

Rapport au Secrétaire général pour l'investissement

Projet Nouvel hôpital de Dreux

Porté par le centre hospitalier Victor Jousselin

Contre-expertise SGPI

Novembre 2025



Table des matières

CADRE DE L'EXPERTISE	4
Processus d'instruction du dossier	4
Avis sur les volets Offre de soins, capacitaire et financier	5
Documents expertisés	5
LE PROJET DANS L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE	6
Présentation du Centre Hospitalier de Dreux (CH Victor Jouselin).....	7
Un territoire de proximité spécifique et contraint	7
Un établissement de recours orienté majoritairement vers le non-programmé.....	9
Un projet médical aligné avec les priorités régionales.....	11
Conclusion – LE PROJET DANS L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE.....	11
LES PROJECTIONS D'ACTIVITE ET CAPACITAIRE.....	12
Conclusion – LES PROJECTIONS D'ACTIVITE ET CAPACITAIRE	15
COUT ET CONDITIONS DE SOUTENABILITE DU PROJET.....	17
Situation budgétaire du Centre Hospitalier de Dreux	17
Analyse des hypothèses d'évolution des recettes retenues dans le cadre du PGFP.....	19
Analyse des hypothèses d'évolution des charges retenues dans le cadre du PGFP.....	22
Analyse des hypothèses d'évolution du tableau de financement et du bilan retenues dans le cadre du PGFP.....	25
Conclusion – COUT ET CONDITIONS DE SOUTENABILITE DU PROJET	25
RECOMMANDATIONS.....	25
Avis sur l'immobilier	27
Documents expertisés	27
Présentation du dossier.....	28
CONTENU DU PROJET.....	28
Fondements de l'opération	28
Parti général d'aménagement	29
Dimensionnement du projet	36
Organisation des locaux et des espaces	37
Aménagement, équipement des locaux, spécifications techniques	39
Prise en compte des enjeux environnementaux.....	40
Principes retenus en matière de standardisation, de mutualisation et de modularité des locaux.....	41
CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DU PROJET	42

Moyens mis en œuvre	42
Méthodologie et moyens déployés pour conduire la concertation	42
Montage opérationnel.....	42
EVALUATION DU COUT DE L'OPERATION	46
RESPECTS DES ATTENDUS EXPRIMES PAR LE COPIL EN PHASE 2.....	47
CONCLUSION GENERALE	48
RAPPEL DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	49

CADRE DE L'EXPERTISE

Processus d'instruction du dossier

Conformément au processus d'instruction des dossiers d'investissement mis en place par le ministère de la Santé pour le « Ségur de la Santé », l'opération a déjà été soumise à deux reprises à l'avis du COPIL, pour les étapes 1 et 2. Le COPIL a prononcé dans ce cadre l'opportunité et l'éligibilité du projet en formulant à chaque fois des recommandations.

Les recommandations précisées au terme de la phase 2, et dont le respect constitue de fait un préalable à la validation attendue à l'issue de la présente contre-expertise et de l'avis du SGPI qui en découlera, prennent la forme de quatre attendus, dont deux concernent le volet immobilier du dossier.

L'appréciation du respect de ces recommandations figure dans un paragraphe spécifique placé ci-après au terme de l'analyse complète du dossier.

Avis sur les volets Offre de soins, capacitaire et financier

Documents expertisés

La présente expertise a été conduite à partir de l'examen des pièces qui ont été remises aux contre-experts et dont le contenu traite, de façon exclusive ou partielle, du projet immobilier dans l'ensemble de ses composantes. Il s'agit exhaustivement des documents suivants :

- Rapport d'évaluation socio-économique préalable (RESE) du 30 janvier 2025 : document « *RSE préalable DREUX.pdf* »
- DOC 1 -Diagnostic territorial Eure-et-Loir VF
- DOC 2 -CSIS suivi activité_2019_2023
- DOC 9 simulation plateau cg v1
- DOC 12 FILIERE GERIATRIQUE CH DREUX
- DOC 14 Bilan activité pôle médico technique
- Doc 15 annexe durée moyenne d' ; intervention
- DOC 15 pôle chirurgie
- Doc 17 Renforcement du lien ville et volet ms rév 1
- doc 18 -rév 1 hypothèses activité v 20241101 vf
- doc 18 -rév 3 hypothese activite pour doc ars
- Doc 19 rév 1 sécurisation des risques financier CH V3 16022024
- DOC 20 rév3 projection_capacitaire_lits_et_placesV08022024
- Doc 22 Absentéisme RH - analyse 2022 – 2023
- Doc 26 CHD Maquettes 2022 CSIS 120124
- Doc 27 Stratégie 3 Pôles version envoi CSIS 151
- Doc 29-evolution des ETP nouvel hôpital PNM logistique version finale
- DOC 34 Valorisation absentéisme IDE - IBODE - IADE - vac HS CET
- DOC 35 Effectifs PM CSIS
- 2024_10_25_Capacitaire retenu PCME
- Contrat d' ; avenir
- 2024_12_11_TRAJECTOIRE MACRO MAJ T2A
- Estimations financières du projet : documents « *DOC 31 - CH DREUX - Estimation Ceris CH Dreux - VF 20.11.2023.pdf* » et « *DOC 32 PRP V5 211123.pdf* »
- Avis du COPIL, étapes 1 et 2 : documents « *CH Dreux-Avis étape 1 COPIL 23 06 2022.pdf* » et « *CH Dreux Avis COPIL 28 03 2024 Etape 2 VF.pdf* »
- Avis étape 2 du CSIS : document « *RAPPORT PROJET CH DREUX ETAPE 2 final.docx* »
- Rapport de réponses de l'établissement aux attendus formulés par le CSIS le 28/03/2024 : document « *Réponses Attendus CSIS pour étape 3. 10-01-2025.pdf* ».
- Réponses apportées par l'établissement aux questions des contre-experts : document « *Réponse Questions et remarques contre-expertise SGPI V1 (002).pdf* » et ses annexes :
 - 28 CF 2023 CH DREUX Tableaux règlementaires
 - 28 CH DREUX-RIA2-2024
 - ANNEXE 4 - DOC 1. TRAJECTOIRE FINANCIERE
 - ANNEXE 4 - DOC 2. Rapport de cadrage (EPRD - PGFP)
 - ANNEXE 4 - DOC 3. Analyse des risques
 - ANNEXE 4 - DOC 4. Plan Prévisionnel d' ; Investissement
 - ANNEXE 5 - EPRD - PGFP 2025-2034

- ANNEXE 6 - DOC 1. Compte financier 2024 Format ANCRE
- ANNEXE 6- DOC 2. Rapport du Compte financier 2024
- ANNEXE 7 - Rapport du RIA 2 2024
- ANNEXE 8 - DOC 1 -ACTIVITE REELLE A FIN MAI 2025
- ANNEXE 8 - DOC 2 -ACTIVITE EXTERNE 2025 A M5 ET 2024
- ANNEXE 9 - Indicateurs RH - Budget H à Mai 2025
- ANNEXE 10 - Données Budgétaires Mai 2025
- ANNEXE 11 - RCA_CH_DREUX_31.12.2024
- ANNEXE 12 - Nouvel Hôpital projection activité maj juillet 2025 31-07-2025
- ANNEXE 13 - DOC 1. Tableau de projection des produits
- ANNEXE 13 - DOC 2. Tableau de projection des charges
- ANNEXE 13 - DOC 3. Plan Prévisionnel d'Investissement
- ANNEXE 13 - DOC 4. Tableau Amortissements
- ANNEXE 13 - DOC 5. Tableau de l'extinction de la dette
- ANNEXE 14 - 2025-DOS-024_Arrêté_Autorisation_SOINS_CRITIQUES_CH_DREUX_ADULTE
- ANNEXE 15 - 2025-3 DELIB - Direction commune CH et Etab public dép et PJ -
- ANNEXE 16 - DOC 2 - AE MN 2024.025 signé M. BEST
- ANNEXE 17 - DOC 1 - Centre-Hospitalier-de-Dreux-Un-Projet-dAvenir-pour-le-Territoire
- ANNEXE 17 - DOC 2 - Flyer nouvel hôpital

A noter que certaines pièces susvisées font état dans leur rédaction d'annexes qui ne sont pas produites dans le dossier. Cependant, les pièces expertisées ont permis de recueillir les principales informations et données relatives à l'opération.

Par ailleurs, il est important de souligner que la quasi-totalité des documents nécessaires à l'analyse des hypothèses d'évolution d'activité, du dimensionnement capacitaire et, plus encore, de la trajectoire financière, **n'ont été transmis qu'à la fin du mois d'août 2025**, et ce **à la suite des sollicitations des contre-experts**, ceux-ci ayant jugé le dossier initialement transmis comme incomplet.

