

Rapport au Secrétaire général pour l'investissement

Contre-expertise de l'évaluation socio-économique du projet de création du bâtiment U2TCD et de la réhabilitation du bâtiment cardio sur le site de l'Hôpital Haut Levêque

Centre Hospitalier de Bordeaux



Juin 2025

Table des matières

Introduction

1. Volet offre de soins

2. Analyse du volet immobilier

3. Soutenabilité financière

INTRODUCTION

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements financés par l'Etat et ses établissements publics et une contre-expertise indépendante de cette évaluation lorsque le niveau de financement dépasse un seuil que le décret d'application de la loi a fixé à 100 M€. C'est en respectant toutes les règles prévues dans le décret d'application (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre experts, délais) que le SGPI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante de l'évaluation de ce projet concernant le projet du Centre hospitalier Salon de Provence.

I Volet offre de soins

Introduction

Le CHU de Bordeaux est un acteur central de l'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine et sur le territoire de santé de Gironde, tant en activité de proximité que de recours.

Il est établissement support du GHT "Alliance Gironde" qui réunit dix établissements publics de santé sur le département 33.

Le CHU de Bordeaux comporte au 1-12-2023 (selon Copil 28-3-2024) :

- 2175 lits et 399 places en MCO.
- 122 lits et 17 places en SSR.
- 10 lits et 5 places en psychiatrie.
- 120 lits en USLD.

Ces capacités sont réparties sur trois sites :

- GH Pellegrin : MCO adultes et pédiatriques.
- GH Saint-André : médecine et urgences adultes.
- GH Haut-Lévêque : médecine et chirurgie.

Le CHU représente 10% des séjours en Nouvelle-Aquitaine et 28% sur le territoire de santé 33.

Cette part tend à diminuer depuis 2019 de 0,7% alors que le volume global des séjours sur le territoire de santé est stable.

L'activité hospitalière est de l'ordre de 177 000 séjours par an en MCO (fin 2023) et a progressé de 1% globalement (HC+HP) après la crise COVID.

Le CHU subit une perte de PDM significative dès avant le COVID et depuis le COVID, notamment en chirurgie.

1) Présentation du CHU de Bordeaux.

1-1) Les différents sites impactés par le Projet.

Référence COPIL 28 mars 2024.

1-1-1) GH Pellegrin.

C'est le site le plus dense du CHU.

Il comporte 1257 lits et 182 places, selon COPIL 28 mars 2024, répartis dans un ensemble de bâtiments dont le plus emblématique, le Tripode a été construit entre 1975-1978.

Le bâti, très dense et hétérogène, regroupe autour du Tripode, un bâtiment UNDR (Urgences, néphrologie dialyse, réa chirurgie, un bâtiment Bloc Technique (plateau de biologie, blocs opératoires).

Cet ensemble est séparé du Centre FX Michelet dénommé CFXFM (spécialités chirurgicales), ouvert en 2008, par un bâtiment universitaire.

Le bâtiment Aliénor d'Aquitaine (maternité, gynécologie, néonatal partiellement), restructuré à partir de 2002, et le bâtiment pédiatrie (comprenant l'autre partie de la néonatal), ouvert en 1992 avec extension en 2021, sont hors périmètre de la CE.

Observations

Les bâtiments sont anciens et peu évolutifs (+ de 50% des surfaces datent des années 70-80).

Le site est très dense, hétérogène (réalisations successives, sans plan d'ensemble).

Pas de cohérence d'ensemble, pas de continuité en matière de prise en charge.

Pas de lisibilité des accès et des circulations.

Peu d'évolutivité possible sauf en rasant des bâtiments existants.

1-1-2) GH Haut Lévêque.

Il comprend deux sites :

Haut Lévêque et X.Armoizan.

Le site du Haut Lévêque comporte 1123 lits et 122 places, répartis dans plusieurs bâtiments :

- Le bâtiment Cardiologie construit dans les années 1970.
- Le bâtiment Magellan 1 et 2 (activités digestives et thoraciques).
- Une USN
- Bâtiment Magendie (hématologie, pneumologie).

Les bâtiments les plus anciens ont été rénovés en 1980 et 2017.

Le site X.Armoizan comporte un EPHAD, des lits de SSR et un service d'odontologie. Il est hors périmètre CE.

Observations

Le GH Haut Lévêque est situé dans une partie de la métropole à fort développement démographique.

1-1-3) GH Saint-André.

Il comprend 291 lits et 66 places répartis sur des activités d'urgences, d'oncologie médicale, de cardiologie et dermatologie.

Les activités de ce site ont vocation à être transférées sur le site du Haut Lévêque.

L'orientation prévue du GH : soins ambulatoire 7j/7j, maison de santé, pédopsychiatrie, crèches, amphithéâtre.

Observations

Site historique situé en plein centre-ville, peu adapté à l'évolution des techniques de soin.

1-1-4) Périmètre de la contre-expertise.

Interprétation :

Par référence à la définition des niveaux de maturité des différents volets du projet, La contre-expertise porte sur :

- Le SDI global du projet de modernisation du CHU, incluant les différents sites, afin de tenir compte du réajustement des opérations du GH Pellegrin.
- Sur le site du GH Pellegrin, le projet se concentre :
 - Sur la restructuration et la modernisation du Tripode : regroupement dans un plateau unique au niveau bas de l'ambulatoire et rénovation des unités d'hospitalisation avec un objectif de 70 à 75% de chambres individuelles.
 - Sur la restructuration du bâtiment technique : réorganisation dans l'objectif de regroupement des blocs opératoires, des soins critiques.
 - Sont abandonnés à ce stade de l'étude (étape 1) le projet nouvelles barres Nord et le nouvel hôpital Femme-mère-enfant.
- Le préprogramme du Projet de construction-reconstruction du GH Haut Lévêque concerne six opérations dont :
 - Création d'un bâtiment urgences, cancérologie, cardiologie, pathologies thoraciques et dermatologie (U2CTD) en extension du bâtiment de cardiologie rénové, avec la création d'un plateau technique commun (blocs opératoires et soins critiques).

Observations

L'analyse portera donc sur le réajustement du SDI global, notamment sur le GH Pellegrin, sur sa pertinence.

Elle portera également sur l'analyse du préprogramme du GH Haut Lévêque, sur les perspectives d'évolution des séjours et sur la capacitaire qui en découle.

1-2) Le CHU de Bordeaux dans son territoire.

1-2-1) Evolution de la population du territoire à l'horizon 2025-2030

Densité Gironde : 161 hab./km²

Densité région NA : 71 hab./km²

Entre 2008 et 2018, la population a augmenté de 1,2%/an sur le territoire de la Gironde et de 1,4% sur la métropole bordelaise.

Les projections évaluent à 1M d'habitants la population de la métropole à l'horizon 2050 (versus 800 000 habitants actuellement).

La population est vieillissante et en progression pour les plus de 80 ans.

La natalité est en hausse.

Les données recueillies montrent que l'évolution sur le territoire de santé (33) est supérieure à la moyenne en France métropolitaine, tant en démographie qu'en vieillissement.

Cf. tableau RESE page 58

Démographie :

	Croissance moyenne ou 2031 / 2021	2017	2021	2026	2031
France Métropole	-63 906	64 872	65 937	67 147	68 292
Tx Croissance / an	+0,357%		+0,38%	+0,35%	+0,33%
Tx Croissance cumulé				+1,84%	+3,57%
Gironde		1 569	1 629	1 701	1 768
Tx Croissance / an	+0,853%		+0,93%	+0,83%	+0,74%
Tx Croissance cumulé				+4,42%	+8,53%
Différentiel annuel Métropole	+0,496%			+0,48%	+0,41%

Vieillessement :

2013	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Métropole	63 700	40,2	24,3%	66,5%	6,3%	2,8%
Gironde	1 506	40,2	23,6%	67,6%	6,0%	2,9%
2050	Population	Age moyen	0-19 ans	20-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
Métropole	71 622	44,8	22,0%	61,5%	9,9%	6,6%
Gironde	1 968	44,2	21,2%	63,6%	9,2%	5,9%

Observations

Fort dynamisme démographique supérieur à la moyenne de la France métropolitaine.

1-2-2) Positionnement du CHU dans son territoire.

L'activité du CHU est essentiellement concentrée sur les patients de Nouvelle Aquitaine qui représentent 97% de sa patientèle.

75% des patients viennent de Gironde et 60% de la métropole bordelaise.

Le CHU assure 10,3% des séjours en Nouvelle Aquitaine et 60% issus de la métropole bordelaise.

L'offre de soins est très concentrée sur le territoire de santé : 70% des séjours MCO sont assurés, outre le CHU, par neuf établissements : le CH de Libourne, six cliniques à but lucratif, deux cliniques à but non lucratif.

La concurrence du secteur privé est très forte et concentrée sur le territoire de santé.

Les PDM du CHU ont fortement diminué après le COVID, notamment en chirurgie, alors que le privé lucratif a progressé :

- Le privé lucratif a progressé de +34%.
- Le privé non lucratif a diminué de -17%.
- Le secteur public a diminué de -7%.

Le CHU est établissement support du GHT "Alliance Gironde".

Le PMSP du GHT affirme la volonté d'un décloisonnement et d'une structuration de filières de soins territoriales coordonnant les prises en charge de proximité et de recours.

Des contrats d'association concernent notamment les filières neurologie, oncologie, gastroentérologie.

Le CHU a développé des activités avancées et des activités partagées dans le cadre du GHT.

Le nouveau PSMP s'adresse à toutes les structures de santé du territoire (public, privé, libéraux, ...) et vise à améliorer l'adressage des patients ainsi que l'aval des prises en charge hospitalières.

Observations

L'enjeu pour le CHU est de retrouver une offre de soins d'avant COVID, particulièrement en chirurgie.

Cet objectif n'est pas irréaliste compte tenu de l'attractivité du CHU en matière de démographie médicale.

Le CHU dispose donc d'un potentiel significatif, renforcé par les liens créés au sein du GHT.

Il est toutefois affaibli par une crise majeure de recrutement de PNM (IDE, IBODE, IADE, ...).

D'où la nécessité d'une réaction de grande ampleur pour retrouver une réelle attractivité pour ses professionnels.

Le projet du nouveau CHU s'inscrit dans cet objectif avec différentes mesures relatives à la gestion des ressources humaines.

1-2-3) Conformité au SROS/PRS 2018-2028.

Le SROS/PRS identifie six défis majeurs à relever :

- Evolution démographique et du vieillissement.
- Développement des maladies chroniques.
- Evolution démographique des professionnels de santé.
- Offre de soins insuffisamment orientée sur la prévention.
- Nécessité d'une meilleure organisation des prises en charge.
- Nécessité de prendre en compte les impacts du changement climatique.

Des transformations majeures dans le domaine du soin sont jugées nécessaires :

- Développer la prévention, notamment concernant les enfants.
- Développer les prises en charge de proximité (domicile, équipes mobiles, consultations avancées, ...).
- Développer une offre de soins personnalisée et coordonnée.
- Résilience en plaçant les ressources humaines au cœur du système de santé.

Le projet du nouveau CHU apporte des réponses à ces différents enjeux, notamment :

- La restructuration du Tripode au sein du GH Pellegrin est conçue pour améliorer la lisibilité des parcours patients en reconfigurant les activités au sein du site.
- La restructuration du Bloc Technique au sein du GH Pellegrin permettra le regroupement des soins critiques adultes médicaux, la réduction du nombre de sites opératoires et interventionnels et une plus grande fluidité et lisibilité des parcours patients ambulatoires.
- Le regroupement des activités cardiothoraciques d'une part, oncologiques d'autre part, sur le GH Haut Lévêque est de nature à optimiser l'offre de soins.
- Le transfert du SAU adultes de Saint-André vers le GH Haut Lévêque est en adéquation avec la démographie sur le Sud de la métropole.

Observations.

Le CHU s'inscrit dans les orientations du SROS/PRS.

En tant qu'établissement support du GHT, sa mission est de coordonner et de piloter les transformations attendues.

2) Le projet "Nouveau CHU de Bordeaux".

2-1) Le projet médical 2020-2025

Il comporte un double enjeu :

- Permettre à la population d'accéder à une offre de soins moderne.
- Améliorer les conditions de travail du personnel et renforcer l'attractivité médicale.

2-1-1) Une offre de soins modernisée et accessible.

Les locaux actuels sont pour certains vétustes et inadaptés à l'offre de soins aujourd'hui.

La modernisation du patrimoine immobilier, qui a souffert durant les décennies précédentes d'un faible investissement, est un enjeu fort.

- **Une réflexion globale et transversale a été conduite sur la structuration de la prise en charge et des parcours de patients hospitalisés suite à un passage aux urgences adultes.**

Cela a conduit à une recomposition des lits d'aval des urgences, avec un impact sur les activités de médecine et dans le domaine digestif (médical et chirurgical).

La réflexion recouvre trois dimensions :

- Création d'un SAU adultes sur le site du Haut Lévêque, avec maintien du SAU du site de Pellegrin.
- Développement des admissions urgentes directes dans les services de spécialités médicales (neuro, cardio, HGE, gériatrie, ...).
- Renforcement de la filière post urgences médicale adultes (médecine interne, gériatrie, ...) sur chacun des deux sites, GH Pellegrin et GH Haut Lévêque.

La densification et l'identification de lits d'aval dédiés aux urgences vont permettre de réduire les transferts et de favoriser l'activité programmée.

De même le projet est une opportunité pour repenser le parcours des urgences digestives (médicales et chirurgicales) avec la création de 20 lits de post urgences sur le site du Haut Lévêque.

Les futurs patients seront orientés par le SAU du GH Haut Lévêque, à l'exception des urgences complexes (polytraumatisés) maintenues sur le GH Pellegrin.

Observations.

Le nombre de passages aux urgences, enregistrés sur les deux sites actuels (HGP, HGSA) justifie t'il le maintien de deux SAU adultes ? Cette situation peut être génératrice de transferts de patients entre les deux sites hospitaliers allongeant les délais de prise en charge.

Si l'on se réfère à un CHU de taille comparable, l'existence d'un SAU unique est envisageable jusqu'à un niveau de 200 000 passages par an.

Le développement de lits d'aval des urgences à l'horizon 2030 est de nature à contribuer à la fluidification des parcours patients.

- **Certaines filières seront regroupées sur un site unique ou de façon graduée sur l'ensemble du CHU :**

- Regroupement de l'offre cancérologie et oncologie sur le site GHHL par transfert de la cancérologie médicale de Saint-André et de l'hématologie du bâtiment Magendie.
- Regroupement de toute la filière de cardiologie médicale, sans modification capacitaire sur le GH HL.
- Regroupement des filières médicochirurgicales (vasculaire, digestif par exemple).

- **Le projet prévoit le regroupement des activités ambulatoires sous toutes ses formes (chir ambulatoire, imagerie interventionnelle, HDJ médical, CS).**

Ainsi les activités d'HDJ, d'explorations fonctionnelles, de CS d'une même filière/spécialité seront regroupées sur un lieu unique.

L'ensemble des places de jour dédiées au traitement des cancers (pneumo, dermato, oncologie médicale, hémato) seront également regroupées sur un lieu unique.

- **Un redimensionnement de l'offre de soins des différentes filières est projeté et concerne plus particulièrement l'héмато-oncologie, la pneumologie, les neurosciences.**
- **Afin d'éviter des hospitalisations inutiles, plusieurs dispositifs sont renforcés :**
 - Prise en charge en réseau des patients porteurs de maladies chroniques avec le médecin généraliste comme pivot du dispositif (projet Ange Gardien en Nouvelle Aquitaine).
 - Développement des équipes mobiles hors les murs pour une prise en charge et un suivi à domicile.
 - Développement des hôtels hospitaliers.
 - Orientation du site de Saint-André sur la prévention et les soins de premier recours.

Observations.

Volonté affichée de mieux réguler le flux des patients hospitalisés suite à un passage aux urgences, afin de permettre une amélioration des parcours patients programmés.

Volonté affichée de développer l'ambulatoire et de rattraper le retard du CHU concernant le taux d'ambulatoire chirurgical.

Le CHU affirme un effort certain de structuration au profit du programmé.

Une démarche de regroupement physique d'activités par filières sur le site Haut Lévêque rendra l'offre de soins plus efficiente et plus lisible pour les patients.

2-1-2) Le projet "Nouveau CHU" : une opportunité sociale.

Un dispositif d'accompagnement social en amont de chaque projet de réorganisation majeure, notamment lorsqu'il implique une mobilité, est mis en place.

Des principes généraux d'élaboration des maquettes organisationnelles en fonction de la mesure des soins infirmiers individualisés de la personne soignée (SIIPS) ont été définis.

Le recentrage des soignants sur leur cœur de métier est projeté grâce aux dispositions suivantes :

- Organisation des activités pharmaceutiques au sein des unités et des pôles avec le déploiement de préparateurs.
- Réorganisation des activités de biologie.
- Activités logistiques de l'unité de soin intégrées dans un schéma logistique et de transport patient.
- Fonctions hôtelière assurées par d'autres professionnels que les AS.
- Réorganisation des secrétariats médicaux.
- Cellule d'optimisation des parcours de soins.
- ...

