRD)	- €		- €	
Coût de la restructuration (hors VDR)	7 015 705		7 215 705	
Coût des VRD et aménagement des abords	- €		- €	
Coût des parkings (précisez enterré, non enterré)	- €		- €	
Sous-total travaux	9 613 334		9 833 334	
<i>dont : évaluer le coût de la construction neuve (a)</i>	- €		- €	
<i>dont évaluer le coût de la restructuration (b)</i>	9 613 334		9 833 334	
Coût d'acquisition des équipements bio-médicaux	621 500,00 €		790 500,00 €	

Coût d'acquisition des équipements laboratoire	331 600,00 €		331 600,00 €	
Coût d'acquisition des mobiliers	250 000,00 €		250 000,00 €	
Coût des SI	250 000,00 €		250 000,00 €	
Coût Total valeur actuelle (date à préciser)	11 046 434		11 405 434	
Impact de la révision des prix (taux à préciser)	1 364 954		1 419 429	
Coût Total en valeur fin de chantier	12 381 338	14 847 605	12 824 864	15 379 836
Ratio coûts construction / m ² construits SDO (=a/m ² SDO construits)	Non applicable		Non applicable	
Ratio coûts restructuration / m ² restructurés SDO (=b/m ² SDO restructurés)	2 309	2771	2362	2834

VINS

Clément

Octobre 2016

Directeur d'Hôpital

Promotion 2015-2016

RATIOS IMMOBILIERS ET DEVELOPPEMENT D'UN CONTROLE DE GESTION TRAVAUX

Résumé :

Le besoin de maîtrise budgétaire et la tendance à revoir le capacitaire hospitalier avec le développement de la chirurgie ambulatoire a conduit les établissements à se doter d'outils pour mieux connaître leur patrimoine immobilier et pouvoir le piloter.

Cette évolution a conduit les hôpitaux à se doter d'outils permettant de mieux anticiper les coûts de construction et d'exploitation, voire à mettre en place des cellules de contrôle de gestion dédiées aux opérations de travaux.

Le but est de connaître quels sont les éléments nécessaires à la construction d'un schéma directeur immobilier, document essentiel à la stratégie de l'établissement. Celui-ci, part intégrante du projet d'établissement, doit permettre de se projeter dans l'avenir et intégrer les évolutions de la ville et du soin.

Des outils sont à la disposition des établissements afin de pouvoir construire eux-mêmes ces scénarios. Il convient d'étudier quelle utilisation peut en être faite.

Enfin, nous verrons le travail mené au CHU de Nice pour formaliser une matrice permettant d'intégrer tous les coûts et gains d'une opération, tout en introduisant plusieurs scénarios d'évolution de l'activité.

Mots clés :

Travaux Immobilier Contrôle de gestion Patrimoine Schéma

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.