LE PROJET DANS L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

Le projet d'investissement soumis à contre-expertise concerne la modernisation du site Jousselin du Centre Hospitalier de Dreux. Ce site comprend actuellement plusieurs bâtiments, dont les principaux accueillent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), un pôle logistique et atelier technique, un EHPAD, un bâtiment dédié à la psychiatrie, ainsi qu'une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisée en médecine physique et de réadaptation.

Ce projet s'inscrit dans le prolongement du constat d'obsolescence du bâtiment d'hospitalisation de grande hauteur, jugé structurellement inadapté. Un avis défavorable à la poursuite de son exploitation a été formulé par le SDIS en novembre 2021. Face à ces constats, l'objectif principal du projet est la reconstruction complète de ce bâtiment hospitalier.

Par ailleurs, le bâtiment actuellement occupé par l'EHPAD fera l'objet d'une réhabilitation pour y accueillir des fonctions tertiaires ainsi qu'un self. La gestion de l'EHPAD est transférée au Conseil départemental, qui assurera sa relocalisation. L'EHPAD est ainsi exclu du périmètre du projet d'investissement hospitalier porté par l'établissement.

Plus que la mise en œuvre d'un projet médical totalement refondé ou la satisfaction d'un besoin capacitaire nouveau, il apparaît que l'enjeu principal porté par l'établissement dans ce projet est bien de la mise à niveau de son patrimoine, à la fois pour répondre aux non-conformités réglementaires (notamment au regard du risque incendie) et pour le mettre aux standards actuels, au plan technique et au plan hôtelier. Il en va de l'image et de l'attractivité de l'établissement, dont on comprend bien qu'elle serait menacée sans une intervention structurante sur les locaux.

De ce point de vue, la nécessité et l'opportunité d'une opération d'ensemble portant sur la totalité du bâtiment principal (IGH) ne sont pas à remettre en cause.

Présentation du Centre Hospitalier de Dreux (CH Victor Jousselein)

Le Centre Hospitalier de Dreux est un établissement public de santé d'importance stratégique, situé au nord du département d'Eure-et-Loir, en limite immédiate de trois régions : Centre-Val de Loire, Île-de-France et Normandie. Il est **membre du GHT des Hôpitaux Publics Euréliens (HOPE)**, dont l'établissement support est le CH de Chartres. Ce dernier présente une capacité de 1 223 lits et places, dont 547 en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

Les autres membres du GHT sont :

- Le Centre Hospitalier de Châteaudun : 434 lits et places, dont 109 en MCO ;
- Le Centre Hospitalier de Nogent-le-Rotrou : 232 lits, dont 79 en médecine et chirurgie ;
- Le Centre Hospitalier de La Loupe : 228 lits et places, dont 15 en médecine ;
- Le Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval : établissement spécialisé en psychiatrie, avec 557 lits et places.

Le CHD constitue **le seul établissement MCO polyvalent à moins de 30 minutes** pour la population de son bassin de vie. Il offre une palette complète de soins de premier recours, notamment en raison de **la pénurie de médecine libérale sur son territoire**.

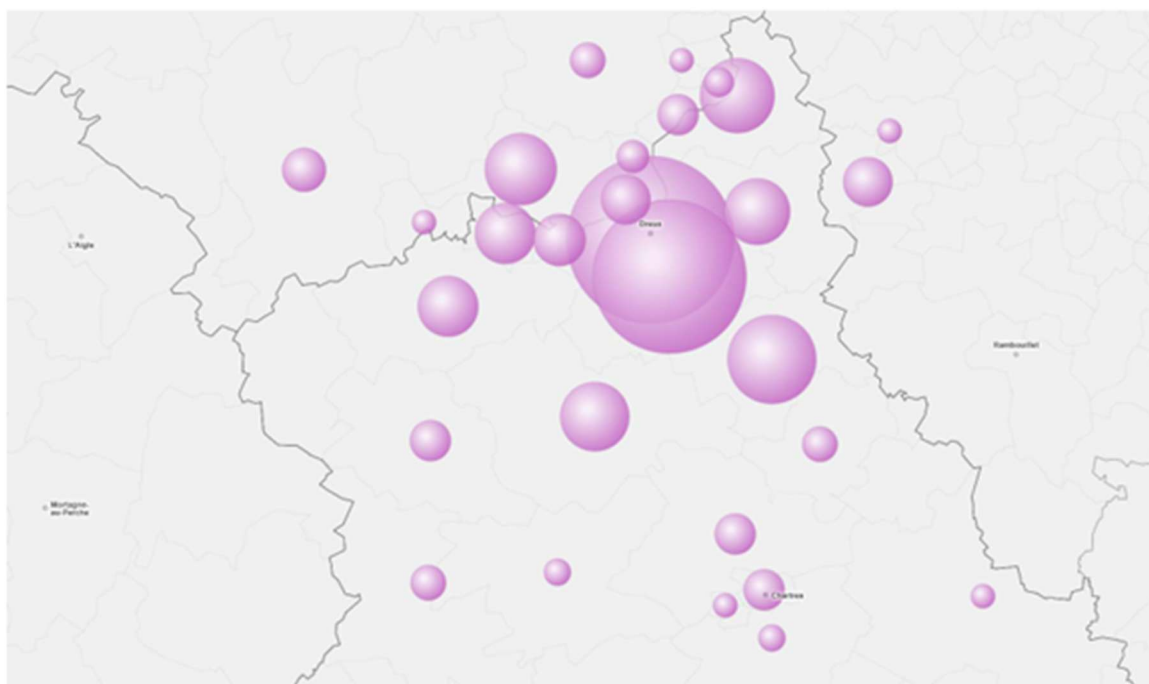
Il dispose de **835 lits et places** répartis comme suit :

- MCO : 320 lits en HC et HDS, 46 places en hôpital de jour, 11 en UHCD ;
- Psychiatrie adulte : 70 lits et places ;
- MPR : 60 lits et places ;
- SMR : 50 lits ;
- EHPAD/USLD : 272 lits et places.

Le CH de Dreux est multisites : 1 site principal de 17 ha et 10 bâtiments (faisant l'objet du présent projet), 9 sites annexes à Dreux (EHPAD, centre d'action médico-sociale précoce, IFAS, maison des adolescents, antennes santé publique, etc.), 1 antenne à Chartres et 1 à La Loupe.

Un territoire de proximité spécifique et contraint

Le Centre Hospitalier de Dreux (CHD) s'inscrit dans un territoire à la fois géographiquement stratégique, au carrefour de trois régions (Centre-Val de Loire, Île-de-France et Normandie), et socialement contrasté. Son bassin de recrutement regroupe environ **137 000 habitants**, répartis entre le nord de l'Eure-et-Loir (80 % de l'activité MCO), le sud de l'Eure (15 %) et les limites ouest des Yvelines (4 %). Cette configuration interrégionale confère au CHD une spécificité marquée, notamment dans les flux patients et la construction des parcours de soins, avec des coopérations limitées dans le GHT et des recours croissants vers l'Île-de-France.



Source : HOSPIDIAG, Issu des séjours du PMSI 2018 au lieu d'habitation

La population du bassin drouaisien présente plusieurs indicateurs de **fragilité socio-économique**. À Dreux, **le taux de chômage s'établit à 15 %**, contre 9,7 % en Eure-et-Loir et 9,6 % au niveau national, traduisant une précarité structurelle du tissu économique local. Cette précarité est renforcée par un niveau de diplôme faible, avec **42 % de la population sans diplôme** (vs 30,3 % au national), **un taux de foyers fiscaux non imposables de 68,5 %**, et **un revenu disponible moyen de 18 450 €**, inférieur de près de 4 000 € à la moyenne départementale (22 180 €) et nationale (21 930 €). Ces données traduisent une vulnérabilité sociale accrue, avec **un impact direct sur les besoins en santé, la prévalence des pathologies chroniques, et l'utilisation du recours hospitalier**.

Sur le plan démographique, l'unité urbaine de Dreux présente une **relative stabilité de population entre 2008 et 2018**, autour de 48 500 habitants, mais les projections de l'INSEE à l'horizon 2070 indiquent **une baisse importante de la population départementale** (près de 60 000 habitants en moins), traduisant un phénomène de désaffection territoriale. Cette baisse s'accompagne d'un **vieillissement très net de la population**, avec un âge moyen passant de 41,3 ans en 2018 à 47,7 ans en 2070. La part des personnes de plus de 75 ans doublerait d'ici 2070 (de 9,5 % à près de 20 %), tandis que celle des plus de 85 ans passerait de 3,4 % à 9 %. Ce vieillissement, couplé à un solde naturel négatif, a un impact structurant sur les besoins en soins : gériatrie, maintien à domicile, prévention de la perte d'autonomie, coordination des parcours complexes.