Observations.

Le CHU met en œuvre une réelle ingénierie de conduite du changement à l'attention de tous les professionnels.

Le CHU est actuellement en cours d'écriture du nouveau projet d'établissement 2026-2030.

2-2) Evolution de l'offre de soins par site à l'horizon 2030-2035.

2-2-1) Rénovation et restructuration du GH Pellegrin.

- Rénovation et réorganisation du Tripode et du bloc technique.
- Mise aux normes et modernisation des unités d'hospitalisation et des plateaux ambulatoires.
Le projet consiste à développer des chambres individuelles (70 à 75%) et à regrouper en niveau bas du Tripode des unités ambulatoires médicales.
 - Restructuration lourde du Bloc Technique (6 niveaux).
 - Regroupement partiel des blocs opératoires et des soins critiques.
 - Ensemble des soins critiques adultes médicaux (sauf SIUNV) sur le niveau 6 (soins intensifs polyvalents) et le niveau 5 (réa-méd et soins continus).

- Réalisation d'un nouveau bloc opératoire en R1 permettant de réduire le nombre de sites opératoires et interventionnels (maintien de 28 salles sur 3 sites versus 5 sites actuellement).
- Unité de lieu salles d'opération/salles d'imagerie interventionnelle reliées par passerelle.
- o Positionnement de l'UCA et de l'accueil patients JO en proximité immédiate, sur le même niveau que les blocs, via une passerelle.
- Extension et rénovation de UNDR (urgences, néphro, dialyse, réa-chir).
Extension des urgences adultes et de la néphro-dialyse dont le programme reste à établir.

Observations

- Soins critiques.

L'état futur fait apparaître un positionnement dispersé :

SIUNV : Tripode niveau 3.

UHSI : Tripode niveau 12.

Soins critiques Réa-méd : BTE niveau 6.

Soins intensifs polyvalents, neuro réa : BTE niveau 5.

Réa Chir : UNDR niveau 4.

Une autre configuration de regroupement des soins critiques aurait été pertinente.

Les proximités soins intensifs/hospitalisation complète de chaque discipline sont maintenues.

- HC médecine et chirurgie.

Le positionnement futur des différentes disciplines (rhumato, neuro chir, neurologie, orthopédie, chir vasculaire, urologie) semble peu différent de la configuration actuelle.

Est-ce le fruit de l'histoire ?

Le projet-il abouti ?

La logique prévalant à la nouvelle configuration des activités reste très marquée par le positionnement historique de ces disciplines et par les contraintes bâtementaires.

Une clarification et des proximités mieux adaptées au parcours patient sont à rechercher.

2-2-2) Le projet de modernisation du site Haut Lévêque.

Référence projet Cardio dans annexe réponse ARS.

Ce projet répond à deux enjeux forts du CHU, d'une part la réduction du nombre de sites hospitaliers par le transfert des activités d'hospitalisation du GHSA vers le GHHL, d'autre part la restructuration capacitaire de l'offre de soins pour les activités implantées sur le site.

La densification du site se traduit par le projet de construction d'un bâtiment U2CTD (urgences, cancérologie, cardio, thoracique, dermato) et par la réhabilitation du bâtiment Cardiologie.

Sur le bâtiment U2CTD, seront organisées :

- Une filière urgences, avec :
Un SAU générale et son UHCD contigu au service de médecine intensive de réa, et avec les unités post urgences et l'imagerie d'urgence.
La proximité avec les soins critiques, les urgences cardio et l'imagerie médicale est organisée.
- Un rapprochement des filières cancéro et respiratoire (chirurgie thoracique, pathologies respiratoires) avec un bloc commun (y compris avec chirurgie cardiaque) et des plateaux d'HC comportant 10 US polyvalentes de 24 lits (réhabilitation) à 28 lits (bâtiment neuf).
NB : seule l'HC chirurgie cardiaque est positionnée dans le bâtiment Cardio.
- Une filière onco-hémato par regroupement de l'ensemble des activités d'oncologie à forte composante ambulatoire (dermato, onco, pneumo, hémato).
- Un niveau facilement accessible de regroupement des plateaux ambulatoires (HJ, CS, EF) identifiés par filières.
- Un regroupement des soins critiques et des blocs opératoires créant un plateau chaud cardio-thoracique, commun.

Le bâtiment Cardiologie, restructuré, accueillera les activités de chirurgie cardiaque et thoracique.

Observations.

Le projet du GHHL marque une réelle volonté de cohérence en lien avec le parcours patient.

La création d'un SAU facilement accessible, dans la partie Sud de la métropole, répond à l'évolution démographique de ce secteur.

Le projet paraît abouti sur le GHHL et reste partiellement cohérent sur le GHP en raison de la complexité du site de Pellegrin et des contraintes imposées par la restructuration de locaux existants.

Pourquoi la filière vasculaire, médicale et chirurgicale, reste positionnée sur Pellegrin et n'est pas regroupée au sein de la filière cardio sur le site Haut Lévêque ?

3) Projections d'activités.

Paramètres d'évolution actuels et futurs.

3-1) Evolution de l'activité avant Projet et "rattrapage COVID".

- Dès avant COVID, le CHU a perdu des parts de marché, en chirurgie notamment.
- Depuis 2019, après le COVID, l'activité (HC+HDJ) a progressée de 1% seulement fin 2023. 177 000 séjours tout confondus sont enregistrés en 2023. Alors que l'activité HC est en recul de 10% sur la même période, l'activité ambulatoire, séances incluses, a progressée de 8,5% en médecine et chirurgie.

Nb RSS	Total	0 nuit hors séance	1 nuit	2 nuits	+ 3 nuits
2019	273 246	78 842	24 515	19 145	65 020
2023	286 333	90 993	22 375	17 022	55 398

Référence tableau RESE page 63

Le taux moyen d'ouverture des lits est de 78% en 2023 (92,93% avant COVID), ce qui ne permet pas au CHU de revenir à son activité standard en HC.

Les fermetures de lits sont essentiellement liées à la pénurie de PNM.

Année	Lits exploités	Lits fermés
2019	2 193	171
2023	1 820	522

- Un plan de réouverture des lits sur la période 2024/2028 a été initié en 2023. Le CHU a mis en place au printemps 2023 un CODIR "activités" et un CODIR "budgétaire" avec un double objectif, redynamiser l'activité, notamment chirurgicale par le développement de l'ambulatoire, et maîtriser les dépenses.
- Le plan de réouverture des lits fait l'objet d'un suivi étroit par pôles en lien avec la CGS et la DRH. Une projection de réouverture de 100 lits/an est établie. A partir d'avril 2024, a été élaborée une feuille de route priorisée des lits à ouvrir dans le cadre des sorties d'école. Ainsi l'objectif 2024 est le réarmement de +184 lits, soit +200/fin 2023. Ce plan s'accompagne d'une campagne active d'information et de communication pour attirer des professionnels, ainsi que de la mise en œuvre de dispositifs en matière de recrutement et de fidélisation des professionnels. Ce plan concerne les horaires de travail, la stagiairisation, la valorisation des métiers, des liens renforcés avec les écoles.

Toutefois le rythme de réouverture est en deçà des projections :

Résultats fin 2024 : +134 lits ouverts/2023, versus prévision à +184 lits.

Sur la filière gériatrique, la réouverture de lits est inférieure à la prévision (-30 lits).

De plus, des fermetures conjoncturelles sont intervenus sur la période (-52 lits).
Fin mars 2025, 30 lits supplémentaires ont été ouverts/fin décembre 2024.

Le taux moyen d'ouverture des lits MCO est de 81,8% fin 2024, soit +3,5%/2023.
Néanmoins, il se situe en deçà de la projection 2024, évaluée à 83%.
Le retard se situe essentiellement sur la filière gériatrique et sur le GH Sud.
Fin mars 2025, le taux d'ouverture est annoncé à 87%.

- Un plan de réouverture et d'optimisation des blocs opératoires et des plateaux techniques a été mis en œuvre en mars 2025.
Il concerne essentiellement les filières chirurgicales qui subissent une baisse de leur part de marché.

Observations.

*Les prévisions du CHU sont optimistes face au constat du rythme de réouverture des lits fin 2024.
Il serait souhaitable de mettre en œuvre d'autres mesures concernant la QVTCT afin de renforcer l'attractivité du CHU dans un paysage fortement concurrentiel.
Le plan de réouverture des blocs a été initié tardivement en mars 2025.*

3-2) Projections d'activités dans le cadre du Projet immobilier à horizon 2030.

Méthodologie.

Les projections démographiques de l'INSEE sont retenues par le CHU en se basant sur le dynamisme de l'évolution démographique de la région.
Cette méthode diverge de celle préconisée par le CSIS qui prend en compte l'écart de dynamisme de la population du territoire de santé par rapport à la moyenne nationale.

Deux axes sont retenus pour chaque groupe de pathologie :

- Projection globale d'activité par rapport à 2019.
 - Part que représenterait l'ambulatoire d'ici à 2030.
- Les hypothèses d'évolution des taux d'hospitalisation sont effectuées par pathologie et s'appuient pour partie sur le rapport DREES de 2017 et pour partie (1/4 des groupes de pathologie) sur l'avis des experts cliniciens du CHU.
 - Il s'agit essentiellement pour ces dernières des activités de recours non identifiées dans les groupes initiaux de pathologies et justifiant de la création de nouveaux groupes.
Au total, 70 groupes de pathologies ont été retenus.

Observations.

Cette méthode est de nature à dimensionner largement l'offre de soins proposée.

- Le modèle intègre un objectif d'amélioration des DMS en HC, en prenant en compte un IPDMS cible à 1, sur la base de la DMS moyenne des CHU en 2019.
A noter, comme le remarque le CSIS, l'absence d'intégration dans les projections 2030 du CHU du gain en DMS autre que la mise à niveau à l'IPDMS 2029 des CHU.
Cette option conduit à ne pas prendre en compte les progrès d'efficacité dans la pratique médicale, lesquels ne manqueront pas d'intervenir. La prise en compte de ces progrès justifierait une approche plus dynamique de l'évolution de l'IPDMS sur la période du projet.
- Les séjours ainsi estimés par groupe de pathologie ont ensuite été répartis par pôles et par unité médicale.
Pour certaines pathologies, une activité supplémentaire à celle du modèle a été intégrée pour tenir compte :
 - Des nouvelles prises en charge développées depuis l'année de référence 2019.
 - Des "corrections" de volume d'activité lorsque 2019 n'a pas été une référence (en lien avec divers travaux, avec la pénurie de PNM, ...).

- Des délais actuels de prise en charge.

Ont ainsi pu être pris en compte :

- L'implantation d'un SAU sur le GH HL avec une augmentation probable d'activité.
- La densification des lits d'aval des urgences médicales et médico-chirurgicales digestives, facilitant un potentiel plus important d'accueil, sans nuire à l'activité programmée.
- Les contraintes actuelles des locaux, vétustes et insuffisants, avec pour conséquence une moindre capacité d'accueil.
- Le regroupement de l'offre cancéro-oncologie sur un site unique renforçant l'attractivité du CHU.

En synthèse et en nombre de journées les projections globales d'activités, selon ce modèle, se résument ainsi :

- En chirurgie : stabilité de l'activité.
- En médecine : croissance prévisionnelle en journées de +14,2% en 2030/2019

La progression annuelle estimée en médecine est supérieure aux projections effectuées en moyenne nationale sur la période, selon l'ARS.

Le CHU argumente sur un besoin supérieur estimé en terme de recours, en raison des déficits conjoncturels qu'il subit actuellement (retard de prise en charge, déficit de l'offre, ...).

Le CHU escompte par ailleurs une progression de PDM du niveau de proximité, favorisé par une meilleure adéquation de l'offre de soins aux besoins (qualité hôtelière, visibilité, accessibilité, ...).

Observations.

La méthode retenue conduit à une balkanisation des projections sur de très nombreux groupes de pathologies (70 au total, dont 21 créés pour le modèle "activités" du CHU de Bordeaux).

Le choix d'un IPDMS cible à 1 sur la période 2023-2030 interroge sur la dynamique médicale alors que les effectifs médicaux ont progressé de 10% depuis 2019. Ce choix va à l'encontre de la volonté affichée du CHU d'une évolution significative de l'offre de soins, avec une reprise de PDM affichée en médecine comme en chirurgie ambulatoire.

Les projections d'activités définies par le CHU s'appuient sur une stratégie de développement de l'offre de soins ayant un impact sur le capacitaire.

3-3) Projections d'activités et part ambulatoire horizon 2030 par groupe de pathologie.

Les données sont présentées de façon fragmentée par groupe de pathologie.

Référence Cf. tableau pages 67, 68, 69 RESE "évolution du nombre d'hospitalisation par groupe de pathologie".

- En hospitalisation complète, et pour rappel, les projections globales d'activités sont les suivantes :
 - En chirurgie, stabilité de l'activité.
 - En médecine, croissance prévisionnelle en journées de +14,2% en 2030/2019.

L'évolution du nombre d'hospitalisations détaillée dans le tableau référencé ci-dessus fait apparaître sur la période :

- Une évolution du nombre de séjours tous confondus supérieure à 20% dans de nombreuses pathologies, notamment hématologie, endocrinologie, cardiologie, vasculaire, pathologies respiratoires, ostéoarticulaire, urologie, cancérologie.
- Une évolution de la part ambulatoire allant de +20% pour 30 disciplines sur 63 et de +50% pour 10 disciplines sur 63.

Ces données ambitieuses restent à finaliser.

Observations.

Les préconisations des experts cliniciens du CHU semblent prégnantes dans ces projections, au détriment peut être d'une approche plus globale et stratégique.

- En ambulatoire chirurgical.
Entre 2019 et 2022, le CHU a développé des structures d'HDJ qui ont permis de faire évoluer le taux de chirurgie de 32,1% à 39,4% en 2022.
Ce taux est faible comparé aux ratios suivants pour la même période :
Taux moyen CHU : 41,7%
Taux moyen Nouvelle Aquitaine : 62,1%
Taux moyen France : 63,5%

Le projet anticipe une croissance ambitieuse de +70% en moyenne (y compris imagerie interventionnelle) à l'horizon 2030-2035, en s'appuyant sur le constat d'évolution 2023-2024. En effet, le taux moyen de chirurgie ambulatoire est de ~48% en 2024. Il est de 34,5% dans le pôle chirurgie (ortho, uro, neurochir, vasculaire) et de 66% dans le pôle spécialités chirurgicales (ORL, OPH, maxillofacial).

Le tableau ci-dessous précise l'évolution des taux ambulatoires par pôle et discipline jusqu'en 2024.

Pôle fonctionnel	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pôle chirurgie (ortho, uro, neurochir (adultes et enfants), vasculaire)	20,3%	22,2%	26,2%	30,5%	34,4%	34,5%
Pôle Obst/Reprod/Gyn (gynécologie)	76,3%	73,3%	73,8%	75,5%	78,0%	78,2%
Pôle Spé Chir (ORL, OPH, maxillo-facial)	65,8%	64,1%	65,8%	65,8%	66,7%	66,0%
Pôle Pédiatrie (toutes spé chirurgicales hors cardio et neurochir)	23,4%	22,7%	24,5%	26,2%	32,7%	31,6%
Pôle Cardio-Thor. (chir cardiaque et thoracique-Adultes et enfants)	1,3%	1,0%	1,2%	0,9%	1,1%	0,9%
Pôle ADEN (chir digestive)	8,1%	7,2%	6,6%	5,5%	8,2%	10,5%

En parallèle certains capacitaires chirurgicaux sont projetés en baisse, notamment :

Ortho-traumato : -12 lits

Neuro-chirurgie : -5 lits

Spécialités chirurgicales : -17 lits.

Observations

Le CHU de Bordeaux affiche un retard sur l'activité ambulatoire chirurgicale par rapport aux autres CHU, dont certains se situent aujourd'hui à un taux ambulatoire de 60% avec une projection à 66% à l'horizon 2030.

Le CHU est conscient de ce retard et affiche des projections ambitieuses au vu du constat à fin 2024.

La progression constatée depuis 2019 est en partie liée à la croissance de l'activité interventionnelle.

4) Analyse du dimensionnement capacitaire projeté**4-1) Hypothèses d'occupation, de durée de séjour et de taux de rotation ambulatoire à l'horizon 2030-2035.**

Paramètres retenus.

4-1-1) En hospitalisation complète.