	Eure-et-Loir 2018	France 2018	Eure-et-Loir 2070	France 2070
Age moyen	41,3	42,2	47,7	48,5
Part de la tranche [0-20]	25,3%	23,8%	20,1%	18,8%
Part de la tranche [20-45]	27,8%	28,1%	24,6%	24,9%
Part de la tranche [45-60]	20,4%	20,2%	18,1%	17,6%
Part de la tranche [60-75]	17,0%	17,7%	17,6%	18,5%
Part de la tranche >75	9,5%	10,2%	19,5%	20,1%
Part de la tranche >85	3,4%	3,6%	9,0%	9,0%

Source : INSEE 2022 (modèle Omphale)

A noter que pour le département de l'Eure-et-Loir et pour la période 2021-2031, l'outil de projection démographique du CSIS donne un effet annuel de croissance de population de -0,132 % et un effet annuel de vieillissement de +0,039 %.

La situation d'accès aux soins de ville est particulièrement dégradée. Le territoire de Dreux est classé zone d'intervention prioritaire par l'ARS, avec seulement **45 médecins généralistes pour 100 000 habitants**, soit l'une des densités les plus faibles de France hexagonale (90,4/100 000 habitants au national). Cette désertification médicale se traduit par une **hypermobilisation du service des urgences**, souvent utilisé comme point d'entrée pour des soins de premier recours, en l'absence de médecins traitants : **plus de 50 % des Euréliens sont aujourd'hui sans médecin traitant** (source : Chambre Régionale des Comptes, 2023). Cette sur sollicitation de l'hôpital entraîne une charge croissante sur les équipes du CHD, notamment pour les consultations externes et l'activité non programmée.

En parallèle, on observe une **forte densité de professionnels libéraux non médicaux**, de SSIAD et de structures médico-sociales, permettant d'imaginer un maillage ville-hôpital potentiellement performant, à condition d'être structuré. Le territoire affiche également une part importante de familles monoparentales (21,2 %), de jeunes adultes peu diplômés (15,6 % des 20-29 ans), et un taux de pauvreté de 12,2 %, avec un pic dans le nord du département. À cela s'ajoutent des problématiques de précarité énergétique (16,6 % des ménages) et d'isolement des personnes âgées (près de 38 % des plus de 75 ans vivent seuls), accentuant les besoins en accompagnement médico-social et en soins coordonnés.

Enfin, du point de vue de la santé publique, le département présente une **su morbidité** documentée dans plusieurs pathologies : diabète (27,1 décès/100 000 habitants vs 18,6 au national), affections de longue durée cardiovasculaires et cancéreuses, et une prévalence importante de la santé mentale. Ces éléments renforcent la nécessité d'une offre hospitalière de proximité, accessible, diversifiée et en capacité d'absorber des flux croissants de patients fragilisés.

Un établissement de recours orienté majoritairement vers le non-programmé.

L'activité MCO du CHD a connu une reprise progressive depuis la crise sanitaire, avec une dynamique favorable en 2023 (+2,5 % versus 2022), même si les volumes globaux restent en retrait par rapport à 2019. L'orientation de l'établissement vers l'ambulatoire est manifeste, en particulier en chirurgie. À l'inverse, l'obstétrique enregistre une baisse de 400 séjours par rapport à 2019. La médecine non ambulatoire, quant à elle, reste en retrait.

La caractéristique la plus marquante de l'activité du CHD reste son **très fort taux d'entrée par les urgences en MCO**, qui s'élevait à **67,8 % en 2022**, contre 64,3 % en 2018. Cette hausse régulière témoigne d'un phénomène structurel, largement expliqué par la faiblesse de la démographie médicale libérale sur le territoire. L'accès aux consultations de ville est restreint, ce qui oriente de facto une part croissante de la population vers les services d'urgence hospitaliers pour des soins qui, dans d'autres territoires, seraient pris en charge en ville.

	2018	2019	2020	2021	2022
Taux d'entrée par les urgences en MCO	64,3%	64,6%	65,4%	65,8%	67,8%

Source : repèrES

Les taux d'occupation sont corrects (84 % en médecine, 86 % en chirurgie, 78 % en soins critiques), mais les durées moyennes de séjour restent longues dans plusieurs unités médicales (neurologie, rhumatologie), témoignant de tensions organisationnelles et de freins à la fluidité des parcours. Les services gériatriques, à l'inverse, présentent des durées plus conformes à la moyenne nationale (IPDMS < 1).

Le CHD conserve des parts de marché solides en médecine (62,1 %) et en obstétrique (72,2 %), mais reste fragilisé en chirurgie (30,1 %), en forte concurrence avec les établissements privés de l'Eure-et-Loir et de l'Île-de-France. Les taux de fuite sont en hausse sur toutes les disciplines MCO entre 2018 et 2022 : +4,1 points en médecine, +4,2 points en obstétrique. En chirurgie, le taux de fuite dépasse 70 %, ce qui interroge sur la compétitivité de l'établissement dans ce champ. Les fuites s'orientent principalement vers le CH de Chartres, l'AP-HP, l'Hôpital privé d'Eure-et-Loir, ou des cliniques privées de l'ouest parisien. Le sous-recours aux soins reste globalement présent dans le territoire, notamment en médecine et chirurgie.

	2018	2019	2020	2021	2022
CH VICTOR JOUSSELIN	75,6%	75,7%	75,8%	75,5%	72,2%
CHIC EURE SEINE HÔPITAUX EVREUX-VERNON	5,1%	4,5%	6,2%	6,0%	7,5%
CH CHARTRES	5,9%	5,8%	5,4%	5,4%	5,4%
CH DE RAMBOUILLET	2,7%	2,6%	2,9%	2,7%	3,0%
CHIC DE POISSY ST-GERMAIN	2,4%	2,5%	2,6%	2,4%	3,0%
CH FRANCOIS QUESNAY MANTES LA JOLIE	1,5%	1,6%	1,6%	1,8%	1,4%

Parts de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité du CH de DREUX (source : Soins et territoires)

	2018	2019	2020	2021	2022
CH VICTOR JOUSSELIN	60,3%	62,7%	62,6%	62,7%	62,1%
AP-HP	9,6%	9,2%	9,1%	10,6%	11,0%
CH CHARTRES	4,7%	4,5%	4,7%	5,0%	5,6%
CHIC EURE SEINE HÔPITAUX EVREUX-VERNON	2,1%	2,3%	2,2%	1,8%	2,8%
HÔPITAL PRIVÉ D'EURE ET LOIR	1,9%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%
POLE MEDICAL MAISON BLANCHE	5,8%	4,8%	3,2%	0,0%	0,0%

Parts de marché en médecine sur la zone d'attractivité du CH de DREUX (source : Soins et territoires)

	2018	2019	2020	2021	2022
CH VICTOR JOUSSELIN	32,4%	32,4%	31,4%	29,5%	30,1%
HÔPITAL PRIVÉ D'EURE ET LOIR	17,5%	18,1%	18,0%	19,9%	18,8%
HÔPITAL PRIVÉ OUEST	5,7%	6,1%	6,8%	6,4%	7,3%
AP-HP	5,2%	5,2%	4,6%	5,3%	5,0%
CH PRIVÉ DU MONTGARDE	3,1%	3,5%	4,7%	4,7%	4,6%
CH CHARTRES	3,1%	3,2%	3,0%	3,2%	3,0%

Parts de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité du CH de DREUX (source : Soins et territoires)

Enfin, le CH de Dreux entretient des coopérations fonctionnelles avec les CHU d'Orléans et de Tours, ainsi qu'avec le CH de Chartres et l'Institut Médical Spécialisé de Vernouillet. Le lien avec la médecine de ville reste à consolider. Des actions ont été lancées avec les deux CPTS du territoire pour structurer les parcours de soins non programmés et fluidifier les entrées/sorties hospitalières. Des initiatives sont en cours : postes partagés, offres de téléconsultation, création d'une maison médicale, appui aux parcours des EHPAD. Le partenariat avec le secteur médico-social reste à renforcer, en particulier dans

le cadre du transfert de l'EHPAD au Conseil départemental. L'objectif affiché est de renforcer la continuité des soins et d'optimiser les filières de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

Un projet médical aligné avec les priorités régionales

Le projet médical du Centre Hospitalier de Dreux (CHD), élaboré pour la période 2021-2026, s'inscrit dans une dynamique territoriale forte et repose sur une construction collective impliquant les équipes médico-soignantes et administratives depuis novembre 2021. Il vise à renforcer l'attractivité de l'établissement, consolider ses partenariats territoriaux, adapter son offre aux besoins réels du territoire, et anticiper les évolutions de l'organisation hospitalière, notamment autour de l'ambulatoire et des soins critiques.

Ce projet médical s'articule autour de six axes transversaux :

- ✓ La redéfinition du plateau de soins critiques,
- ✓ Le développement des consultations spécialisées,
- ✓ Le renforcement des prises en charge ambulatoires médicales et chirurgicales,
- ✓ L'optimisation des flux et du capacitaire hospitalier,
- ✓ L'intensification des coopérations territoriales,
- ✓ Et l'amélioration de l'attractivité professionnelle.

Le CHD entend conserver son leadership sur plusieurs disciplines clés (urologie, ORL, imagerie, rhumatologie, santé publique, psychiatrie adulte et infanto-juvénile), tout en garantissant une offre de proximité indispensable en pédiatrie, obstétrique, gériatrie, médecine polyvalente, chirurgie viscérale et orthopédique, réanimation, urgences, etc. Il prévoit par ailleurs d'étoffer certaines activités stratégiques comme l'oncologie, la pneumologie et la neurologie.

Le projet médical s'aligne avec les priorités régionales définies dans le Projet Régional de Santé (PRS) du Centre-Val de Loire et se veut complémentaire du projet médical partagé du GHT HOPE, centré sur quatre filières prioritaires : gériatrie, oncologie, santé mentale, et pneumologie. Il prévoit ainsi le renforcement de filières existantes (cardiologie, AVC, ORL, gynéco-obstétrique, santé publique), le développement de nouveaux parcours (chirurgie vasculaire, santé mentale), et la formalisation de recours spécialisés (Parkinson, drépanocytose, polytraumatismes, maternité de niveau 3).

Le Conseil scientifique a validé la cohérence globale du projet avec les besoins de santé identifiés sur le territoire. Il souligne toutefois certains points de vigilance, notamment le manque de déclinaison médico-sociale du projet, en particulier sur la filière gériatrique. L'établissement est invité à mieux intégrer la dimension EHPAD et les coopérations sanitaires et sociales dans la structuration de ses parcours.

Conclusion – LE PROJET DANS L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

L'analyse du projet de modernisation du Centre Hospitalier de Dreux, au regard de son ancrage territorial, de son activité hospitalière, et de ses perspectives médico-stratégiques, confirme le rôle fondamental qu'il joue dans la structuration de l'offre de soins de son bassin. Établissement pivot du nord de l'Eure-et-Loir, le CH de Dreux assure une fonction de recours indispensable sur son territoire,

dans un contexte de faible densité médicale de ville, de précarité socio-économique marquée, et de concurrence hospitalière croissante.

Sa position monopolistique en médecine, chirurgie et obstétrique sur un large secteur situé à la frontière de trois régions administratives – Centre-Val de Loire, Île-de-France et Normandie – justifie pleinement le maintien et la modernisation de ses capacités hospitalières, notamment dans les filières critiques (urgences, soins intensifs, filière mère-enfant, gériatrie). Le centre hospitalier contribue fortement à la cohésion territoriale de santé, en lien avec les établissements du GHT HOPE, mais également à travers des coopérations extra-GHT (CHU de Tours, CHU d'Orléans, établissements privés, CPTS, etc.).

Le projet médical 2021-2026 traduit, de manière globale, une bonne adéquation entre les besoins du territoire et les orientations stratégiques retenues. Il est en cohérence avec les priorités du Schéma régional de santé (PRS) du Centre-Val de Loire et avec le projet médical partagé du GHT. Les ambitions affichées en matière d'ambulatoire, de développement de filières spécialisées, et de réponse aux enjeux de santé publique locale (notamment la santé mentale et la gériatrie) sont pertinentes.

Cependant, certains axes mériteraient d'être approfondis ou consolidés, notamment :

- ✓ La prise en compte encore insuffisante du volet médico-social et du parcours de la personne âgée (en lien avec le transfert de l'EHPAD),
- ✓ La nécessité de renforcer le lien ville-hôpital, encore limité malgré des initiatives en cours (CPTS, SAS, téléconsultations, etc.),

En dépit de ces « fragilités », le projet médical constitue une réponse solide, justifiée et soutenue, à des besoins sanitaires clairement identifiés. Il renforce la logique de proximité, d'efficacité et de coopération territoriale. À ce titre, la modernisation du site Jousselin s'inscrit dans une démarche cohérente de structuration de l'offre de soins de recours au sein du territoire, dans une perspective durable d'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

LES PROJECTIONS D'ACTIVITE ET CAPACITAIRE

Le travail relatif au dimensionnement capacitaire du projet de nouvel hôpital du Centre Hospitalier de Dreux a fait l'objet de nombreux allers-retours entre l'établissement, l'Agence Régionale de Santé, le Conseil scientifique (CSIS) et le COPIL en charge du suivi du projet d'investissement. Ce dialogue itératif a permis de faire évoluer les hypothèses initiales à plusieurs reprises. Ainsi, trois versions successives de dimensionnement capacitaire ont été élaborées, chacune intégrant les remarques et ajustements formulés par les parties prenantes. Ces trois versions ont été transmises aux contre-experts, la dernière en date étant celle du 23 octobre 2024.

Le dimensionnement capacitaire du projet de reconstruction du CH de Dreux s'est fondé sur :

- L'évolution passée des consommations de soins,
- Les dynamiques démographiques du territoire (vieillesse de la population, notamment),
- L'orientation volontariste vers l'ambulatoire,
- La fixation d'objectifs de performance (TO > 90 %, TR ≥ 1.25, IPDMS < 1),
- Et les priorités définies par le projet médical.

La phase 1 du projet retenait un capacitaire global de 434 lits et places, soit une quasi-stabilité par rapport à 2022 (427 lits/places), avec un léger rééquilibrage entre lits et places :

- +10 places ambulatoires,
- -9 lits MCO,
- +2 lits SMR (52 au lieu de 50), avec possibilité de mobiliser jusqu'à 40 lits supplémentaires via des chambres dédoublables.

Pour donner suite aux remarques du CSIS, une relecture approfondie du capacitaire a été menée avec des hypothèses ajustées :

- Hypothèse d'IPDMS stabilisé à 1 (ou inférieur) pour toutes les disciplines,
- Taux d'occupation cible $\geq 90\%$ en hospitalisation complète,
- Taux de rotation cible de 1.25 (voire 1.5) sur 250 jours/an,
- Croissance d'activité projetée : +0,8 %/an, +2 % en 2031 (ouverture du bâtiment),
- Développement marqué des séances et de l'ambulatoire, aligné sur les orientations du projet médical.

Les projections d'activité entre 2023 et 2031 confirment une dynamique soutenue, particulièrement sur l'ambulatoire :

	2023	2031	évolution moyenne annuelle	évolution globale
HOSPITALISATION COMPLETE				
TOTAL MCO*	19 707	23 051	1,98%	16,97%
Médecine adulte	8 894	9 724	1,12%	9,33%
Chirurgie adulte	3 327	3 395	0,25%	2,04%
Obstétrique adulte	1 346	1 475	1,15%	9,58%
AMBULATOIRE				
TOTAL MCO*	6 067	9 400	5,63%	54,94%
Médecine adulte	1 886	3 011	6,02%	59,65%
Chirurgie adulte	3 851	6 111	5,94%	58,69%
Obstétrique adulte	48	53	1,25%	10,42%
Séances	3 450	7 744	10,64%	124,46%

Source : RESE (version du 8 février 2024).
Données sur le périmètre du projet uniquement

Les projections communiquées par le CHD à échéance 2031, année d'ouverture du futur hôpital, tablent sur :

- ✚ Une hausse globale de 54,9 % de l'activité MCO ambulatoire (toutes modalités confondues) entre 2023 et 2031, soit une progression annuelle moyenne de 5,6 %.
- ✚ Une hausse de 17% de l'activité MCO conventionnelle, soit une progression annuelle moyenne de 1.98% par an.
- ✚ Une hausse globale de 124% de l'activité de séance soit une progression annuelle moyenne de 10,42 %.

Ces projections apparaissent volontaristes, notamment au regard des dynamiques récentes d'activité (+2 % par an en moyenne sur les cinq dernières années) et des perspectives démographiques du département d'Eure-et-Loir, telles qu'expertisées par le CSIS.