- Le capacitaire est défini à partir des journées projetées et d'une adaptation de l'offre de soins aux motifs de séjours.
Il inclut également une optimisation des capacité d'HC en améliorant les indices de performance.
Pour le CHU de Bordeaux, le TO cible est fixé à 90% pour l'ensemble des filières, à l'exception des soins critiques pour lesquels le taux est de 80%.
Le CHU de Bordeaux a proposé de retenir également une cible d'ouverture des lits fixée à 100% pour les soins critiques, l'hémato-oncologie, l'aval des urgences, à 92% pour les autres spécialités. La tutelle n'a cependant pas retenu ce paramètre puisque le TO est réputé tenir compte des fermetures de lits.
- Pour rappel, l'IPDMS est fixé à 1 pour la période 2023-2035, soit une stabilité par rapport à l'IPDMS moyen actuel des CHU.
Tableau évolution IPDMS.

Etablissement	Année	Nombre de séjours	Nombre de journées	IP-DMS national
CHU de Bordeaux	2019	102 387	624 851	1,01
CHU de Bordeaux	2020	92 475	578 843	1,00
CHU de Bordeaux	2021	97 571	594 153	1,02
CHU de Bordeaux	2022	91 269	554 554	1,01
CHU de Bordeaux	2023	88 821	526 953	0,99

Le détail par discipline dans le tableau du RESE pages 73, 74, 75, fait apparaître le détail des taux actuels d'IPDMS avant projet dans les disciplines médicales.

Ils sont fréquemment supérieurs à 1.

Les DMS dans de nombreuses disciplines médicales sont ainsi élevées et supérieures aux moyennes nationales, ce qui traduit un niveau de performance moyen pour un CHU.

Des pistes de progrès portant sur l'amélioration du parcours patient avec des actions tendant à améliorer le TO et les DMS ont été mises en œuvre.

Le CHU s'est ainsi doté d'un logiciel de gestion des lits dans tous les services de soins, permettant une mise à jour en temps réel des flux de patients. Son déploiement débute fin 2024.

Des équipes dédiées à la gestion des parcours de soins et des flux de patients, notamment aux urgences (5 ETP IDE affectées) permettront d'identifier de manière précoce les patients qui posent problème dans leur projet de sortie.

Une cellule de deux professionnels, créée en 2022, a pour mission d'identifier les patients complexes qui séjournent dans les services de manière prolongée, sans motif médical.

De même, le développement d'outils numériques (télésurveillance, ...), la mise en place d'une dynamique de coopération au-delà du CHU, le développement d'hôtels hospitaliers constitue des mesures de nature à améliorer les durées de séjour.

Observations.

Les différentes pistes de progrès évoquées par le CHU pour optimiser les parcours patients devraient permettre de se projeter vers un IPDMS inférieur à 1 et de réexaminer les évolutions capacitaires en médecine à un niveau inférieur à celui projeté.

L'objectif d'une IPDMS cible à 0,8 paraît plausible, si l'on se réfère au niveau de performance des CHU de taille comparable.

Un scénario de ce type pourrait être élaboré afin d'en mesurer l'impact sur la capacitaire en HC de médecine.

- Certaines évolutions capacitaires apparaissent néanmoins structurantes pour l'offre de soins. C'est le cas notamment pour :
 - Le renforcement du site HL par le transfert de toutes les unités de soins du GH Saint-André.

- La densification des lits d'aval des urgences sur les deux sites hospitaliers principaux.
- L'augmentation de l'offre de soins en cancérologie et son regroupement sur un site unique (HL), en complémentarité avec le CLCC Henri Bergonié.
- La structuration d'une offre de soins de cardiologie médicale avec le développement de l'ambulatoire face à une forte concurrence de la clinique Saint-Augustin.

4-1-2) Concernant l'ambulatoire.

Le projet intègre une extension des places d'HDJ, médicales et chirurgicales, de 262 à 417 places (+155 places) soit une augmentation de 59,1%.

Selon le CHU, le dimensionnement de l'ambulatoire chirurgical projeté est adapté à un taux de rotation spécifique par discipline et non à une cible unique, généralement admise autour de 1,3.

Les projections de taux de rotation moyen par discipline sont le suivant :

- Vasculaire : 1,3
- Chirurgie digestive : 1,3
- Neurochirurgie : 2
- Orthopédie : 1,2
- Urologie : 1,5

Le regroupement sur un même lieu des activités ambulatoires médicales d'une part, chirurgicales d'autre part (UCA), sont de nature à optimiser la prise en charge par des équipes dédiées et à rendre attractives ces activités face à une forte concurrence du secteur privé.

Néanmoins les évolutions importantes projetées mériteraient d'être plus argumentées, notamment sur la façon dont les équipes médicales et soignantes vont modifier leur organisation pour rendre effectif ce profond changement de paradigme dans leur pratique.

4-2) Evolution capacitaire 2019-2030 sur le périmètre du Projet.

Type d'activité	Evolution des capacitaires					
	Capacitaire 2019		Capacitaire cible		Ecart avant/après	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
Cardiologie	327	28	303	62	-24	34
UHSI	16		16			
Neurologie	133	22	152	40	19	18
Oncologie / Hématologie	100	61	122	89	22	28
Hors filière	147	40	176	49	29	9
Post-urgences	288	61	320	73	32	12
Soins critiques	252		277		25	
Chirurgie	437	50	391	104	-46	54
Hépto-gastro	46		40		-6	
Sous-total Périmètre Projet	1746	262	1797	417	51	155

Type d'activité	Capacitaire 2019				Capacitaire cible 2035				Ecart			
	GH Pellegrin		GH Sud		GH Pellegrin		GH Sud		GH Pellegrin		GH Sud	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
	Adultes											
Cardiologie			327	28			303	62			-24	34
UHSI	16				16							
Neurologie	133	22			152	40			19	18		
Oncologie / Hématologie			100	61			122	89			22	28
Hors filière	77	18	70	22	74	24	102	25	-3	6	32	3
Post-urgences	183	16	105	45	202	16	118	57	19		13	12
Soins critiques	138		114		134		143		-4		29	
Chirurgie	363	37	74	13	299	86	92	18	-64	49	18	5
Hépto-gastro			46				40				-6	
Sous-total Périmètre Projet	910	93	836	169	877	166	920	251	-33	73	84	82

4-2-1) Evolution capacitaire globale.

La proposition du CHU de 1803 lits et 416 places a été ramenée à 1797 lits et 417 places par la tutelle. Par rapport à 2019, la progression est de +51 lits en HC et de +155 places en HDJ.

Ces projections se répartissent ainsi :

Site	GH Pellegrin	GH Haut Lévêque	Total
HC	877 lits	920 lits	1797 lits
HDJ	166 places	251 places	417 places

L'évolution de l'offre de soins à l'horizon 2030 par rapport à 2023 est la suivante :

	Total	GH Pellegrin	GH Haut Lévêque
HC	+51	-33	+84
Médecine	+72 dont 61 Hors filières et post U	+35	+37
Soins critiques	+25	-4	+29
Chirurgie	-46	-64	+18
HDJ	+155	+73	+82
Médecine	+101 dont 21 hors filière et post U	+24	+77
Chirurgie	+54	+49	+5

Observations.

Sur la base des observations précédentes, le CHU conforte son capacitaire. Il disposera ainsi d'une réelle marge de manœuvre pour l'avenir.

4-2-2) Evolution capacitaire sur le site Haut Lévêque.

- Le Projet permet une restructuration des bâtiments existants sur le site et la construction d'un bâtiment neuf U2CTD. Cette construction neuve permet un regroupement cohérent des filières cardiothoracique et oncohématologique sur le site. L'implantation d'un SAU permettra le développement d'une activité de proximité sur ce secteur de la métropole en fort développement démographique.

Capacitaire actuel du GH Sud, par discipline, en HC, HDJ, soins critiques, par bâtiment.

Sur le périmètre Nouveau CHU, les spécialités du GH Sud sont principalement sur le site de Haut-Lévêque. Seuls les soins palliatifs sont situés sur le site de Xavier Arnozan.

Sur le site Haut-Lévêque, il y a 4 bâtiments : Cardiologie, Centre François Magendie, Magellan et USN.

Site/Bâtiment	Nombre de lits	Nombre de places
Haut Lévêque	699	137
Cardiologie	287	22
Centre François Magendie	89	24
USN	103	43
Magellan	220	48
Xavier Arnozan	12	
(vide)	12	
Total général	711	137

Déclinaison du capacitaire actuel par discipline et par bâtiment :

Spécialités	Nombre de lits	Nombre de places	Site	Bâtiment
Cardiologie	123	17	Haut Lévêque	Cardiologie
Cardiologie Congénitale	12	5	Haut Lévêque	Cardiologie
Chirurgie Cardiaque	85		Haut Lévêque	Cardiologie
Chirurgie Thoracique	40		Haut Lévêque	Magellan
Pneumologie	37	12	Haut Lévêque	Centre François Magendie
Hématologie (+15 en oct 2025)	52	12	Haut Lévêque	Centre François Magendie
Digestif (onco, chir, HGE)	145	48	Haut Lévêque	Magellan
Médecine interne	18	16	Haut Lévêque	USN
Diabéto Endocrino	55	12	Haut Lévêque	USN
Addictologie	30	15	Haut Lévêque	USN
Réanimation cardiaque Adulte	34		Haut Lévêque	Cardiologie
Réanimation digestive	35		Haut Lévêque	Magellan
Réanimation thoracique			Haut Lévêque	Magellan
USIC Adultes et pédiatrie	33		Haut Lévêque	Cardiologie
Soins palliatifs	12		Xavier Arnozan	
Réanimation médicale			Saint André	Vieil Hôpital
Oncologie Médicale			Saint André	Vieil Hôpital
Dermatologie			Saint André	Vieil Hôpital
Post-Urgences			sans objet	sans objet
Total	711	137		
Recherche Clinique (Phases Précoces)			sans objet	sans objet

Répartition du capacitaire projeté par bâtiment : l'offre du bâtiment Magendie est transférée sur U2CTD ainsi qu'une partie des disciplines du bâtiment cardiologie.

Site/bâtiment	Nombre de lits	Nombre de places
Haut Lévêque	920	250
Cardiologie	106	24
Magellan	178	53
U2CTD	515	113
USN	121	60
Xavier Arnozan	12	
(vide)	12	
Total général	932	250

Déclinaison du capacitaire projeté par discipline et par bâtiment :

Spécialités	Nombre de lits	Nombre de places	Site	Bâtiment
Cardiologie	120	20	Haut Lévéque	U2CTD
Cardiologie Congénitale	22	12	Haut Lévéque	Cardiologie
Chirurgie Cardiaque	84	12	Haut Lévéque	Cardiologie
Chirurgie Thoracique	28		Haut Lévéque	U2CTD
Pneumologie	48	18	Haut Lévéque	U2CTD
Hématologie (+15 en oct 2025)	74	24	Haut Lévéque	U2CTD
Digestif (onco, chir, HGE)	148	53	Haut Lévéque	Magellan
Médecine interne	36	35	Haut Lévéque	USN
Diabéto - Endocrino	55	10	Haut Lévéque	USN
Addictologie	30	15	Haut Lévéque	USN
Réanimation cardiaque Adulte et Pédiatrie	33		Haut Lévéque	U2CTD
Réanimation digestive	30		Haut Lévéque	Magellan
Réanimation thoracique	15		Haut Lévéque	U2CTD
USIC Adultes et pédiatrie	41		Haut Lévéque	U2CTD
Soins palliatifs	12		Xavier Arnoz	
Réanimation médicale	24		Haut Lévéque	U2CTD
Oncologie Médicale (dont Soins oncologiques de support)	28	29	Haut Lévéque	U2CTD
Dermatologie	20	22	Haut Lévéque	U2CTD
Post-Urgences	84		Haut Lévéque	U2CTD
Total	932	250		
Recherche Clinique (Phases Précoces)	6		Haut Lévéque	U2CTD

- La construction neuve de l'U2CTD favorise le regroupement de l'ensemble des activités ambulatoires des différentes filières implantées sur le site, en contiguïté des CS et explorations fonctionnelles des mêmes disciplines.
Les activités ambulatoires seront clairement identifiées par filières, avec des secteurs communs. La capacité de chacune ne pourra être inférieure à 10 places.

Secteurs ambulatoires – Hôpital de jour		137
Filière cardio	HDJ	15
	Unité syncope	2
	HTA	3
Filière cardiopathie congénitale	HDJ	12
Filière Pneumologie	HDJ	18
Filière oncologie	HDJ	29
Filière hématologie	HDJ	24
Filière dermato	HDJ	22
HDJ SOS		12

Observations

Une mutualisation plus importante des places d'HDJ favoriserait l'interdisciplinarité et permettrait une gestion plus optimale des ressources.

4-3) Evolution capacitaire dans les spécialités médicales sur le périmètre du projet.

Référence RESE page 73 détail discipline par discipline.

Tableau COPIL 28-03-2024 page 7 tableau 2.

4-3-1) Evolution en HC médecine.

- Répartition capacitaire par site à l'horizon 2035.

Type activité	2019		2035		Ecart		Ecart total
	GHP	GHL	GHP	GHL	GHP	GHL	
Cardio		327		303		-24	-24
Neuro	133		152		+19		+19
Onco-hémato		100		122		+22	+22
HGE		46		40		-6	-6
Hors filières	77	70	74	102	-3	+32	+29
Post urgence	183	105	202	118	+19	+13	+32
Total HC médecine	393	648	428	685	+35	+37	+72

Activités hors filières : médecine, addictologie, diabétologie, endocrinologie, néphrologie, rhumatologie, soins palliatifs.

- La répartition des spécialités par site est la suivante :
 GH Pellegrin : neurologie, médecine interne et post urgences, maladies infectieuses, néphrologie, médecine vasculaire.
 GH Haut Lévêque : cardiologie, maladies respiratoires, médecine interne et post urgences, oncologie, hématologie clinique, endocrinologie, dermatologie, nutrition, diabétologie, HGE, addictologie.

Observations
Les évolutions capacitaires portent essentiellement sur le post urgences, l'onco-hémato, la neurologie et le hors filière.
En cardiologie, la réduction capacitaire s'accompagne d'une augmentation de places en ambulatoire.
Ces évolutions significatives paraissent néanmoins cohérentes avec l'évolution démographique.

4-3-2) Evolution en ambulatoire médical

Type activité	2019		2035		Ecart		Ecart total
	GHP	GHL	GHP	GHL	GHP	GHL	
Cardio		28		62		+34	+34
Neuro	22		40			+18	+18
Onco-hémato		61		89		+28	+28
Hors filières	18	22	24	25	+6	+3	+9
Post urgence	16	45	16	57	0	+12	+12
Total ambu médecine	56	156	80	233	+24	+77	+101*

(*) dont 80 places, hors post urgences et hors filières

Les évolutions les plus significatives concernent la cardiologie (+34 places), l'oncohématologie (+28 places) sur le site GH HL.

Elles s'appuient sur des projections d'évolution des séjours supérieures à 70% dans ces disciplines. Certes, le taux d'ambulatoire médical progresse, 67% en 2023, 69% en 2024.

Observations
Une analyse de la montée en charge progressive des projections d'activité en ambulatoire médical permettrait de vérifier la pertinence des évolutions capacitaires.

4-4) Evolution capacitaire des spécialités chirurgicales en HC et HDJ sur le périmètre du Projet.

Chirurgie	2019		2035		Ecart		Ecart total
	GHP	GHL	GHP	GHL	GHP	GHL	
HC	363	74	299	92	-64	+18	-46
Ambu	37	13	86	18	+49	+5	+54

- Les évolutions capacitaires les plus significatives en HC :
 - Création d'une unité post urgences médicochirurgicales digestives sur le GH HL de 12 lits +2 lits de chirurgie cardiaque.
 - Redimensionnement capacitaire dans certaines spécialités :
 - Chirurgie thoracique et cervicale -2 lits
 - Ortho-traumato -12 lits
 - Neurochirurgie -5 lits
 - CFXM (spécialités chirurgicales) -17 lits
 - Chirurgie vasculaire -12 lits

Ces évolutions s'accompagnent d'une stabilité du volume des séjours.

- Le nombre total de places en 2035 (104 places) représente un doublement du capacitaire 2019 (50 places).
 Cette progression s'appuie sur une progression des séjours ambulatoires chirurgicaux de +78%, toutes spécialités confondues (25 107 séjours projetés, versus 14 033 séjours en 2019).
 Le CHU reconnaît lui-même que les taux moyens de rotation envisagés, entre 1,2 et 2, sont ambitieux.
 Le taux moyen de chirurgie ambulatoire (autour de 48% en 2024) a progressé et conforte le CHU dans ses projections pourtant ambitieuses.
 Le taux escompté à l'horizon 2035 n'a pas pu être identifié.

4-5) Evolution capacitaire des soins critiques.

2019		2035		Ecart		Ecart total
GHP	GHL	GHP	GHL	GHP	GHL	
138	114	134	143	-4	+29	+25

Le projet contribue au regroupement des soins critiques dans chacun des sites.
 Sur le GH HL, il en résulte une restructuration importante, notamment par le transfert de lits du GH Saint-André et la création d'un SAU.
 La prise en compte de nouvelles exigences règlementaires impacte les deux sites.

4-6) Les évolutions du secteur urgences adultes.

Le SAU adultes du GH Pellegrin comportera 14 lits d'UHCD, 1 lit sécurisé, 6 lits de SAUV, et 8 lits de déchocage.

Le SAU du GH Haut Lévêque comportera 12 lits d'UHCD et 4 lits de SAUV.

Selon le RESE, les 180 lits d'aval des urgences se répartissent ainsi à l'horizon 2035 :

- GH Pellegrin : 96 lits.
- GH Haut Lévêque : 84 lits.

Soit une progression de 73 lits/2023, par transfert de lits de spécialités (36) et création nette (37).

4-7) Les évolutions du bloc opératoire.

Le Projet présente l'opportunité de revoir l'organisation des blocs opératoires avec une réduction du nombre de sites, une mutualisation des fonctions support et une plus grande modularité.

Les paramètres retenus :

- 45 semaines d'activité normale
- Le TROS (temps réel d'occupation des salles) a été relevé sur une amplitude d'ouverture journalière (TVO) de 10 heures.
- Une cible d'efficacité TROS/TVO de 85%.
- Un TVO modulé entre 8h et 12h (pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie).

Concernant le GH Pellegrin, hors imagerie interventionnelle, le nombre de salles actuelles a été maintenu, nonobstant les critères COPERMO, en raison de l'évolution démographique.

Le nombre de salles physiques de 23, dont 21 armées hors imagerie interventionnelle, est encore en cours d'étude.

Le nombre de site a par ailleurs été réduit de 5 à 3 : un bloc urgence, un bloc polyvalent (ortho, neurochirurgie, imagerie interventionnelle), un bloc chirurgie vasculaire et digestive.

Concernant le GH Haut Lévêque, le Projet prévoit la création d'un plateau unique cardiothoracique, contigu avec la cardiologie interventionnelle.

Le nombre de salles physiques armées projeté est de 9, hors cardiologie interventionnelle.

Bloc	Groupe hospitalier Pellegrin (consolidation de la cible à l'étape 2 suite aux travaux avec AMO et les équipes)							Groupe hospitalier Sud					Total général	
	Pellegrin Urgences	Digestif	Urologie	Orthopédie	Neurochirurgie	Vasculaire et digestif	Ambulatoire	Imagerie interventionnelle	Total Bloc sur le périmètre	Magellan Thoracique	Chirurgie cardiaque	Total Bloc sur le périmètre		Cardio interventionnelle (y compris Equipex)
Nombre de salles physiques	3		5	8	5	4		3	28	3	8	11	7	46
Temps de vacances offert (TVO par jour et par salle (en h))			50	90	50	40		30						
Taux d'occupation (réf ANAP >85%)			85%	85%	85%	85%		85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Taux débordement (réf ANAP <5%)			<5%	<5%	<5%	<5%		<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%	<5%
Taux d'ouverture réf ANAP : 100% =54h/semaine)	100%		92,6%	92,6%	92,6%	92,6%		92,6%	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%	92,6%
Nombre d'interventions	2301		4331	9352	3199	3500		3032	23414	2305	3750	6055	9080	38549
Nombre d'interventions par salle physique hors urgences	767		866	1039	640	875		1011	833	768	469	550	1297	838

Observations

La modularité de l'affectation des salles n'apparaît pas clairement au vu du tableau ci-dessus. Les paramètres retenus TROS, TVO, paraissent optimistes compte tenu des problèmes relatifs au recrutement de personnel infirmier spécialisé.

Conclusion

Le CHU de Bordeaux dispose d'un parc immobilier ancien et peu adapté à l'évolution de la pratique médicale.

Sa situation s'est détériorée après le COVID du fait notamment d'une pénurie de PNM, entraînant des fermetures de lits importantes.

Cette situation met le CHU en position fragile, en terme de PDM, face à la dynamique de l'offre concurrentielle.

Le Projet "Nouveau CHU" a pour vocation à répondre à cette situation en recentrant son offre de soins sur deux sites principaux, le GH Pellegrin et le GH Haut Lévêque.

L'opportunité d'une construction neuve offre la possibilité d'une organisation optimale sur le GH Haut Lévêque.

Le Projet du CHU s'inscrit dans une stratégie de développement d'une offre de soins modernisée et accessible :

- Développement des capacités ambulatoires, rendues facilement accessibles.
- Redimensionnement des disciplines regroupées par grandes filières de pathologie, notamment sur le site du Haut Lévêque.
- Transfert de l'accueil des urgences du CH Saint André vers le GH Haut Lévêque.
- Extension des capacités d'aval des urgences sur les deux sites.

La stratégie du CHU repose essentiellement sur le développement de l'offre de soins en hospitalisation complète et en ambulatoire, et sur des capacités d'accueil largement dimensionnées. Cette stratégie demeure fragile, concernant la recherche d'une meilleure efficacité de la prise en charge des patients.

Une approche plus dynamique concernant les durées de séjours est à rechercher.

II – VOLET IMMOBILIER ET TECHNIQUE

Le Schéma directeur immobilier du CHU de Bordeaux est de grande envergure (18 opérations) et s'étend sur plusieurs sites : Pellegrin, Haut-Lévêque et Saint André.

Sur le site de Haut-Lévêque, le schéma directeur immobilier regroupe 6 projets dont le stade d'avancement est différent.

3 projets menés hors instruction nationale:

- 1 La construction d'un institut de biologie et pathologie regroupant l'ensemble des laboratoires du CHU. Livraison prévue début 2028 avec un enjeu de phasage pour l'opération U2CTD
- 2 La construction d'une nouvelle blanchisserie
- 3 La construction d'un bâtiment odontologie

Ces trois projets sont en cours de réalisation et seront livrés avant le démarrage des études de l'U2CTD.

4 Le projet de création d'un bâtiment Urgences Cancérologie Cardiologie pathologies Thoraciques et Dermatologie, dénommé U2CTD et la rénovation de l'actuel bâtiment de cardiologie faisant l'objet de la contre-expertise.

Deux autres projets de moindre envergure sont également prévus sur le site de Haut-Lévêque :

- 5 La remise aux normes des infrastructures incendie
- 6 La modernisation de la pharmacie (opération liée à l'élaboration du Schéma Directeur Logistique)

Le site de Haut-Lévêque est intégré au GH SUD qui, lui-même, regroupe plusieurs sites.

Quatre autres opérations **hors SDI** sont prévues sur le groupe hospitalier Sud.

- L'extension de la radiothérapie
- La centralisation et la robotisation des stocks de la pharmacie
- La restructuration de l'unité de production des repas
- La reconstruction de l'EHPAD de Lormont

La contre-expertise immobilière concentre son analyse sur la création de l'U2CTD et la rénovation de l'actuel bâtiment de cardiologie.

Le projet U2CTD consiste, d'un point de vue bâtiminaire, en :

1. Une opération loi MOP comprenant :
 - La restructuration du bâtiment de cardiologie
 - La construction d'un bâtiment neuf nommé U2CTD (

Avec la mise en place d'un parcours patient cohérent, le projet a pour ambition le regroupement de plusieurs filières de prise en charge médicale, le développement de nouveaux espaces pour les soins, **ainsi que le regroupement de toutes les pratiques ambulatoires de ces filières sur un même niveau.**

1 URGENCES :

- Accès prévu au rez de jardin pour les urgences générales
- Contiguïté au service de médecine intensive de réanimation
- Contiguïté avec les unités de post urgence
- Développement de liens forts entre :
 - Soins critiques
 - Urgences générales polyvalentes et cardiologiques
 - Plateau chaud d'imagerie

2 Cardiologie

- Lisibilité : Accessibilité depuis le hall du bâtiment cardio
- Accès dédié pour les urgences cardio

3 Maladies respiratoires

- Regroupement sur le même étage des unités médecines et chirurgies

4 Oncologie et hématologie clinique

- Regroupement sur un même étage des unités d'hospitalisation
- Création d'activités de recherche

5 Dermatologie

- Développement de nouvelles synergies avec le secteur oncologie et des espaces communs de l'ETP

Pour améliorer le parcours patient, il est envisagé 100% de préadmission, une orientation rapide dans les secteurs ambulatoires et d'hospitalisation ainsi qu'un accès direct et autonome vers le plateau technique.

De nouveaux métiers sont envisagés pour accompagner le patient dans son parcours.

L'objectif du CHU de Bordeaux est également d'accroître le volume de patients accueillis en HC et d'améliorer la qualité des espaces d'hébergement. Il est envisagé des unités d'hospitalisation de 28 lits quand cela est possible (bâtiment neuf) et de 24 lits dans les bâtiments rénovés. Ce point fait l'objet d'une analyse détaillée de la CE.

Planning / phasage

Il a comme contrainte de réaliser des travaux en site occupé avec une continuité de fonctionnement favorable au maintien de l'offre de soins et des conditions d'accueil et de travail satisfaisantes.

Pour cette raison, il est envisagé de démarrer les travaux par la construction du bâtiment neuf et de restructurer le bâtiment cardio après déménagement. Un phasage est également envisagé pour un étage d'hospitalisation.

La définition du projet fonctionnel s'est faite en collaboration avec les acteurs de terrain et la concertation a conduit à la rédaction d'un programme partagé par tous.

Les sites actuels

Les filières concernées par le projet sont, soit déplacées vers le projet U2CTD cardio, soit créées.

La filière cardio est déjà présente sur le site de Haut-Lévêque mais répartie sur 2 bâtiments (principalement le bâtiment cardio à restructurer et la chirurgie thoracique sur Magellan).

Les filières hémato et pneumo sont également à Haut Lévêque mais dans le bâtiment Magendie qui sera démolie à la fin de l'opération.

La filière onco est à Saint André. Les bâtiments seront, soit cédés, soit restructurés mais le projet n'est pas encore défini.

Le tableau ci-dessous synthétise ces différents déplacements

Haut Leveque			Saint André		delta / projet	TOTAL futur projet U2CTD cardio
bâtiment cardio	Magendie	Magellan	vieil hôpital	St Raphael / labo		
restructuré	démoli	surfaces laissées vacantes à restructurer		cession	neuf	<p><u>Tableau des surfaces</u> Élaboré par la contre-expertise à partir des données recueillies dans les différents documents</p>
25475	6776	1626	5854	2436	32788	
30070		7480			44885	
surfaces totale bâtiment cardio	surfaces à construire					

Ce tableau permet de faire apparaître le manque de précision concernant le devenir de 5000 m² restructurés du bâtiment cardio, n'apparaissant pas dans le détail des surfaces donné.

Après lecture du PTD, il apparaît que le laboratoire sera délocalisé (représentant 2770 m²), mais rien n'est dit concernant les 2300 m² restants. Le devenir du PTRR situé au R-1 n'est pas non plus précisé (ne semble pas être inclus dans le phasage).

Recommandations :

La clarté et la précision de l'information concernant le devenir des locaux existants est indispensable à l'élaboration d'un projet adapté et bien maîtrisé. En cas d'imprécision, les erreurs de conception seront inévitables, engendrant des pertes de temps (remise en question des hypothèses) et probablement des pertes financières.

A titre d'exemple, si les 2300 m² (non décrits) doivent être conservés en l'état, des surfaces neuves supplémentaires devront être envisagées.

Il est donc indispensable de fournir aux candidats concepteurs, un document fiable et précis sur l'état des lieux actuels et le devenir des locaux.

Pour ce qui concerne l'extension, on peut en conclure que les surfaces neuves à construire devraient approcher les 45 000 m².

Analyse financière :

L'ensemble de l'opération s'inscrit dans un cadre global de déménagement / restructuration / démolition / revente.

C'est dans ce cadre global que doit être pris en compte l'évaluation de l'opération.

Les estimations fournies par le CHU de Bordeaux ne prennent en compte que les travaux du projet U2CTD cardio, sans intégrer la restructuration des bâtiments désaffectés de Magellan et du vieil hôpital Saint-André, ni la cession des bâtiments sur Saint-André.

La CE n'ayant pas eu accès à l'ensemble des documents nécessaires à cette évaluation globale, il est difficile d'en faire une évaluation précise.

A titre d'exemple, l'état des lieux et les surfaces SDO des bâtiments démolis ou cédés ne sont pas connus ce qui ne permet pas d'évaluer un coût au m² de restructuration ou de cession.

Dans un souci d'éclairage du CHU et de l'ARS, le tableau ci-dessous est malgré tout proposé :

Coût / bâtiment		bâtiment cardio restructuré	bâtiment Magendi démolit	Bâtiment Magellan restructuré	Bâtiments Saint-André restructurés	Bâtiment St Raphael et labo vendus	construction neuve U2CTD	TOTAL	TOTAL GENERAL
	SDO approximatif	30070	8463	1626	5854	2436	44885		
	coût au m ² moyen HT	2360	150	1500	1500		2900		
	coût HT travaux	70 965 200,00	1 269 450,00	2 439 000,00	8 781 000,00		130 166 500,00	202 401 150,00	
	coef HT / TDC compris équipements	1,75	1,40	1,75	1,75		1,75		
U2CTD cardio	TOTAL coût TDC sans équipements	124 189 100,00	1 777 230,00	4 268 250,00	15 366 750,00		227 791 375,00	353 757 705,00	407 795 344,00
	Equipements suivant indications RESE							54 037 639,00	
Opérations à restructurer ultérieurement	coût travaux TDC compris équipements			19 635 000,00				19 635 000,00	
bâtiments envisagés en cession	valeur moyenne de rachat m ² bureaux à Bdx					1500			
	valeur cession					-3 654 000,00		-3 654 000,00	
TOTAL GLOBAL OPERATION								423 776 344,00	

Ce tableau fait apparaître un coût pour l'opération légèrement supérieur au prévisionnel indiqué au RESE (+6 M€).

Le coût global, compris restructuration et cession des bâtiments serait d'environ 423 M€ (+22 M€).

L'analyse proposée s'appuie sur le coût HT travaux indiqué au PTD : 201 630 654 (coût moyen HT/ m² de 2690 €), directement lié à l'opération, auquel est ajouté, le ration HT/TDC de 1.75 et les équipements indiqués au tableau du RESE p16.

En conclusion, l'évaluation financière des travaux propre au projet U2CTD est globalement réaliste (les 1.5 % d'écart sont négligeables).

En revanche, l'évaluation de l'opération prise en compte dans sa globalité et les coûts induits ultérieurs seront à prévoir faisant évoluer l'opération vers un coût de + 22 M€.

Analyse du phasage

Une première question se pose :

Comment vont se faire les transferts de services et comment fonctionneront les services après déménagement ?

A la lecture du PTD les phasages sont identifiés et appellent quelques remarques :

Le bâtiment neuf sera construit en phase 1 ainsi que l'imagerie qui s'implante au RDJ en exploitant l'imagerie de coupe existante et s'étendant sur la surface du laboratoire déplacé dans le cadre de l'opération de construction du laboratoire neuf (GHS 1). La surface nécessaire pour l'extension de l'imagerie sera d'environ 2150 m², soit une surface supérieure à celle du laboratoire (1820 m²).

Remarque:

330 m² déborderont sur les surfaces des services autour. Par ailleurs, rien n'est dit sur les 1060 m² de PTRR (Plateforme de Traitement et de Recherche en Radiothérapie). Est-elle déménagée vers le laboratoire ?

On trouvera également au RDJ, la filière urgences et les soins intensifs.
 Au RDC il est prévu d'installer la totalité des consultations de l'ensemble des filières.

Remarque:

La filière cardio s'étendra probablement à la place de l'imagerie conventionnelle (réduite et déplacée au R-1) et du laboratoire (déplacé également). Ces travaux pourraient être intégrés à la phase 1. Ils n'apparaissent pas sur le document de phasage, ni en phase 1, ni en phase 2.

Le R+1 prévoit l'implantation des blocs opératoires et de l'UCA dans le bâtiment neuf et les soins critiques à la fois sur le bâtiment neuf et l'existant ce qui permet d'envisager un phasage cohérent sur ce niveau.

Remarques:

Malgré la logique des transferts sur cet étage, la restructuration du bâtiment existant sera très probablement sensible et devra faire l'objet d'une attention très particulière de la part des concepteurs.

Il est conseillé au CHU de Bordeaux de demander aux concepteurs de fournir un document très précis explicitant le phasage proposé.

Préciser la signification de la demande d'implantation en duplex de la filière cardiopathie congénitale (indiquée sur les schémas uniquement au R+1 du bâtiment cardio).