Projection 2021-2031 Eure et Loir – outil CSIS de projection démographique

Synthèse Indicateur démographique capacitaire	
Effet annuel croissance de population	-0,132%
Effet annuel vieillissement	+0,039%
Total indicateur démographique	-0,09%

Cela nécessitera de mobiliser plusieurs leviers simultanés pour se concrétiser : récupération de parts de marché, attractivité renforcée, et transformation des parcours accentués par la raréfaction des médecins généralistes sur ce territoire.

Par ailleurs, les hypothèses retenues dans le cadre du projet, et reprises dans le rapport d'évaluation socio-économique, reposent sur une réduction significative des fuites de patientèle, en particulier pour les activités de proximité et les prises en charge de niveau intermédiaire. Cette orientation s'appuie sur le constat partagé d'un potentiel de récupération d'activité sur le territoire drouaisien, historiquement marqué par un taux de recours inférieur à la moyenne nationale, reflet d'une sous-consommation de soins hospitaliers.

Ce sous-recours s'explique notamment par la faible densité de médecins généralistes libéraux sur le bassin de vie, situation classant le territoire comme zone d'intervention prioritaire en matière de démographie médicale. Dans ce contexte, l'amélioration de l'accès à l'offre hospitalière apparaît comme un levier essentiel pour répondre aux besoins de santé non couverts de la population locale. Le projet table ainsi sur une hausse progressive du taux de recours, rendue possible par un meilleur maillage ville-hôpital, un développement de l'activité ambulatoire, et la montée en charge de nouvelles filières médicales répondant aux besoins identifiés.

Le **pari capacitaire du projet** repose donc sur une combinaison d'hypothèses dynamiques : **hausse du taux de recours, réduction des fuites de patientèle, et accélération du virage ambulatoire**. Si les marges de manœuvre existent en termes d'organisation et d'efficacité, **la réalisation de ces objectifs suppose une trajectoire d'amélioration continue** des organisations internes, de la coordination territoriale, et des conditions d'exercice.

✓ Facteurs de réussite identifiés

- + Un projet médical clarifié et structuré, aligné avec le PRS et le projet médical partagé du GHT, notamment en gériatrie, médecine spécialisée et soins critiques.
- + Un positionnement monopolistique sur son territoire de proximité, qui permet d'envisager une reconquête de parts de marché perdues (notamment en chirurgie de proximité).
- + Une mobilisation forte autour du virage ambulatoire, déjà amorcée dans les pratiques du CHD (hausse des séances et des HDJ, chirurgie ambulatoire...).
- + Une vision capacitaire agile, avec recours aux lits modulables, hospitalisation de semaine, virage ambulatoire
- + Un soutien de l'ARS et une concertation continue avec les instances nationales (CSIS, COPIL), permettant un calibrage progressif du projet.
- + Une logique médico-économique cohérente à ce stade : pas de hausse globale du capacitaire en lits, mais une redistribution tenant compte des contraintes RH, du vieillissement, et des ambitions de filière.

⚠ Points de vigilance à surveiller

- Caractère volontariste des projections d'activité : +55 % en MCO global, +124 % en séances, +17 % en hospitalisation complète en 8 ans — ces dynamiques nécessitent un pilotage très fin.
- Hypothèses de récupération de parts de marché insuffisamment étayées à ce stade : peu de données sur les flux de fuite, l'évolution des coopérations et les incitations territoriales concrètes.
- Risque RH élevé, notamment sur les soins critiques, les filières spécialisées (USIC, neurologie, onco-hémato) et le renforcement de l'ambulatoire médical : la faisabilité dépendra des recrutements et de la fidélisation.
- Effet de la délocalisation du SMR vers l'IMSEL : la bascule de 24 à 26 lits peut générer un engorgement si les DMS ne sont pas maîtrisées ou si la coordination avec le secteur privé reste floue.
- Pérennité de l'ambulatoire : si le virage ambulatoire constitue une opportunité organisationnelle, il suppose un accompagnement fort (plateau technique, RH, parcours, consultations).
- Dépendance aux dynamiques démographiques et à l'offre libérale : la sous-consommation actuelle est liée à une carence en médecine de ville. Le projet hospitalier seul, même s'il est indispensable, ne suffira pas à corriger cette tendance sans politiques territoriales complémentaires.

Conclusion – LES PROJECTIONS D'ACTIVITE ET CAPACITAIRE

À ce stade, les contre-experts considèrent que les perspectives d'évolution de l'activité projetées à horizon 2031 apparaissent excessivement optimistes au regard des tendances récentes observées, des déterminants démographiques locaux et des marges d'amélioration encore importantes dans l'organisation actuelle du Centre Hospitalier de Dreux.

Néanmoins, il est important de rappeler que la construction du nouveau bâtiment d'hospitalisation ne vise pas une saturation immédiate à son ouverture, mais bien une anticipation des besoins futurs à un horizon plus lointain. À cet égard, les hypothèses d'évolution d'activité formulées dans le cadre du projet apparaissent plus cohérentes à horizon 2040, ce qui légitime le dimensionnement capacitaire (ci-dessous) retenu par l'établissement, validé par l'ARS et le CSIS.

Dans ce contexte, plusieurs points de vigilance doivent être soulignés, donnant lieu aux recommandations suivantes :

- Optimiser l'organisation hospitalière dès la phase actuelle : avant même l'ouverture du nouveau bâtiment, un travail approfondi d'amélioration de l'efficacité (organisation des séjours, réduction des DMS, articulation médecine de ville/hôpital, fonctionnement en HDS/HS, etc.) doit être mené afin de limiter les coûts de fonctionnement avant ouverture et de sécuriser la soutenabilité financière du projet (cf. supra).
- Planifier une montée en charge progressive du capacitaire : à l'ouverture du nouvel hôpital en 2031, il est recommandé de moduler progressivement l'ouverture des unités en fonction de l'activité effectivement constatée. Ce phasage permettra d'adapter les charges de fonctionnement aux ressources disponibles et d'éviter une sous-exploitation structurelle des surfaces hospitalières.



Nous verrons par ailleurs dans l'analyse de la soutenabilité financière du projet que les projections d'activité à horizon 2031 retenues dans le cadre de l'étape 2 du projet d'investissement diffèrent significativement de celles intégrées dans la trajectoire financière de l'établissement.

Le dimensionnement des plateaux techniques que celui du plateau de consultation ne suscite pas de réserve particulière de la part des contre-experts. Les éléments fournis par l'établissement, tant en termes de besoins exprimés que de capacités projetées, apparaissent globalement cohérents avec les objectifs d'activité médicale et les orientations du projet médical.

En conséquence, le dimensionnement proposé est validé par les contre-experts, sous réserve d'une vigilance sur les modalités précises d'organisation des consultations, qui devront être clarifiées au fur et à mesure de la mise en œuvre opérationnelle du projet.

SYNTHESE DE L'EVOLUTION DU CAPACITAIRE EN LIEN AVEC LE VIRAGE AMBULATOIRE

Lits Hospitalisation Complète / Hospitalisation De Semaine / HDJ		Capacitaire 2023	Capacitaire projeté 2031 Doc Étape 2 28/03/2024 validé	Capacitaire au 01/04/2024 suite au transfert de lits SMR vers l'IMSEL	Capacitaire projeté 2031 pour Étape 3 doc du 09/08/2024	Suite à réunion ARS du 23/10/2024 capacitaire 2031 révisé	
Adultes	Cardiologie	20	20	20	20	18	
	Pneumologie-Oncologie	25	26	25	24	24	
	Gastro-entérologie	HC	25	26	25	26	26
		HDS	3	0	3	0	0
	Médecine interne polyvalente et maladies infectieuses	27	26	27	24	24	
	Endocrinologie-diabétologie	HC	10	10	10	11	12
		HDS	7	0	7	0	0
	Neurologie	25	26	25	24	22	
	Rhumatologie	HC	5	7	5	7	8
		HDS	5	0	5	0	0
	Médecine gériatrique	40	60	60	58	60	
	UPUG	6	6	6	8	6	
	TOTAL MEDECINE	HC	183	207	203	202	200
		HDS	15	0	15	0	0
	TOTAL CHIRURGIE	HC	42	26	26	23	24
		HDS	0	15	15	16	15
	Réanimation	8	10	8	10	12	
	USIP	4	8	4	8	8	
	USIN	5	4	5	4	4	
	USIC	6	8	6	8	8	
TOTAL SOINS CRITIQUES	23	30	23	30	32		
UHCD adulte	11	12	11	12	14		
UHCD ADULTES	11	12	11	12	14		
Parents enfant	Gynécologie - PMA	8	6	8	6	6	
	Obstétrique	20	20	20	20	20	
	+ koala	2	2	2	2	2	
	Néonatalogie	6	6	6	6	6	
	Pédiatrie	21	13	21	13	12	
	Pédopsychiatrie	0	2	0	2	2	
	TOTAL HC	57	49	57	49	48	
	UHCD ENFANTS	0	4	0	4	4	
	SMR	50	26	26	26	26	
TOTAL GLOBAL (HC et HDS)	381	369	376	362	363		
Ambulatoire	Chirurgie ambulatoire	15	20	15	20	20	
	HDJ médecine - oncologie	24	31	24	31	30	
	HDJ médecine gériatrique	0	2	2	6	10	
	HDJ pédiatrie	1	2	1	2	2	
	HDJ gynécologie - PMA	6	4	6	4	4	
TOTAL HDJ	46	59	48	63	66		

+ 1 lit HC
+ 3 places HDJ

- 13 lits HC
+ 18 places HDJ

- 6 lits HC
+ 7 places HDJ

- 18 lits HC
+ 20 places HDJ

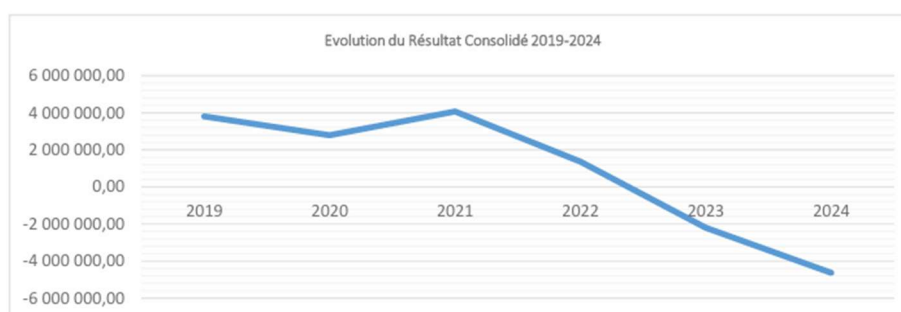
COUT ET CONDITIONS DE SOUTENABILITE DU PROJET

Situation budgétaire du Centre Hospitalier de Dreux

À la clôture de l'exercice 2024, le résultat consolidé du Centre Hospitalier de Dreux s'établit à -4,6 M€, marquant une dégradation significative par rapport à l'exercice 2023, dont le résultat était déjà déficitaire à hauteur de -2,2 M€. Cette tendance s'inscrit dans une dynamique de dégradation continue, amorcée après un point haut atteint en 2021, année pour laquelle l'établissement affichait un excédent de +4 M€, fortement lié aux mécanismes exceptionnels de soutien post-COVID (aides ponctuelles, compensation de charges, etc.).

Le graphique ci-dessous illustre clairement cette trajectoire préoccupante de dégradation financière structurelle, en particulier sur le volet du résultat d'exploitation, qui chute de -3 M€ en 2023 à -5 M€ en 2024, soit une baisse de 2 M€ en un an.

Le résultat consolidé 2024 du CH de Dreux est de - 4,6 M €



Ce résultat d'exploitation déficitaire correspond à un déficit net de l'ordre de -2,8 % des recettes, traduisant une situation de déséquilibre d'exploitation récurrent, hors éléments exceptionnels ou dotations non pérennes.

COMPTE DE RESULTAT 2024				
K€	31/12/2024	31/12/2023	Var. K€	Var. %
Ventes de marchandises	2 101	2 490	-389	-15,62%
Production vendue de B&S	6 534	6 062	472	7,79%
Produits de l'activité hospitalière	165 316	162 082	3 234	2,00%
Production immobilisée	0	0	0	-
Subventions et participations	10 648	10 715	-67	-0,63%
Reprises et transferts de charges	1 069	1 359	-290	-21,34%
Autres produits d'exploitation	1 409	549	860	156,65%
Produits d'exploitation	187 077	183 257	3 820	2,08%
Coût d'achat des marchandises et achats et charges externes	42 281	40 855	1 426	3,49%
Impôts et taxes	13 388	12 611	777	6,16%
Charges de personnel	129 029	126 000	3 029	2,40%
Dotations aux amts et provisions	5 710	6 067	-357	-5,88%
Autres charges d'exploitation	1 731	642	1 089	169,63%
Charges d'exploitation	192 139	186 175	5 964	3,20%
Résultat d'exploitation	-5 062	-3 054	-2 144	70,19%
Produits financiers	0	0	0	-
Charges financières	332	343	-11	-3,21%
Résultat financier	-332	-343	11	-3,21%
Produits exceptionnels	2 737	3 749	-1 012	-26,99%
Charges exceptionnelles	2 009	2 550	-541	-21,22%
Résultat exceptionnel	728	1 199	-471	-39,28%
Résultat Net	-4 666	-2 198	-2 604	118,45%

Le résultat comptable du CRPP de l'exercice 2024 du Centre Hospitalier de Dreux s'inscrit dans une trajectoire fortement dégradée, atteignant -4,582 M€, contre -1,730 M€ en 2023, soit une dégradation de 2,85 M€ en un seul exercice. Ce recul marque une rupture préoccupante dans l'évolution de la performance économique de l'établissement, et confirme l'incapacité actuelle à enrayer une spirale déficitaire amorcée depuis 2022.

L'analyse détaillée des principaux agrégats budgétaires met en évidence une dynamique déséquilibrée entre l'évolution des recettes et celle des charges, en particulier la masse salariale, principal poste de dépense de l'établissement.

EVOLUTION DU RESULTAT DU BUDGET H				
CHARGES	2023	2024		
			Ecart	%
TITRE 1 - Personnel	126 192 697	129 818 029	3 625 332	3%
TITRE 2 - Charges Médicales	22 345 468	24 145 590	1 800 122	8%
TITRE 3 - Charges générales	16 658 405	17 146 384	487 979	3%
TITRE 4 - Provision et Amortissement	7 532 895	7 165 815	- 367 080	-5%
TOTAL GENERAL	172 729 465	178 275 818	5 546 353	3%
PRODUITS	2023	2024		
			Ecart	%
TITRE 1 - Assurance Maladie	142 175 443	144 230 517	2 055 074	1%
TITRE 2 - Autres activité hors AM	11 750 908	12 204 636	453 728	4%
TITRE 3 - Autres produits	17 063 894	17 258 516	194 622	1%
TOTAL GENERAL	170 990 245	173 693 669	2 703 424	2%
Résultat	- 1 739 220 €	- 4 582 149 €	- 2 842 929 €	

Ainsi, en 2024, les recettes issues de l'Assurance Maladie n'ont progressé que de +1,42 % par rapport à 2023 tandis que la masse salariale a enregistré une hausse de +2,85 %, soit un différentiel de croissance du simple au double.

L'analyse du tableau de financement 2024 met en évidence une insuffisance d'autofinancement nette de -2,1 M€, traduisant l'incapacité du Centre Hospitalier de Dreux à générer, par son activité, les ressources nécessaires au financement de ses investissements courants et de ses engagements financiers.

En théorie, cette situation aurait dû conduire à un prélèvement sur le fonds de roulement pour couvrir :

- Les annuités de remboursement d'emprunt, de l'ordre de 2,1 M€ ;
- Et une politique de renouvellement des investissements courants, estimée à 3 M€, financée presque exclusivement par prélèvement sur fonds propres.

En l'état, le besoin de financement global pour l'année 2024, hors projet stratégique, s'élevait ainsi à environ 7,5 M€.

Ce besoin a été compensé par le versement anticipé d'une subvention d'investissement de 10 M€, semble-t-il, allouée dans le cadre du projet de reconstruction du nouvel hôpital, par suite de la signature du contrat d'avenir. Or, cette subvention, dont la vocation était de contribuer au financement du programme hospitalier futur, a été absorbée aux trois quarts par le déséquilibre du TDF de l'exercice 2024.

Si cette analyse était confirmée par l'ARS, l'essentiel des ressources affectées au projet stratégique en 2024 ont déjà été mobilisées pour pallier les déficits d'exploitation actuels, affaiblissant d'autant la

capacité de l'établissement à faire face aux dépenses à venir liées à la construction et à la mise en service du nouvel hôpital (cf. Supra).