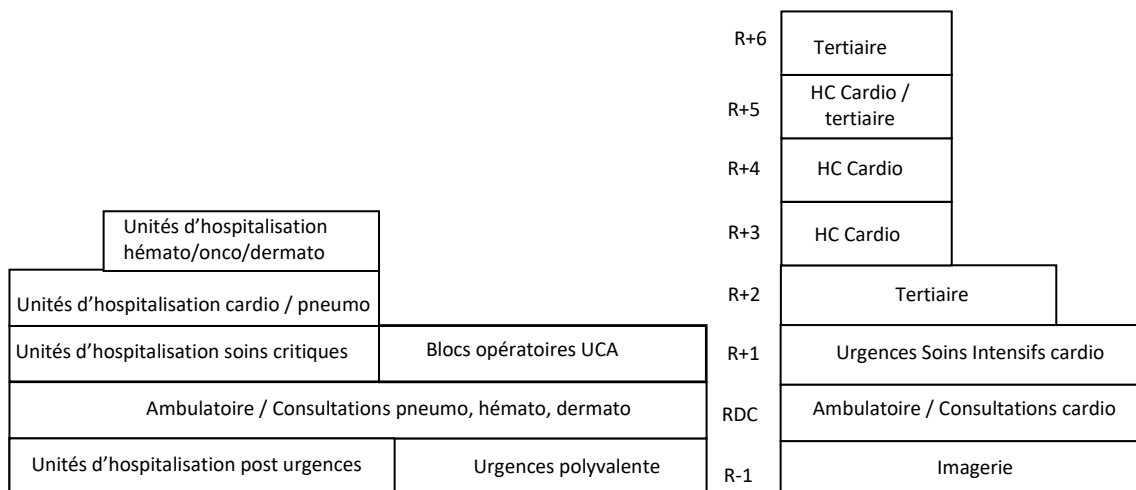
A partir du R+2, la problématique des transferts est plus simple.

A ce niveau les locaux tertiaires existant conservent partiellement leur localisation (2010 m²). Une grande partie étant implantée aux derniers niveaux du bâtiment restructuré facilitant le phasage.

Remarque:

Il est à noter que les unités d'HC sont prévues au-dessus des blocs opératoires. La configuration très différente de ce type de locaux, fortement tramés et contraints par des descentes verticales de fluides conduira probablement les architectes à concevoir plusieurs ailes afin de ne pas avoir à superposer directement ces locaux avec les blocs opératoires.

L'analyse des besoins en surfaces par zone et par bâtiment (neuf ou restructuré), synthétisée dans le schéma ci-dessous, permet de vérifier la rationalité du programme envisagé.



Au R+3, un étage d'HC cardio est traité en dernière phase.

On peut s'interroger sur la position de locaux tertiaires au cœur du dispositif mais la configuration des trames de structure semble expliquer cette décision.

En conclusion, le phasage paraît cohérent même s'il devra être parfaitement détaillé dans le cadre du concours d'architectes.

Analyse du capacitaire

Les éléments communiqués par le CHU de Bordeaux variant d'un envoi à l'autre et d'un document à l'autre, pour cette raison l'analyse du ratio capacitaire / surfaces pour le bâtiment U2CTD cardio est assez difficile à faire.

A titre d'exemple, on trouve sur ce point trois supports dont les informations sont différentes :

- p 86 du RESE un tableau de surfaces SDO et de capacitaire avant et après projet indique :
 - 452 lits d'hospitalisation complète nécessitant 35 à 40 m² / lit
 - 81 +86 = 167 lits de soins critiques nécessitant 85 à 90 m² / lit

Pour ces deux typologies de lits, soit 619 lits, la surface à prévoir serait au maximum de :

$$\underline{18\ 080\ m^2 + 15\ 030\ m^2 = 33\ 110\ m^2}$$

Liste des secteurs fonctionnels impactés par le projet *	Avant Projet	Après mise en service	unités d'œuvre	Surface attendue -référentiels CSIS		Ecart par rapport aux référentiels (fourchette haute)
				fourchette basse	fourchette haute	
secteurs fonctionnels soumis aux référentiels						
Hospit. complète	15 312	18 507	452	15 820	18 080	+ 427
- cardiologie	9 400	9 272	226	7 910	9 040	+ 232
- pneumologie	861	1 623	38	1 330	1 520	+ 103
- dermatologie	870	983	20	700	800	+ 183
- hématologie	1 727	1 127	28	980	1 120	+ 7
- oncologie	828	1 155	28	980	1 120	+ 35
- chirurgie thoracique	1 626	1 113	28	980	1 120	- 7
- post Urgences	-	3 234	84	2 940	3 360	+ 126
Lits Réanimation	2 826	6 569	81	6 885	7 290	- 721,00
- Médecine intensive-réanimation	916	2 048	24	2 040	2 160	- 112
- SC cardio-thoraciques	1 910	3 045	40	3 400	3 600	- 555
- SC pédiatriques		1 476	17	1 445	1 530	- 54
Lits Soins intensifs	2 127	5 242	86	7 310	7 740	- 2498
- cardiologie	1 230	2 341	32	2 720	2 880	- 539
- pneumologie	inclus HC	436	8	680	720	- 284
- hématologie	897	2 465	46	3 910	4 140	- 1675

- Le tableau Excel fourni lors du deuxième envoi, intitulé ANNEXE 9 Evolution capacitaire GH SUD indique:
 - 508 lits d'hospitalisation complète nécessitant 35 à 40 m² / lit
 - 113 lits de soins critiques nécessitant 85 à 90 m² / lit

Pour ces deux typologies de lits, soit 621 lits, la surface à prévoir serait au maximum de :

$$\underline{20\ 320\ m^2 + 10\ 170\ m^2 = 30\ 490\ m^2}$$

Fonctions et locaux	Surface utile		Surface DO	
			65%	
	Total	Total	Total	Total
TOTAL Projet U2CTD	45 405	45 405	74 846	74 846
Hospitalisations Conventionnelles		16 147		21 421
Secteur n°1 HC Cardiologie - 2x24 lits / restructuration	1 366		1 725	
Secteur n°2 HC Cardiologie - 2x24 lits / restructuration	1 366		1 725	
Secteur n°3 HC Cardiologie - 1x24 lits / restructuration	865		1 074	
Secteur n°4 HC Cardiologie Congénitale - 1x22 lits	1 116		1 487	
Secteur n°5 HC Chirurgie cardiaque - 3x28 lits	2 445		3 286	
Secteur n°6 HC Chir.-Tho. 28 lits / Pneumo 28 + 10 lits HC, 8 USI	2 321		3 158	
Secteur n°7 HC Oncologie 28 lits - HC Dermatologie 20 lits	1 585		2 129	
Secteur n°8 HC Hémato 74 lits + 6 phase précoce	2 686		3 617	
Secteur n°9 HC Post-Urgences - 3x28 lits - bâtiment U2CTD	2 398		3 221	

Fonctions et locaux	Surface utile		Surface DO	
			65%	
	Total	Total	Total	Total
TOTAL Projet U2CTD	45 405	45 405	74 846	74 846
Soins critiques		5 921		8 881
Soins critiques cardio-thoraciques (40 lits)	2 018		3 027	
Soins critiques pédiatriques (17 lits)	982		1 473	
USIC adultes (32 lits)	1 558		2 336	
Médecine intensive-réanimation - MIR (24 lits)	1 363		2 045	

Les mêmes ambiguïtés et incohérences se retrouvent sur l'ensemble des surfaces HDJ, bureaux, etc...

En conclusion

D'une manière générale, les évaluations capacitaires bâtementaires ont été faites et s'accordent approximativement avec les recommandations du CNIS.

Il est cependant recommandé au CHU de Bordeaux d'actualiser le tableau clair et exhaustif produit pour le RESE en page 86 avec les nouvelles valeurs, cela afin que l'ARS puisse valider le ratio capacitaire / surfaces.

Dans le cas d'écarts trop importants entre le ratio final et les recommandations du CNIS, une analyse justificative devrait être produite.

Enjeu concernant les flux.

Il est prévu une organisation par niveau pour les usages (ambulatoire, plateau technique, plateau chaud, hospitalisation) et par silos verticaux pour les filières. Cette logique croisée est intéressante mais la gestion des flux qui en découlera doit pouvoir être mesurée et contrôlée.

Remarque :

Il est conseillé au CHU de Bordeaux de demander aux concepteurs la production en phase concours d'un document synthétique permettant d'identifier les différents parcours :

- Patients
- Soignants

- Logistique
- Par filière

Et indiquant clairement, les ml à parcourir et les croisements à prévoir avec la gestion envisagée pour le traitement de ces points singuliers.

La localisation et le nombre d'ascenseurs prévus doit faire l'objet d'un document à part.

Un document de principe aurait également été intéressant au stade du programme, cela afin d'orienter les concepteurs et de permettre à la communauté hospitalière de valider les principes de fonctionnement retenus.

Focus sur le plateau interventionnel :

Les parcours patients au sein du plateau interventionnel sont suffisamment complexes pour qu'ils soient schématisés, à la fois en phase de programmation et en phase de rendu de concours.

On trouve plusieurs parcours :

- Les patients venant à pied en ambulatoire regagnant l'extérieur de l'établissement.
- Les patients venant à pied en ambulatoire mais intégrant après l'intervention un secteur d'hospitalisation
- Les patients venant en brancard depuis l'extérieur
- Les patients venant en brancard depuis leur chambre et renvoyés après réveil vers leur chambre

La description détaillée de chaque parcours patient (arrivée, déshabillage, chemin emprunté, retour) est un élément de réussite pour le futur projet.

En conclusion :

Sur le volet bâtementaire, le projet U2CTD cardio est globalement cohérent et bien étudié. Ce volet n'appelle pas de remarques qui pourraient remettre en question la validité du projet.

La Contre-Expertise attire l'attention du CHU de Bordeaux sur quelques points particuliers comme :

- La mise en cohérence des capacitaires par rapport aux surfaces prévues
- L'importance de préciser les cheminements des différents flux, en terme de besoin et pour le rendu concepteurs
- La prise en compte d'une opération globale, avec des surfaces foncières laissées sans utilisation mais avec des coûts d'entretien réels.

Contre-expertise / Projet nouveau CHU de Bordeaux

Introduction :

Le plan pluriannuel d'investissement 2025-2038 du CHU de Bordeaux, d'un montant total de 1 866 M€, se décline en 26 chantiers de construction et de réhabilitation. De par son ampleur (18 opérations) et son coût (1 102 M€ équipements compris), le schéma directeur immobilier (SDI) « nouveau CHU de Bordeaux » constitue le plus gros chantier de modernisation et de transformation d'un CHU en France, auquel s'ajoutent environ 400 M€ d'opérations hors SDI dont la construction d'un hôpital Femme Mère Enfant (HFME) pour plus de 200 M€, et des investissements courants pour un montant de 364 M€.

Ce plan d'investissement, étalé sur à peine plus d'une décennie, dépasse en montant la totalité des recettes d'exploitation annuelles du CHU.

La question de l'équilibre économique du projet constitue donc un enjeu majeur. La taille de l'opération projetée exige une grande vigilance en termes de faisabilité et de soutenabilité financières du projet. La contrainte externe, déjà forte, marquée à la fois par un contexte inflationniste persistant et un ONDAM offrant peu de marges de manœuvre, pèsera à l'avenir sur les conditions de financement de l'établissement. Le plus préoccupant réside dans la situation budgétaire du CHU de Bordeaux. Bien qu'historiquement peu endetté, le CHU de Bordeaux fait face depuis la fin des années 2010 à une situation budgétaire dégradée. Les objectifs de redressement que s'était assigné le CHU au sortir de la crise COVID n'ont pas été atteints. Les réalisations de l'année 2024, loin de marquer une amélioration, sont très en deçà de la cible initiale. Ce degré de fragilité supplémentaire est susceptible d'impacter la trajectoire de financement du projet.

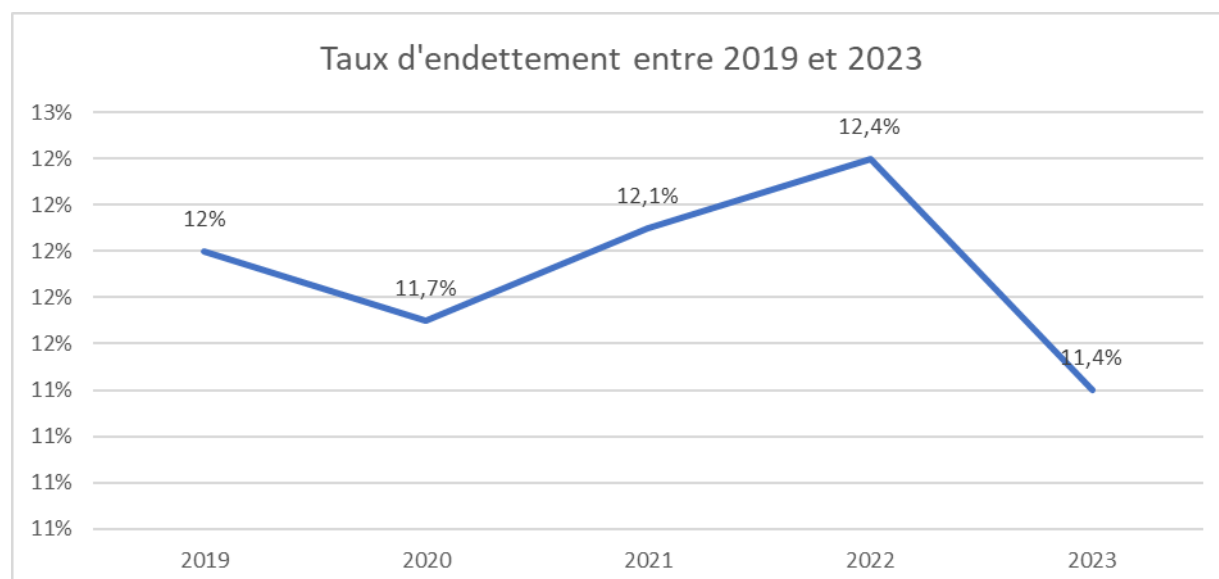
La crédibilité de l'équation financière proposée par le CHU de Bordeaux en termes de tendanciel, d'efficience et de retour sur investissements conditionne donc très largement la soutenabilité économique du programme, sauf à obtenir un plus haut niveau de subvention.

1) Malgré un niveau d'endettement historiquement limité, le CHU de Bordeaux fait désormais face à une situation budgétaire durablement dégradée

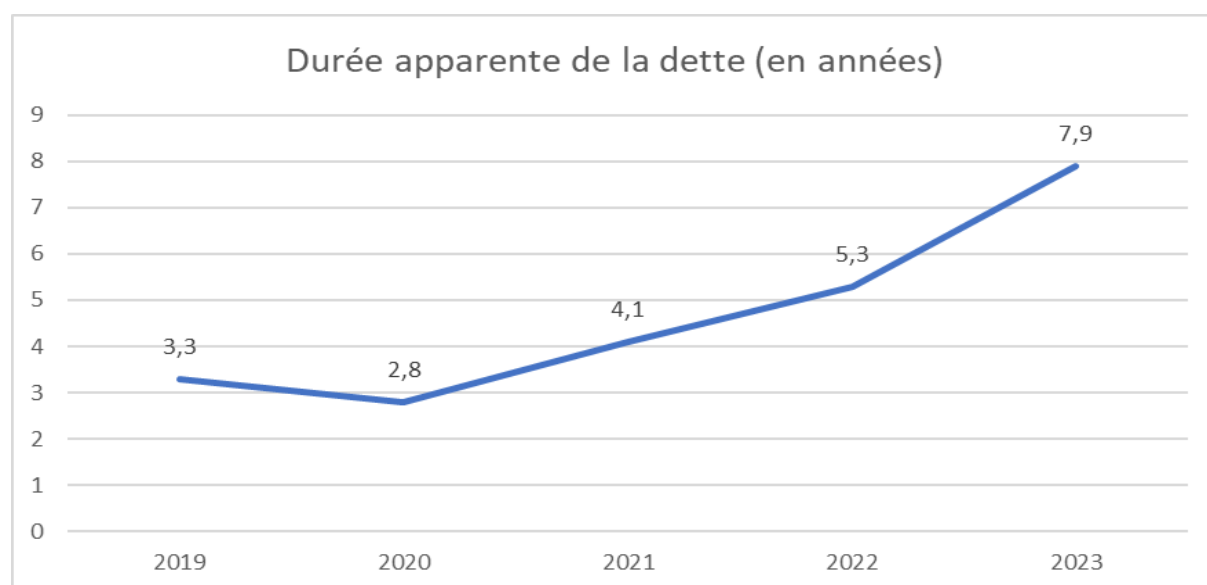
a. Un CHU peu endetté

Le CHU de Bordeaux présente la caractéristique d'être un établissement de santé peu endetté. En 2022 il était encore le 2^{ème} CHU le moins endetté de France. Il est aujourd'hui en deçà des seuils prudentiels pour les 3 ratios réglementaires. Le taux d'endettement est de 12 % en 2023 (au lieu de 30 %), le taux d'indépendance financière est de 38 % (au lieu de 50 %). La durée apparente de la dette est de 7,9 ans (au lieu de 10 ans).

Comme le montre le graphique suivant, le taux d'endettement reste stable au cours des dernières années.



La durée apparente de la dette se dégrade légèrement tout en restant très en dessous du niveau d'alerte (10 ans). Cette évolution, qui reste contenue, illustre moins une augmentation de l'encours de dette (il passe de 148 M€ à 171 M€ entre 2019 et 2023) qu'une détérioration des ratios d'exploitation (la CAF passe de 45 M€ à 22 M€).



Cette maîtrise de l'endettement ne s'est pas faite au prix d'une réduction excessive du fond de roulement. Le fond de roulement est resté supérieur à 30 jours sur toute la période antérieure au PGFP soumis à expertise. Il est passé de 37 jours de charges courantes en 2019 à 33 jours en 2023, permettant un niveau de trésorerie sécurisé.

Les indicateurs patrimoniaux d'endettement et de trésorerie traduisent un important sous-investissement au cours des dernières décennies. L'ampleur du plan d'investissement programmé par le CHU équivaut à ce titre en partie à une forme de rattrapage. Le faible niveau d'encours constitue toutefois un des points forts de l'établissement. Il lui offre une capacité d'endettement importante pour la période à venir.

b. Une situation budgétaire en dégradation constante depuis la fin des années 2010

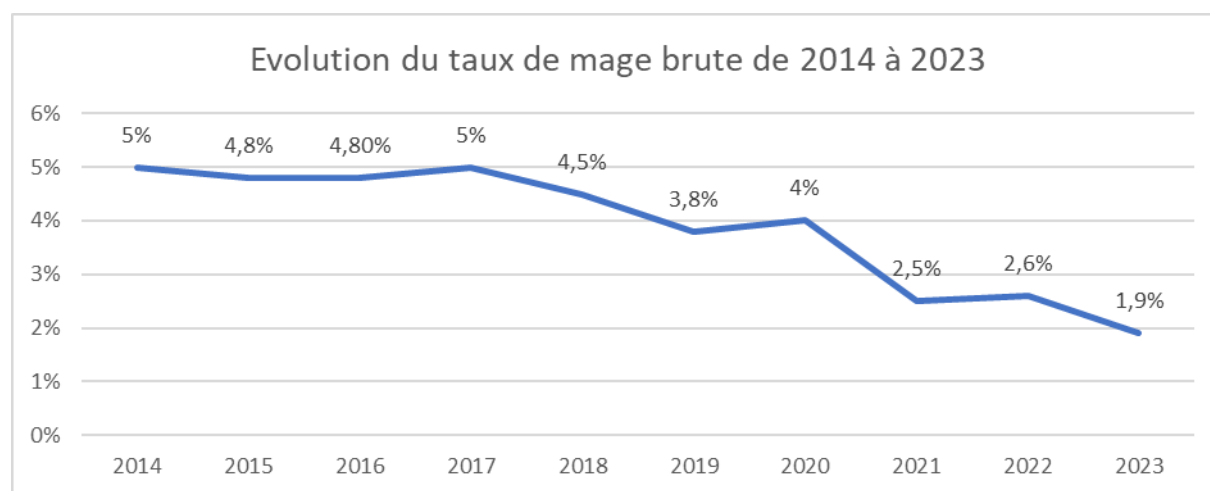
Malgré la bonne tenue des indicateurs de dette, le CHU de Bordeaux est dans une situation budgétaire très fragile. Le cycle d'exploitation du CHU de Bordeaux connaît depuis la fin des années 2010 une détérioration rapide et significative.

Le niveau de performance du CHU de Bordeaux est à ce stade incompatible avec le programme d'investissement tel qu'il est prévu aujourd'hui.

Le rapport d'évaluation socio-économique (RESE) fourni aux contre experts confirme la situation très nettement déficitaire de l'établissement. Le compte de résultat principal est en déficit de 25 M€ en 2023 soit -1,6 %. Le taux de marge brute (aides comprises) n'est que de 1,9 % en 2023. La marge est très inférieure à la moyenne des CHU (2,6 % en 2022 contre 5,2 %). La CAF est de 21 M€.

Le CHU de Bordeaux impute en partie à tort la dégradation des ratios d'exploitation à la crise Covid. Le CHU de Bordeaux n'a certes pas retrouvé son activité antérieure. Les nombreuses fermetures de lits expliquent cette situation. Au début de 2024, le CHU enregistrerait encore 470 lits fermés.

Toutefois si on se place sur un temps plus long, le décrochage budgétaire du CHU de Bordeaux démarre avant la crise sanitaire, à partir de 2017/2018 comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Ce décrochage précoce révèle des fragilités structurelles antérieures à la crise Covid. Le CHU de Bordeaux fait face à deux difficultés aujourd'hui non réglées : une insuffisance d'activité génératrice de perte de chiffre d'affaires et une dérive des dépenses persistante. L'effet de ciseaux apparaît de façon très nette dans les tableaux suivants.

Tableau n° 4 : Évolution des produits par titre

Comptes financiers (en millions d'€)	2016	2017	2018	2019	2020	Écart 16/19	Écart 19/20
Produits versés par l'assurance maladie (titre 1)	858,4	894,1	904,2	936,7	1 017,9	+ 9,2 %	+ 8,7 %
Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)	68,1	66,5	68,5	66,7	59,3	- 2 %	-11,2 %
Autres produits (titre 3)	196,3	214,8	188,3	180,2	179,5	-8,2 %	-0,3 %
Total produits d'exploitation	1 122,8	1 175,4	1 161	1 183,6	1 256,7	+ 5,4 %	+ 6,2 %

Source : Comptes financiers

Tableau n° 5 : Évolution des charges du budget principal de 2016 à 2020

En K€	2016	2017	2018	2019	2020	Evol. 2016/2019	Evol. 2019/2020
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	659 051	673 046	678 754	691 816	741 142	4,9 %	7,1 %
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	312 734	334 196	316 990	327 780	348 827	4,8 %	6,4 %
<i>Titre 3 Charges hôtelières et général</i>	72 963	76 446	76 089	82 027	83 331	12,4 %	1,6 %
<i>Titre 4 Charges d'amortissements, provisions et financements exceptionnels</i>	76 300	86 990	88 794	85 017	92 669	11,4 %	9 %
Total Charges	1 121 048	1 170 678	1 160 626	1 186 640	1 265 969	5,8 %	6,7 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après le tableau A1 H des comptes financiers du CHU

La situation budgétaire du CHU s'est en effet détériorée sur la période pré COVID, en passant d'une situation excédentaire (7 M€ en 2017) à un déficit de 1,5 M€ en 2019 et 8,8 M€ en 2020.

Le décrochage de l'activité du CHU de Bordeaux provient essentiellement d'une diminution des séjours d'hospitalisation de plus d'une nuit.

Le rythme de progression des charges est plus soutenu que celui des produits à compter de 2018. Les dépenses de personnel augmentent à un rythme très élevé sur la période. En tout état de cause, il y a un décrochage entre l'évolution des ETP médicaux et celle de l'activité sur la période 2019-2023 (+13,2% versus +1,4%). La hausse des ETP médicaux n'a donc pas été un levier d'augmentation de l'activité.

c. Les réalisations de l'année 2024 révèlent une situation à la fois plus détériorée que prévu, et préoccupante

Le PGFP associé au projet fourni par le RESE retient comme base d'entrée l'exercice 2024. L'année n°1 constitue la base sur laquelle la trajectoire de financement de l'opération est construite.

Le redressement du compte de résultat attendu en 2024 n'a pas eu lieu, signant ainsi l'échec, à ce stade, d'une stratégie très largement basée sur la réouverture massive des lits et la hausse des recettes T2A.

En 2024 l'écart avec la SMA atteint encore 1,5 % soit près de 10 M€. L'extinction de la SMA à partir de 2025 pèsera sur l'exercice en cours.

Entre 2017 et 2023, la dégradation tendancielle du taux de marge du CHU de Bordeaux était de 0,5 % par an (- 3 points en 6 ans).

Entre 2023 et 2024 (RIA 2), le CHU de Bordeaux perd 1 point de marge (0,9 % vs 1,9 %). Loin de s'inverser, le décrochage observé depuis la fin des années 2010 s'accélère.

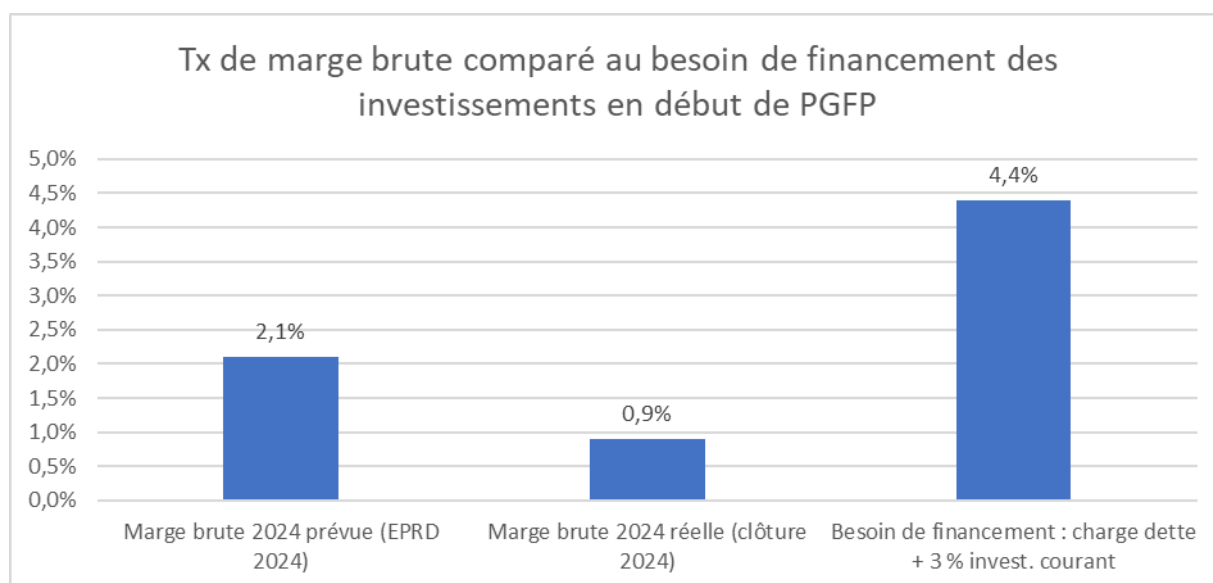
	2023	Prévisions 2024 (EPRD)	Réalisé 2024 (RIA 2)
Résultat net en M€	-24,3	-16,8	-20,9
Marge brute en %	1,9	2,1	0,9
CAF en M€	21,6	28	9,7

Les réalisations qui figureront dans le compte financier 2024 sont particulièrement dégradées, à la fois au regard des niveaux prudentiels et au regard de l'EPRD initial. La marge brute passe de 32,8 M€, soit 2,1 % dans l'EPRD, à 14 M€ soit 0,9 % dans le RIA 2. La base d'entrée du PGFP est ainsi dégradée de 1,2 point par rapport aux prévisions soit 19 M€.

Pour la première fois l'établissement ne dispose plus de la CAF suffisante pour rembourser la dette en capital. La CAF nette est de - 8,1 M€ soit - 0,5 %. Cette situation aurait dû justifier, si elle avait été anticipée, un rejet de EPRD.

La marge brute est la marge dégagée par l'exploitation afin de couvrir l'amortissement des investissements et les intérêts de la dette. L'absence de marge pèse à due concurrence sur la capacité à investir d'un établissement.

La marge brute doit par ailleurs à minima couvrir la charge annuelle de la dette et permettre d'autofinancer au moins 3 % d'investissements courants, sans recourir à de nouveaux emprunts. Or la marge brute du CHU inscrite au PGFP annexé au RESE (soit 2,1 %) ne permet pas en 2024 de couvrir ces 2 agrégats. En 2024 la charge annuelle de la dette atteint 1,4 %. Le besoin de marge est donc de 4,4 % (1,4 % + 3%). La marge cible en début de PGFP est « théoriquement » déficitaire de 2,3 points (4,4 % - 2,1 %). Au vu des réalisations 2024 quasi définitives fournies par l'ARS et l'établissement en avril 2025, la marge brute constatée serait de 0,9 % (non 2,1%). Le déficit réel de marge brute en début de trajectoire atteindrait donc 3,3 % (4,4 % - 0,9 %).



L'amélioration du taux de marge brute constitue un objectif prioritaire du plan de financement de l'opération. Le retour sur investissement (RSI) du projet « nouveau CHU de Bordeaux » et le plan d'efficience associé au PGFP doivent concourir de façon directe à cet objectif.

2) Le redressement nécessaire du cycle d'exploitation repose sur un plan d'actions particulièrement ambitieux associant mesures d'efficience et retour sur investissement

a) Des hypothèses tendanciennes relativement optimistes

Les hypothèses macro budgétaires intégrées dans le PGFP par le CHU de Bordeaux (hors RSI et hors efficience) contribuent à dégager sur la durée près d'un point de marge brute supplémentaire. Près de 15 % du gain de marge total constaté d'ici 2038 s'expliquent par le tendanciel (15 M€ sur 101 M€).

Entre 2024 et 2038, les charges augmentent mécaniquement hors efficience de 38 %, tandis que les recettes augmentent spontanément de 39 %, générant ainsi une plus-value budgétaire d'un point.

Charges - Produits	Evolution 2024-2038
Titre 1	32%

Tire 2	51%
Titre 3	32%
Total charges CRPP	38%
Titre 1	39%
Titre 2	39%
Titre 3	39%
Total produits CRPP	39%

Le postulat d'un gain tendanciel de marge brute (avant RSI) semble peu réaliste. Il est avéré qu'en général la hausse spontanée des dépenses excède celle des recettes dans un contexte d'ONDAM contraint.

Une telle approche revient à considérer comme nulle voire même excédentaire la contrainte externe.

Le CHU reconnaît dans sa réponse que « la ligne directrice a été de minimiser l'impact des mesures tendanciennes ». Le CHU a fait en sorte de « caler la progression des recettes sur les dépenses ».

Le choix des hypothèses semble davantage découler d'une construction à priori que d'une analyse au réel.

Le cadrage macro budgétaire retenu par le CHU repose sur une reprise du tendanciel passé après neutralisation de la période Covid.

DEPENSES :

Le PGFP intègre une hausse moyenne des dépenses de personnel de 2 % par an. Cette hypothèse, sans être particulièrement optimiste, ne laisse aucune marge de précaution. L'impact de la hausse massive du taux de cotisation CNRACL programmé sur les 4 prochaines années (2026-2028) n'est pas pris en compte. Le CHU part du principe qu'elle serait financée à l'euro près, bien qu'aucun engagement n'ait été pris par l'Etat en ce sens au-delà de 2025.

L'évolution mécanique des dépenses de titre 2, fixée à 3 % par an, est calée sur la moyenne 2015-2020.

Les dépenses hôtelières (titre 3) progressent au rythme de l'inflation, estimé à 2 % par an.

RECETTES :

Les recettes d'activité sont basées sur l'ONDAM moyen constaté entre 2010 et 2020 soit 2,4 % par an. En soi ce scénario est en apparence prudent.

Il convient de noter que cette hypothèse de recettes tendanciennes d'activité s'ajoute aux mesures d'optimisation des recettes et au RSI associés au projet.

Au final alors que l'ONDAM comprend par construction l'ensemble des recettes d'assurance maladie, cumulant ainsi la hausse en volume spontanée de l'activité et les actions de développement ciblé, le PGFP du CHU de Bordeaux cumule les deux.

Entre 2024 et 2030, les recettes totales de titre 1 progressent ainsi en moyenne de 3 à 4 % (voire parfois au-delà de 5%), soit au-dessus de l'ONDAM, malgré la baisse importante des MIGAC. Les aides AC à l'investissement chutent en effet de 8 M€ sur la période.

Les recettes subsidiaires (dont les recettes de chambres particulières) augmentent de 2 % par an en moyenne.

Point de vigilance :

Les hypothèses macro-budgétaires sont optimistes. Le tendanciel, qui permet de dégager un point de marge supplémentaire, n'apparaît pas toujours réaliste. Le CHU reconnaît dans sa réponse que « la ligne directrice a été de minimiser l'impact des mesures tendanciennes ».

Recommandation :

Il convient de privilégier une approche au réel. L'impact potentiellement négatif devra faire l'objet d'une réponse adaptée (compensations en termes de RSI, subventions etc...).

b) Les gains d'efficience et le retour sur investissement sont évalués au total à 87 M€

Il est peu aisé de différencier les mesures d'efficience au sens strict des mesures directement rattachées au projet.

Impact cumulé RSI	Fiches RSI Opérations étape 3 strictement	Fiches RSI hors étape 3 (Pellegrin + odontologie + IPB + blanchisserie)	Fiches RSI Opérations mixtes Tout CHU (Avant-après projet)	Total des fiches
Impacts dépenses	+28,6 M€	+25,8 M€	-12,7 M€	+41,7 M€
Impacts recettes	+48,5 M€	+60,0 M€	+2,2 M€	+110,7 M€
Impacts marge	+19,9 M€	+34,2 M€	+14,9 M€	+69,0 M€

Certaines fiches actions présentées dans le RSI sont sans

rapport avec le projet (identifiées comme « avant-projet »), certaines sont mixtes (« avant et après projet ») comme la fiche 111 (fonction accueil admissions), certaines sont hors champ SDI, ou hors champ de la contre-expertise (exemple de la fiche recette 13 IBP, l'IBP n'étant pas dans le champ SGPI).