Tableau de financement

N°	intitulés	TP initial	Décisions modificatives	Virements de crédits	Prévisions totales	Net constaté	Ecarte réalisations - prévisions
CAF							
Titre 1	Emprunts	0,00	0,00	0,00	0,00	119 926,20	> 999,99%
Titre 2	Dotations et subventions	9 934 376,43	0,00	0,00	9 934 376,43	10 673 923,97	7,44%
Titre 3	Autres ressources	0,00	0,00	0,00	0,00	5 188,80	> 999,99%
TOTAL DES RESSOURCES (A)		9 934 376,43	0,00	0,00	9 934 376,43	10 799 038,97	8,70%
IAP							
Titre 1	Remboursement des Dettes financières	2 008 124,02	0,00	0,00	2 008 124,02	2 114 332,24	5,29%
Titre 2	Immobilisations	11 540 555,00	0,00	0,00	11 540 555,00	3 307 531,73	-71,34%
Titre 3	Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	9 092,00	> 999,99%
TOTAL DES EMPLOIS (B)		13 548 679,02	0,00	0,00	13 548 679,02	15 420 955,97	13,24%
APPORT AU FOND DE ROULEMENT (A-B) OU PRÉLÈVEMENT SI (A-B) NÉGATIF		1 295 376,71	-3 775 988,75	0,00	-2 480 612,04	3 255 943,15	231,26%

Sur le plan bilanciel, les équilibres financiers du Centre Hospitalier de Dreux apparaissent encore préservés en clôture d'exercice 2024. En effet, l'établissement présente un fonds de roulement net global (FRNG) de 37,7 M€, traduisant une relative stabilité des capacités structurelles de financement à court et moyen terme.

Face à un besoin en fonds de roulement (BFR) de 21,9 M€, en lien avec le niveau des créances et des dettes d'exploitation, l'établissement dispose d'une trésorerie nette de 15,8 M€ à fin 2024. Ce niveau de liquidités demeure donc satisfaisant à ce stade.

Cependant, cette relative aisance de trésorerie est trompeuse selon notre analyse, dans la mesure où elle reposerait pour partie sur des ressources d'ores et déjà attribuées et affectées à un projet spécifique (le nouvel hôpital), et non sur la performance intrinsèque de l'exploitation courante.

Or, comme nous le verrons dans la suite de cette analyse, le niveau de trésorerie disponible ne saurait couvrir les besoins liés au programme d'investissement stratégique, sauf à recourir massivement à l'endettement ou à de nouvelles subventions. La soutenabilité financière du projet est donc directement conditionnée au redressement de la trajectoire d'exploitation et à une maîtrise renforcée des équilibres de fonctionnement.

Analyse des hypothèses d'évolution des recettes retenues dans le cadre du PGFP.

Des projections d'activité initiales entachées d'erreurs méthodologiques et d'incohérences internes

Les premières versions des hypothèses d'activité et de recettes projetées transmises aux contre-experts faisaient état d'une évolution du nombre de RUMs (Résumé d'Unité Médicale) particulièrement ambitieuse, avec une cible fixée à 41 000 RUMs à horizon 2031, soit une croissance significative par rapport aux volumes actuels.

Plusieurs incohérences ont été immédiatement relevées par les contre-experts dans ces documents prévisionnels :

- Sur l'exercice 2025, une augmentation de 46 % du nombre de séjours de médecine ambulatoire était mentionnée, alors même que les hypothèses de référence faisaient état d'une évolution annuelle moyenne de +0,8 %.
- Sur l'année 2031, les données communiquées projetaient une hausse de 15 % du nombre de RUMs par rapport à 2030, en contradiction avec la note explicative qui annonçait une progression de seulement 2 %.

En réponse à ces remarques, le Centre Hospitalier Victor Jousselin, dans un courrier daté du 5 août 2025, a reconnu l'existence d'erreurs de saisie dans les hypothèses d'évolution retenues pour les années 2025 et 2031. Plus précisément, une hausse de 5 % avait été appliquée à tort à l'activité ambulatoire, alors que la note méthodologique évoquait une progression de seulement 0,5 %. Cette erreur a été corrigée dans la version actualisée de la trajectoire transmise en annexe 12, ramenant le volume de séjours projetés à 38 000 à horizon 2031, contre 41 000 précédemment.

Toutefois, certaines projections continuent d'interroger dans l'annexe 12 :

Entre 2031 et 2032, l'activité ambulatoire enregistrerait une hausse de 44,4 %, et l'hospitalisation complète une progression de 7 %, aboutissant à une croissance globale de l'activité MCO de 12,3 % en une seule année.

Ce bond d'activité, non commenté ni justifié dans les documents transmis, semble difficilement soutenable, même en tenant compte de l'effet d'attractivité qu'induirait l'ouverture du nouvel hôpital.

En effet, si l'hypothèse d'une croissance modérée de +2 % peut être considérée comme prudente, une croissance annuelle de plus de +12 % apparaît irréaliste.

Ces éléments appellent ainsi à une vigilance renforcée dans la construction des trajectoires financières associées, et justifient pleinement les recommandations formulées dans la suite de la contre-expertise.

Un manque de cohérence entre les hypothèses d'évolution d'activité et les scénarios capacitaires projetés

Il apparaît également nécessaire de souligner que les hypothèses d'évolution annuelle de l'activité, telles que présentées dans les différents supports transmis aux contre-experts, sont peu cohérentes entre elles et ne s'articulent pas de manière fluide avec les hypothèses ayant présidé au dimensionnement capacitaire du futur établissement.

Ainsi, dans le document Annexe 12, les trajectoires d'évolution de l'activité apparaissent relativement uniformes entre les activités d'hospitalisation complète et ambulatoire, alors même que ces deux modalités de prise en charge relèvent de dynamiques structurellement différentes. La logique du virage ambulatoire, largement portée par les autorités sanitaires et les réorganisations médicales internes, impose en effet une croissance plus forte de l'activité ambulatoire, ce qui n'est pas fidèlement traduit dans les taux de progression annuels communiqués.

Un exemple illustratif concerne l'activité de chirurgie : elle est présentée comme évoluant au même rythme que les autres activités, alors que la note explicative rattachée au projet capacitaire souligne au contraire une hypothèse d'évolution annuelle très modérée de 0,25 %, précisément pour tenir compte du transfert progressif vers l'ambulatoire. Cette incohérence manifeste met en évidence une absence d'alignement entre les trajectoires projetées dans les différents documents de travail. Alors même que le virage ambulatoire générera des recettes réduites à séjours équivalent.

Plus globalement, il est frappant de constater que les notes explicatives, les tableaux de projection d'activité et les documents de calcul capacitaire ne convergent pas : chacun semble s'inscrire dans une logique propre, construite indépendamment des autres, traduisant une réflexion en silos entre les volets médicaux, organisationnels, capacitaires et financiers.

Ce cloisonnement méthodologique est d'autant plus préoccupant que la faisabilité et la soutenabilité du projet reposent exclusivement sur l'augmentation de l'activité de l'établissement. À ce stade, cette cohérence fait défaut.

Il conviendrait, en conséquence :

- De réconcilier l'ensemble des trajectoires projetées dans une logique d'alignement stratégique entre les dimensions médicale, organisationnelle et financière ;
- D'ajuster les hypothèses de croissance pour qu'elles reflètent des dynamiques différenciées selon les secteurs (ambulatoire vs hospitalisation complète) ;

En l'absence de ce travail de convergence, les contre-experts estiment que les hypothèses retenues dans le projet de soutenabilité financière manquent de lisibilité et présentent un risque élevé de décalage entre les prévisions et la réalité de l'activité, avec des conséquences lourdes sur l'équilibre financier futur de l'établissement.

Un plan de financement prévisionnel marqué par des hypothèses de recettes surestimées et insuffisamment justifiées

L'analyse du plan global de financement pluriannuel (PGFP), sur la base des annexes 13 (document 1) et 5 transmises par l'établissement, révèle plusieurs hypothèses de recettes particulièrement optimistes, voire manifestement décorréées de la situation économique réelle et des trajectoires d'activité envisagées.

Tout d'abord, si la progression annuelle moyenne des recettes d'activité reste globalement cohérente avec une hypothèse d'indexation autour de 1,5 %, un point de rupture majeur apparaît sur l'exercice 2032, pour lequel une hausse exceptionnelle de près de 8 % est projetée. Cette évolution s'écarte significativement des +2 % annuels annoncés dans la note explicative de l'établissement, générant une augmentation de recettes estimée à plus de 5,5 M€ pour cette seule année.

De manière analogue, la dotation allouée au secteur SMR est en augmentation dans le PGFP, alors même que l'établissement a acté un transfert de près de 20 % de ses capacités autorisées vers l'établissement privé IMSEL en 2024. Cette incohérence conduit à une surestimation d'environ 1 M€ dans le plan de financement.