Cette approche ne permet pas de dégager de façon nette un RSI propre à l'opération soumise à contre-expertise. L'évaluation du RSI interviendra donc à l'échelle du PGFP entier.

En ce qui concerne les fiches RSI avant-projet, le souhait du CHU est de faire un focus sur les mesures prises afin de remonter le niveau de marge en amont de l'opération, pour contribuer à la soutenabilité globale, en attendant les impacts RSI des nouveaux investissements.

Pour ce qui concerne les fiches RSI après projet : le périmètre de la contre-expertise englobe le projet Nouveau CHU comprenant le Sud en étape 3 et le site Pellegrin en étape 1.

Les fiches actions montrent un RSI essentiellement orienté recettes. Les économies de dépenses sont minoritaires, comme le montre le tableau suivant.

La part prépondérante des recettes dans le RSI constitue une fragilité. L'optimisation du cycle d'exploitation repose en grande partie sur la hausse d'activité.

MESURES AVANT PROJET :**-recettes :**

Cinq types d'actions sont concernés : facturation des médicaments et dispositifs médicaux, facturation des actes de biologie, amélioration du codage en imagerie, réouverture massive du capacitaire sur le groupe Pellegrin et sur le GH Sud à échéance 2027 afin de retrouver le nombre lits ouvertes avant la crise Covid.

-dépenses :

Sept mesures sont prévues avant la mise en œuvre du projet : juste prescription des médicaments, optimisation des dépenses de biologie, efficience de la maintenance biomédicale, optimisation des transports, maîtrise des

dépenses d'énergie, dématérialisation, modernisation des fonctions accueil et admissions (cette action comprend également des mesures post projet).

MESURES APRES PROJET :

-recettes :

Le projet génère 6 types de gains : construction de l'IBP et concentration sur un seul site des activités, construction de la nouvelle blanchisserie, construction d'un nouveau bâtiment d'odontologie incluant une hausse des fauteuils de 55 à 80, nouveaux parkings, construction sur le site Sud de l'U2TCD et rénovation du bâtiment de cardiologie, rénovation du tripode (incluant des actions avant et après projet).

-dépenses :

Les baisses de charges associées au RSI comprennent 11 actions : restructuration et modernisation de la restauration, optimisation des flux logistiques entre les sites, modernisation et optimisation des plateaux de consultations et médico-techniques, modernisation des fonctions accueil et admissions, construction des nouveaux bunkers, construction de l'IBP, construction de la nouvelle blanchisserie, automatisation de la pharmacie, nouveau bâtiment d'odontologie, réorientation des activités de Saint André, relocalisation de la direction générale

CONCLUSION CONCERNANT LES CHARGES ET RECETTES RSI AVANT ET APRES PROJET :

Le RSI proposé est correctement documenté.

Son caractère très ambitieux constitue une des caractéristiques du projet d'autant que 82 % des gains de marge sont réalisés sur la première moitié du PGFP.

Les gains de marge sont tels, qu'en l'espace d'une décennie le CHU de Bordeaux passerait de la 27ème place parmi les CHU à la 11ème place (source : Base comparative du CHU de Rouen).

Dans tous cas, le sujet de la faisabilité et de l'effectivité du plan d'actions proposé pose question. Le pilotage des actions d'efficacité constituera un enjeu et un facteur de réussite déterminants du projet.

La part du RSI directement imputable au capacitaire (réouverture des lits avant-projet et augmentation du capacitaire après projet) est particulièrement massive, constituant de fait un point de vigilance et de fragilité, malgré l'effort de sincérité et de transparence du CHU de Bordeaux sur ce volet. Le CHU a en effet tenu compte des augmentations de dépenses, notamment de personnel, inévitablement associées aux hausses capacitaires. Elles viennent bien en déduction des produits prévus.

Au total les fiches 22 et 23 du RSI, basées sur la seule réouverture des lits, génèrent 29 % du gain de marge global net affiché par le PGFP, soit 25 M€.

En M€	Actualisation Etape 3	
Impact marge brute	101,3	
Dont Hypothèses macro budgétaires	14,1	14%
Dont Impact du Projet	87,2	86%
<i>Dont fiches 22 et 23 (réouverture lits)</i>	<i>25,25</i>	<i>29%</i>

Les recettes supplémentaires brutes engendrées par la hausse globale du volume de lits (sans tenir compte des effectifs supplémentaires prévus à ce titre) s'élèvent à plus de 130 M€ dont 57 M€ au titre de la réouverture des lits fermés jusqu'en 2024, et 69,5 M€ au titre du nouveau capacitaire.

La réalisation du programme de réouverture des lits à fin 2024, bien que significative, reste en-deçà des prévisions (sous exécution à hauteur de 30 lits en 2024, fermeture conjoncturelle de 50 lits sur 3 sites). Le compte financier 2024 anticipé, basé sur le RIA 2, est marqué par une nouvelle dégradation de la situation financière du CHU malgré le contexte de forte réouverture des lits. Cet état de fait interroge sur l'efficacité et la crédibilité d'une telle politique.

Comme toute stratégie de redressement principalement assise sur les recettes, elle présente un niveau de risque important.

En cas de non réalisation des recettes associées au capacitaire, la trajectoire budgétaire du CHU, et la soutenabilité financière du projet, seraient nettement fragilisées.

L'optimisation des dépenses de titre 2 (médicaments, dispositifs médicaux, examens de biologie) constitue également l'une des principales mesures du plan d'efficience proposé par le CHU. Elle doit générer à elle seule au total 10 M€ de gain par an soit 10 % environ du RSI. Deux fiches actions sont consacrées à cette thématique. Ces deux fiches présentent un niveau assez élevé de criticité et de complexité. Le pilotage du plan d'actions « titre 2 » mis en place par le CHU se veut renforcé. Il repose sur un courrier PCME et DG CHU à chaque chef de pôle de demande de réalisation d'un plan d'actions sur chacun des services du pôle sous 3 mois, une rencontre de chaque bureau élargi de pôle en lien avec le pharmacien référent, un contrat de pôle introduisant un intéressement à la maîtrise du titre 2, un dialogue de gestion « spécial titre 2 » 2 fois par an avec chaque pôle. Cet axe d'amélioration est identifié depuis plusieurs années. Il est constaté pourtant à la fois une progression annuelle prévue à l'EPRD systématiquement supérieure à celle prévue pour les recettes de T2A, un écart également systématique entre la prévision budgétaire et la réalisation, une progression annuelle élevée et constante, et enfin un poids important du titre 2 dans l'ensemble du budget (par rapport aux autres CHU). Le risque de non réalisation effective de la mesure est avéré au regard de la trajectoire récente, le CHU n'ayant jamais su démontrer sa capacité à infléchir la tendance.

Point de vigilance :

Le PGFP et le RSI reposent de façon trop large sur la hausse des produits. Par ailleurs la principale fiche action en dépenses repose sur une réduction de la prescription de médicaments et d'examens de biologie elle-même par construction peu pilotable par la direction car fortement dépendante des pratiques médicales

Recommandations :

Il convient de sécuriser le volet recettes d'activité et le volet prescriptions en associant de façon très étroite la communauté médicale. Les objectifs devront être contractualisés. Les modalités de cette contractualisation spécifique devront être précisées, incluant un fort volet intéressement.

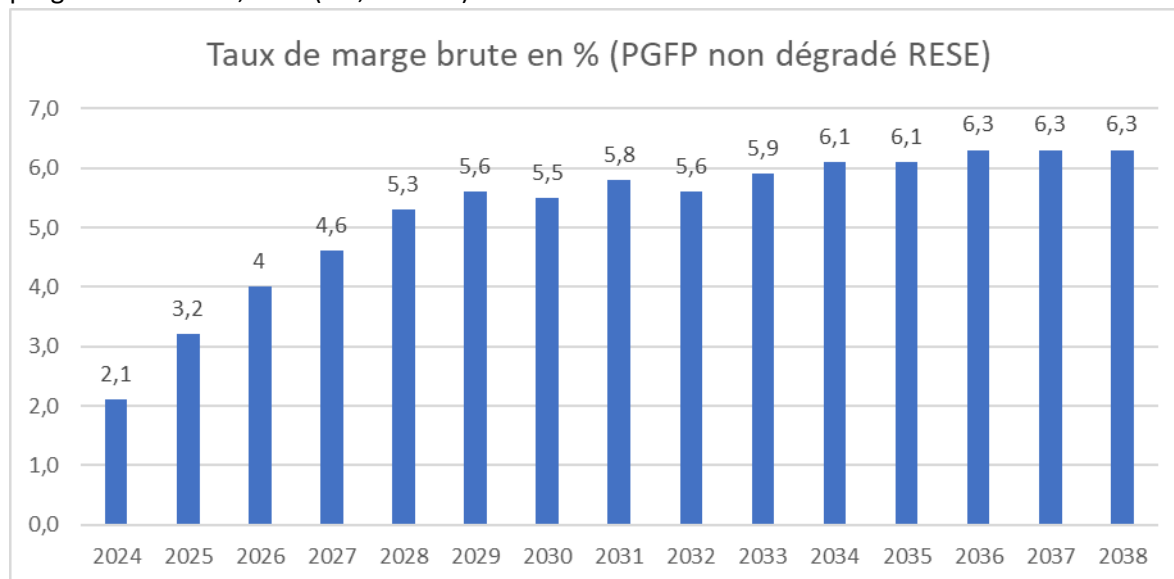
3) Fragilisé par une situation budgétaire plus dégradée que prévu en début de période, l'objectif de soutenabilité financière du projet affiché par le CHU de Bordeaux implique des mesures correctrices rapides et adaptées

a. La trajectoire pluriannuelle fournie par l'établissement et annexée au RESE, qui ne tient pas compte des réalisations 2024, affiche une nette amélioration du cycle d'exploitation au terme du projet (CAF, marge etc...)

Le PGFP annexé au RESE ne tient pas compte des réalisations 2024. Dans un premier temps c'est sur la base de ce PGFP que sera évaluée l'évolution du cycle d'exploitation sur la durée du projet. L'impact du résultat 2024, encore provisoire à ce stade, sur la trajectoire de financement du CHU, fera l'objet d'un paragraphe spécifique.

Le redressement spectaculaire de la marge brute de l'établissement permet de couvrir les surcoûts du projet et la capacité à renouveler les investissements courants.

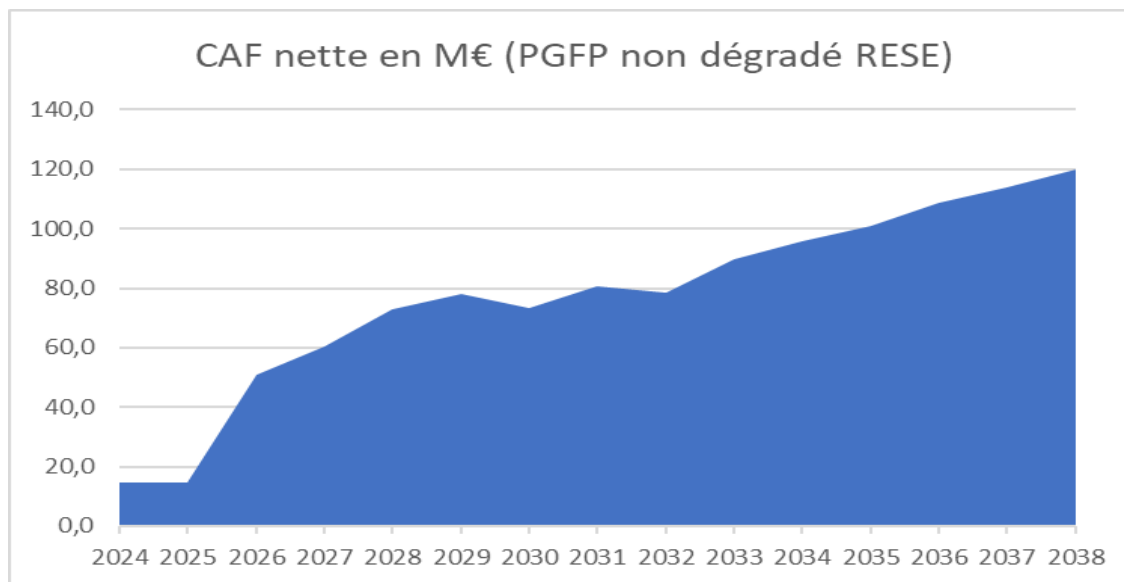
La marge brute, aides comprises, au niveau entité juridique, passe de 33 M€ (2,1 %) à 145,6 M€ (6,3%) soit une progression de 112,6 M€ (+ 4,2 Points).



La marge brute doit couvrir les amortissements et les frais financiers. En début de période l'équilibre n'est pas assuré. La marge brute (33 M€) ne finance pas le cumul annuel des amortissements et des intérêts de la dette (55,1 M€ en 2024). Grâce aux recettes permises par la réouverture des lits, la marge couvre les amortissements et les frais financiers dès 2026 (68,8 M€ vs 54,8 M€). En 2030, le surplus atteint 22 M€ (103 M€ v 81 M€). En 2038, il dépasse 42 M€ (145,7 M€ vs 103 M€). Dans une telle configuration, l'excédent de marge sur les amortissements et les intérêts de la dette engendre un résultat net positif. C'est le cas concernant le CHU de Bordeaux. Son résultat comptable consolidé passe de - 16 M€ en 2024 (PGFP initial) à + 57,2 M€. Le résultat en 2038 (+ 57,2 M€) dépasse même l'écart sur marge (42 M€). Ce différentiel favorable s'explique principalement par le virement de la quote-part des subventions allouées dans cadre du projet au compte de résultat.

Le PGFP montre que le CHU de Bordeaux est en capacité de financer les engagements passés et futurs en termes d'investissements :

-La CAF enregistre une amélioration spectaculaire. Elle progresse de 111,5 M€ pour atteindre 141,5 M€ contre 30 M€ en 2024. La CAF dépasse le montant des amortissements dès 2026 (66,2 M€ vs 51 M€). La CAF nette du remboursement en capital de la dette est positive sur toute la période et dépasse 100 M€ après 2035.



-La marge dégagée par l'exploitation, grâce au RSI du projet, permet de financer sans recourir à l'emprunt à la fois la charge annuelle de la dette, c'est-à-dire le remboursement en capital et les frais financiers, et la cible d'investissements courants fixée à minima à 3 % par le CNIS. En début de PGFP, le ratio n'est pas atteint. Le besoin de financement sur la base du PGFP initial est de 2,3 points. En effet la marge brute (2,1 %) ne couvre pas la charge de la dette (1,4 %) et le socle minimal d'investissements courants (3 %). En fin de trajectoire, le besoin est largement couvert : la marge brute (6,3 %) dégage un surplus de 2 points au regard de la charge annuelle de la dette et des investissements (4,3 %). L'équilibre est atteint à partir des années 2030.

b. Le PGFP initial fait apparaître une dette maîtrisée

Le CHU de Bordeaux, CHU historiquement peu endetté, dispose de marges d'endettement supplémentaires importantes.

Toutefois la trajectoire choisie par le CHU opte pour un recours modéré à l'emprunt.

La part des emprunts dans le financement des opérations relevant du périmètre SDI dépasse à peine 30 % soit 334 M€ sur 1 101,7 M€ d'investissements.

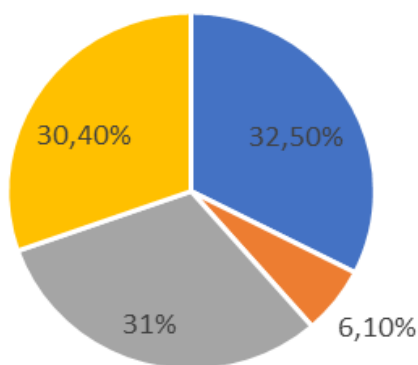
Ce choix est possible grâce à la hausse rapide de la CAF. La CAF est une composante importante du plan de financement. Le rôle décisif de la réouverture des lits est une fois de plus à noter. Les gains RSI interviennent principalement en début de période et même pour certains, avant même le projet. Si le niveau d'autofinancement est faible en tout début de PGFP, au vu de la situation dégradée de l'établissement, il augmente de façon significative après 2025 et 2026. Au moment où les principaux décaissements liés au projet arrivent, le CHU dispose déjà d'une CAF suffisante pour autofinancer une partie des immobilisations. Les principales tranches de travaux du SDI interviennent après 2028. Le pic apparaît sur deux années : 2029 et 2030

La CAF nette représente ainsi près du tiers (32,5 %) du plan d'investissement SDI.

Les cessions d'actifs (67,7 M€) occupent une part limitée (6,1 %)

La puissance publique subventionne l'opération à hauteur de 342 M€ soit 31 %. Les aides Ségur représentent un montant de 281 M€. Les versements sont censés s'étaler de 2025 à 2030. Les aides régionales FIR s'élèvent à 51 M€. Un aide de 10 M€ complémentaires sera allouée par le RFB.

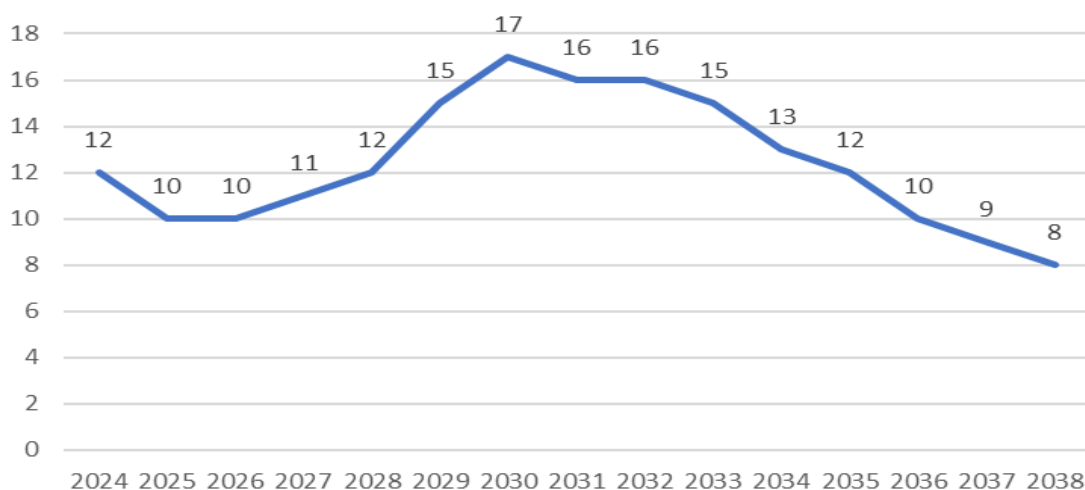
Plan de financement des immobilisations (périmètre SDI)



■ CAF nette ■ Cessions d'actifs ■ Subventions (Séjour et autres) ■ Emprunt

Cette répartition en 3 tiers (un tiers d'autofinancement, un tiers de subventions et un tiers de recours à l'emprunt) permet de maintenir les ratios d'endettement en deçà des valeurs prudentielles. Le pic d'endettement est atteint en 2031 avec 319 M€ d'encours, à comparer à 171 M€ fin 2023 et 184 M€ fin 2038. La dette dépasse 300 M€ durant seulement 4 ans. Le taux d'endettement reste constamment sous la barre de 30 %. Le pic est atteint en 2030 avec une marge de précaution de 13 points au regard du seuil réglementaire. Le point le plus haut du taux d'indépendance financière se situe 20 points en dessous du maximum recommandé par le code de la santé publique (30,8 % en 2030 vs 50 %).

Taux d'endettement en % (PGFP non dégradé)



Cette situation d'endettement maîtrisée ne se fait pas au prix d'un prélèvement excessif sur le fond de roulement. Il passe de 32 jours en 2024 à 36,5 jours en 2038. Toutefois il reste durablement bas entre 2027 et 2037 soit une fourchette entre 20 et 25 jours, laissant une marge de trésorerie proche de 10 M€ (soit seulement 2 jours de fonctionnement) contre 30 M€ en début de PGFP.

Point de vigilance :

Le PGFP fait apparaître un niveau de trésorerie anormalement bas entre 2027 et 2037

Recommandation :

Augmenter le fond de roulement pour sécuriser la trésorerie sur l'ensemble de la période y compris après 2027

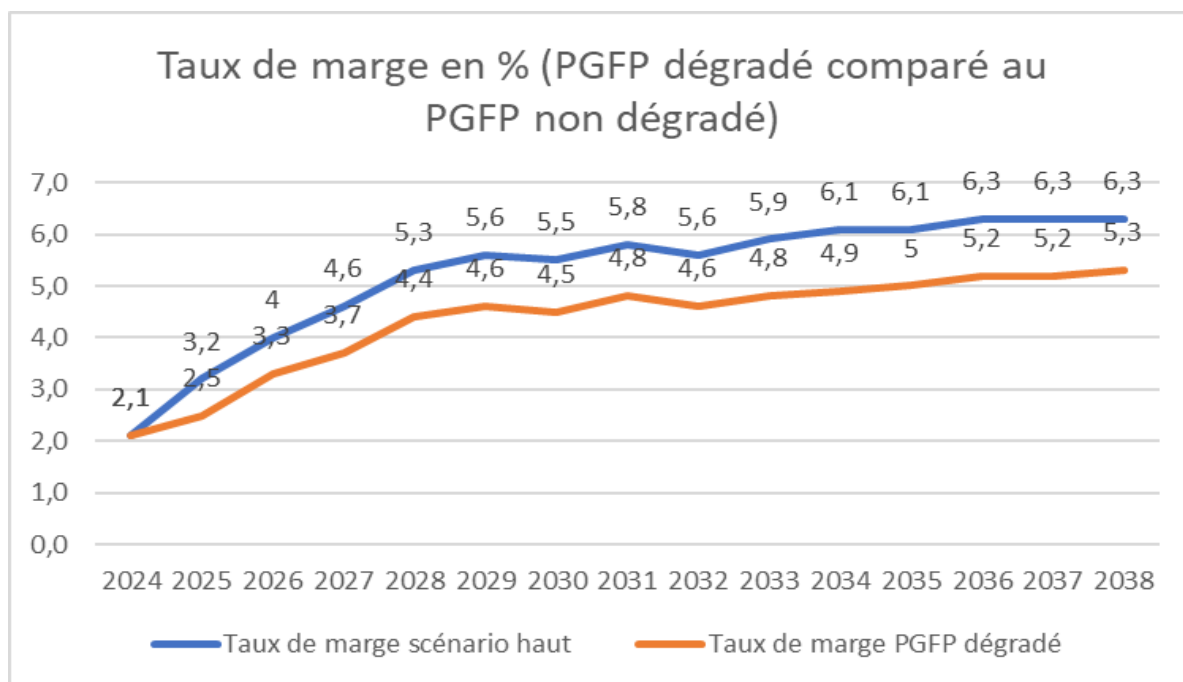
c. Même basé sur des hypothèses de RSI dégradées, le plan de financement initial transmis aux contre experts reste en apparence soutenable

Le CHU de Bordeaux a fait un effort particulièrement documenté d'identification des différents types de risques susceptibles d'affecter le plan pluriannuel de financement : réalisation des actions du RSI, risque financier, risques exogènes, endogènes etc...Chaque type de risques a fait l'objet d'une cotation en fonction du degré de gravité et en fonction de la probabilité d'occurrence. Un plan de maîtrise des risques a été établi. Par ailleurs chaque action considérée comme risquée au regard du mécanisme de cotation a été testée en mode dégradé avec un abattement de 50 % du gain associé à la mesure.

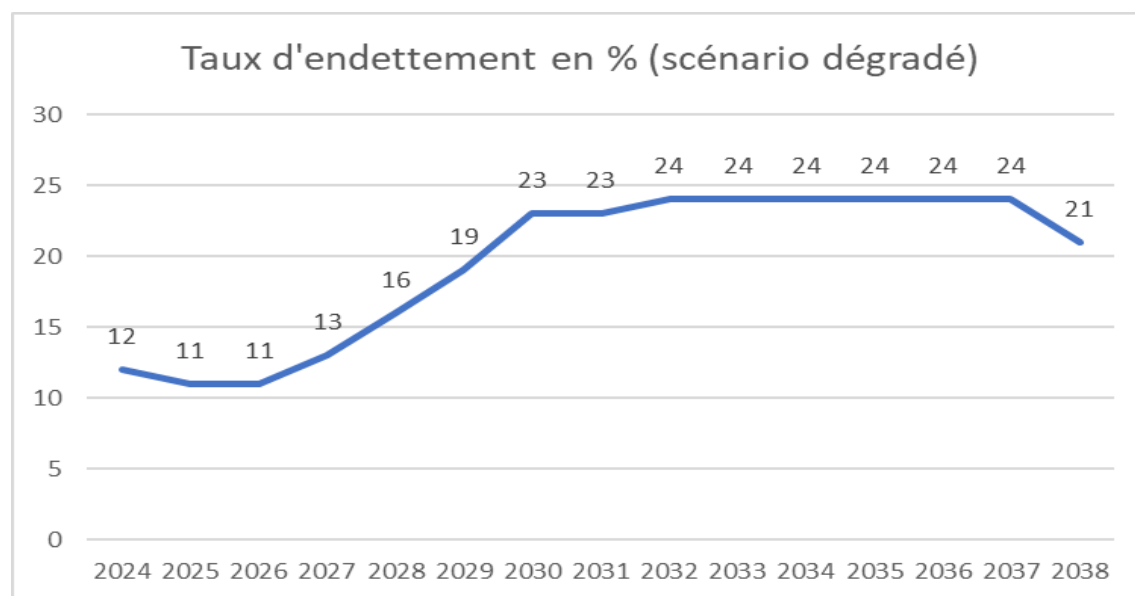
Figurent entre autres parmi ces actions à risque : la réduction des dépenses de titre 2 et l'ensemble es 4 fiches dites « capacitaires » (augmentation avant-projet du nombre de lits suite à réouverture des lits fermés pendant la crise Covid sur les 2 établissements, augmentation du capacitaire après projet sur les 2 sites).

Les gains cumulés associés à ce scénario sont réduits sur la période 2025-2038 de presque 300 M€ (620 M vs 910 M€).

L'impact est significatif. La CAF en fin de PGFP passe de 140 M€ à environ 100 M€ soit - 29 %. La marge brute est impactée plus lourdement en fin de PGFP : 5,26 % dans le scénario dégradé contre 6,31 % dans le scénario cible. De même la dette atteint un plateau supérieur à 500 M€ entre 2034 et 2037 contre 300 M€ dans le PGFP de base.



Toutefois, même dégradé, le scénario prudentiel reste conforme aux critères de soutenabilité. La marge brute ne permet certes plus totalement de couvrir la charge annuelle de la dette et les investissements courants (5,7 % de besoin de financement à comparer à 5,3 % de marge brute). Mais l'écart (0,4 point), très limité, relève de la marge d'erreur. L'encours de dette progresse nettement (485 M€ en 2038 contre 184 M€ dans le scénario non dégradé) mais l'indépendance financière reste en dessous de 50 %. Le pic est atteint en 2037 avec seulement 44,5 %. Le taux d'endettement reste en dessous de 30 % sur l'ensemble du nouveau PGFP. La courbe ne dépasse jamais 24 % y compris en fin de période.



d. La poursuite de la dégradation de la situation budgétaire du CHU de Bordeaux, non prévue, exige à la fois une correction de la trajectoire pluriannuelle de financement initiale affichée par l'établissement, et un plan d'actions ciblé

Outre le risque de non réalisation des hypothèses du RSI, un autre risque, non testé dans le PGFP « hypothèse basse » est celui d'une base d'entrée dégradée par rapport aux prévisions.

Or ce risque non seulement existe mais il s'est réalisé. Le PGFP du scénario dégradé a été élaboré sur la base d'une prévision 2024 très largement obsolète.

Il convient de rappeler que le compte financier anticipé 2024 du CHU de Bordeaux présente un écart majeur par rapport à l'EPRD initial sur lequel les deux PGFP transmis à l'appui du RESE (dégradé et non dégradé) ont été fondés. Le taux de marge effectif sera proche de 0,9 % soit 1,2 points de moins que prévu au budget (2,1 %). Les perspectives de clôture 2024 quasi définitives prévoient une CAF de 9,7 M€ contre près de 30 M€ dans les 2 PGFP annexés au RESE. La CAF nette 2024 réelle est même négative de 8 M€ (-0,5 %).

Au vu des réalisations de l'année 2024 et des critères définis par le code de la santé publique, le CHU de Bordeaux est de fait éligible à un plan de redressement.

Dans le cadre de cette contre-expertise, et à la demande des contre experts, le CHU de Bordeaux a fourni en avril 2025 une nouvelle version de PGFP. Toutefois elle présente deux écueils. Elle est d'abord basée sur le rapport infra annuel numéro n°1 (RIA 1), certes moins optimiste que l'EPRD mais nettement plus favorable que les données quasi définitives du RIA 2, estimées en tenant compte de l'exécution à fin décembre. Le RIA 2 et le RIA 1 présentent en effet un différentiel de marge de 0,4 point. La marge brute déduite du RIA 1 est de 1,3 %. La marge brute déduite du RIA 2 est de 0,9 %. Elle est ensuite basée sur des hypothèses non dégradées, donc sur des hypothèses hautes.

Le PGFP RIA 1 adressé par le CHU en avril 2025 aux contre-experts, bien que basé sur un scénario de RSI maximal, fait apparaître une trajectoire nettement moins favorable que le PGFP initial, compte-tenu d'un effet marge. Globalement, les réalisations sont assez proches, malgré les hypothèses de RSI du PGFP non dégradé, des réalisations du PGFP dégradé proposé par le RESE. La marge brute en fin de période est de 5,5 % (contre 5,3 % dans le PGFP dégradé du RESE). Le ratio de marge est certes très inférieur au PGFP non dégradé du RESE (6,3 %) mais reste à un niveau de soutenabilité voisin du PGFP dégradé initial. Le taux d'endettement est également moins favorable que celui qui découle du PGFP non dégradé (l'encours en 2038 est de 450 M€ contre 184 M€), mais reste proche du PGFP dégradé du RESE (485 M€). Le taux d'endettement ne montre pas d'alerte majeure en termes de soutenabilité. Dans les deux cas (scénario post RIA 1 et PGFP dégradé fourni à l'appui du RESE), le taux d'endettement reste inférieur à 30 % avec un pic de 24 %.

Toutefois, le PGFP basé à la fois sur des hypothèses basses, dites « stressées », dans les faits largement plus probables, et sur les réalisations du RIA 2 2024, donc détériorées, n'a pas été testé.

La trajectoire potentielle d'un PGFP post RIA 2 prudentiel (intégrant des hypothèses de RSI basses) peut être reconstituée à partir des éléments du PGFP dégradé fourni par le CHU dans le cadre du RESE afin d'estimer le niveau réel de risque et le taux d'effort à fournir.

La prudence nous oblige donc à estimer approximativement l'impact d'une trajectoire fondée sur une base d'entrée réelle nettement plus déficitaire, incorporant à la fois un taux de marge fin 2024 de seulement 0,9 % (RIA 2 2024) et les hypothèses basses du scénario dégradé.

Toutes choses égales par ailleurs, la marge brute en fin de période passerait à 4,1 % (le taux de marge du PGFP dégradé du RESE, c'est-à-dire 5,3 %, moins l'écart de marge en base d'entrée c'est-à-dire 1,2 point). Ce taux de marge brute ne permet plus de couvrir la charge annuelle de la dette et les investissements courants (5,7 %). En réalité cette insuffisance est estimée à minima, la moindre CAF nécessairement constatée sur la période engendrant par construction un besoin d'endettement plus important que seul un nouveau PGFP construit sur de nouvelles bases pourrait évaluer de façon fine. Toutefois l'ordre de grandeur est valide.

En base d'entrée du PGFP, la CAF présente un delta négatif d'environ 20 M€ par rapport au PGFP officiel (non dégradé ou dégradé) annexé au RESE (environ 10 M€ de CAF fin 2024 contre environ 30 M€ dans le PGFP initial). A minima (sans prendre en compte les frais financiers générés par cette nouvelle dette) l'endettement supplémentaire sur la période du PGFP (14 ans) serait de 280 M€. L'encours de dette en fin de période serait de 765 M€ (485 M€ pour le scénario du PGFP dégradé du RESE + 280 M€). Le taux d'endettement serait de 35 %. Il atteint même un sommet à près de 40 % en 2036 et 2037. Le plafond prudentiel de 30 % est donc potentiellement dépassé.

Point de vigilance :

Le non-respect de la cible EPRD 2024 affaiblit de façon très significative la trajectoire de financement du projet. La probabilité est forte que les objectifs extrêmement ambitieux du RSI ne soient par ailleurs pas atteints à 100 %. La non-performance du cycle d'exploitation constatée en début de PGFP, plus grave que prévu, couplée à un risque important de non réalisation des cibles d'efficacité, constituent un élément de fragilité majeur du dossier. L'absence de redressement de la trajectoire telle qu'elle est engagée compromettrait sérieusement la soutenabilité du projet compte-tenu de sa dimension exceptionnelle, au sens architectural et financier du terme

Recommandation :

-Actualiser le PGFP en tenant compte des réalisations les plus récentes (PGFP dégradé et non dégradé).
-Engager très rapidement un plan d'actions et arrêter les mesures correctrices qui s'imposent afin de rattraper en tout ou partie le retard de marge constaté en début de PGFP. Ce plan d'actions devra s'ajouter au RSI du projet.