Autre point de vigilance : les recettes or GHS et dotations (missions d'intérêt général, FIR, dotation populationnelle, etc...) progressent selon un rythme soutenu de 3 à 4 % par an, ce qui semble particulièrement déconnecté du contexte budgétaire contraint dans lequel s'inscrivent actuellement les politiques publiques, et peu conforme aux anticipations prudentielles du secteur hospitalier. Ce rythme de croissance, sans lien avec une montée en charge ou un élargissement de périmètre identifié, engendre une amélioration artificielle du résultat projeté.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à l'évolution du compte 777 (quote-part des subventions d'investissement virée au résultat). Celui-ci passe de 2 M€ en 2024 à 4,4 M€ en 2030, alors même que le bâtiment hospitalier n'aura pas encore été livré. Dans le même intervalle, les dotations aux amortissements n'augmentent que de 1,2 M€, ce qui suggère une rupture du parallélisme réglementaire prévu par la M21. En effet, conformément aux règles comptables, la reprise de subvention doit suivre le rythme de l'amortissement effectif du bien financé, ce qui ne semble pas être

respecté ici. Cette méthode entraîne une amélioration fictive du résultat : +900 k€ dès 2025, puis +500 k€ en 2026, +300 k€/an à partir de 2027, avant une baisse brutale à compter de 2034.

Une attention particulière doit également être portée sur l'évolution du compte 75, correspondant aux autres produits de gestion courante. Celui-ci enregistre une hausse significative de l'ordre de 2 millions d'euros entre 2025 et 2027 (+150%), sans qu'aucune justification détaillée ne soit apportée par l'établissement dans les documents transmis à la contre-expertise.

Il en est de même pour les comptes 609, 619 et 629 (rabais, remises et ristournes) qui augmentent de plus de 500 k€/an sans justification ce qui contribue également à gonfler artificiellement les produits de l'établissement.

D'autres éléments, bien que de moindre ampleur, participent également à cette dérive. Ainsi, les variations de stocks intégrées dans les recettes augmentent à un rythme plus soutenu que celles portées en charges, générant un boni artificiel récurrent sur plusieurs exercices.

En synthèse, l'augmentation globale des recettes projetées dans le PGFP ne repose pas sur des fondements solides. Elle apparaît, au contraire, décorrélée de la réalité financière et organisationnelle actuelle de l'établissement, et non alignée sur les hypothèses capacitaires et d'activité. Cette situation altère la lisibilité et interroge la pertinence de la trajectoire financière présentée, en masquant les tensions budgétaires structurelles majeures à moyen terme.

Compte tenu des documents transmis et au terme de l'analyse conduite sur les différentes composantes de la trajectoire des recettes prévisionnelles, il apparaît que plus de 4 millions d'euros de recettes annuelles, telles que présentées par l'établissement, ne peuvent être considérées comme justifiées.

Il est donc fortement recommandé que le centre hospitalier :

- Revoie de manière exhaustive l'ensemble de ses hypothèses de recettes,
- S'assure de leur cohérence avec le plan capacitaire et les prévisions d'activité validées,

Analyse des hypothèses d'évolution des charges retenues dans le cadre du PGFP.

Analyse de l'évolution de la masse salariale projetée dans le PGFP

L'analyse des projections de dépenses de masse salariale figurant dans le Plan global de financement pluriannuel (PGFP) du Centre hospitalier de Dreux a été réalisée sur la base du rapport de présentation budgétaire ainsi que des annexes 5 et 13 transmises à la demande des contre-experts. Il convient tout d'abord de signaler que l'annexe 13, bien que détaillant les charges des titres 2, 3 et 4, n'intègre pas les éléments relatifs au titre 1, ceux-ci semblant avoir été supprimés. Cette absence suscite une première interrogation, dans la mesure où les charges de personnel représentent près des deux tiers du budget hospitalier.

Malgré cette lacune, les éléments restants permettent de constater que le PGFP intègre pour l'exercice 2025 une progression de la masse salariale de +3,15 %. Cette évolution est supérieure à la tendance nationale estimée par la Fédération hospitalière de France (FHF), laquelle se situe aux alentours de +2,8 %, taux qui semble par ailleurs se confirmer à la lecture des neuf premiers mois d'exécution 2025.

Cette projection interroge également au regard des engagements contractuels pris par l'établissement vis-à-vis de l'ARS dans le cadre de la convention d'efficience. Un plan d'économie de 2,388 M€ a été contractualisé, dont 1,14 M€ au titre de l'exercice 2025, essentiellement fondé sur des suppressions de postes ou ajustements d'équivalents temps plein (ETP). Or, il n'en est pas fait état dans la trajectoire de la masse salariale et à fortiori en 2025.

Pour les exercices postérieurs, le PGFP retient une hypothèse d'évolution linéaire de la masse salariale de +2 % par an. Cette hypothèse, relativement prudente et cohérente dans un contexte de modération budgétaire, soulève toutefois plusieurs réserves :

- D'une part, elle ne semble pas intégrer les économies attendues dans le cadre du plan d'efficience (410 k€ en 2026, 136 k€ en 2027, 600 k€ en 2031) ;
- D'autre part, l'année 2032 correspond à l'ouverture du nouveau bâtiment hospitalier, avec un accroissement significatif des capacités, notamment en soins critiques. Cette évolution impliquerait mécaniquement un besoin accru en personnel médical et paramédical. Or, aucune variation significative du titre 1 n'est constatée pour cette année dans la trajectoire prévisionnelle, alors que les recettes associées, elles, ont bien été projetées à la hausse.

Il est donc recommandé de réexaminer précisément la trajectoire du titre 1, en s'assurant que :

- Les économies projetées dans le plan d'efficience ont bien été intégrées dans les projections,
- Les conséquences RH des évolutions capacitaires (notamment pour les soins critiques, l'ambulatoire, les blocs et les consultations) ont été correctement dimensionnées,

Analyse des hypothèses relatives aux charges de titre 2 – Produits de santé et médicaments

Le PGFP du Centre hospitalier de Dreux prévoit une évolution annuelle moyenne des charges de titre 2 à hauteur de +2,5 % sur l'ensemble de la période 2025-2034. Ce taux, en soi, n'appelle pas de remarque particulière, dans la mesure où il se situe dans la moyenne constatée dans les établissements hospitaliers similaires, notamment pour les dépenses pharmaceutiques hors innovation.

Néanmoins, plusieurs éléments viennent fragiliser la solidité de cette hypothèse et appellent à une réévaluation des projections :

D'une part, alors que les charges sont estimées à +2,5 % par an, les recettes associées (notamment remboursements des molécules onéreuses et DMI) sont projetées à la hausse de +3 % par an, créant un excédent artificiel structurel entre les dépenses et les recettes.

D'autres parts, en 2032, année de mise en service du nouveau bâtiment, le PGFP prévoit une hausse des recettes de séjour de plus de +8 %, en lien avec la montée en charge projetée de l'activité ambulatoire et des soins critiques. Or, les charges de titre 2 ne progressent que de +2 % sur ce même exercice, en complète dichotomie avec les projections d'activité. Cette absence de parallélisme entre charges et recettes renforce l'impression d'un désalignement méthodologique dans la modélisation du PGFP.

La modélisation des dépenses de titre 2 dans le PGFP ne reflète pas fidèlement les dynamiques anticipées d'activité, ni les tendances constatées au sein de l'établissement ces dernières années. Il est recommandé à l'établissement de revoir cette trajectoire à la hausse.

Analyse des hypothèses relatives aux charges de titre 3 – Charges à caractère général

Les charges de titre 3 dans le cadre du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) sont projetées en augmentation annuelle constante de +2 % sur l'ensemble de la période. Ce taux est cohérent avec les hypothèses d'inflation modérée retenues par les administrations centrales sur la période 2025-2031, précédant l'ouverture du nouveau bâtiment hospitalier.

Toutefois, plusieurs limites méthodologiques doivent être signalées dans cette projection uniforme :

Aucune modélisation spécifique n'a été prévue à partir de 2032, année d'ouverture du nouveau bâtiment. Or, deux évolutions majeures sont attendues et auraient mérité d'être intégrées de manière différenciée :

- Une diminution significative des charges énergétiques, liée à la modernisation des infrastructures, au meilleur rendement énergétique du nouveau bâtiment, et à la réduction du recours à des structures vétustes énergivores.
- À l'inverse, l'exploitation simultanée de deux sites entre 2032 et 2035 (le nouveau bâtiment et l'actuel IGH, dont la démolition est prévue en 2035) engendrera des surcoûts temporaires non négligeables. En particulier, les charges de sécurité, de maintenance, de surveillance technique et éventuellement de gardiennage de l'IGH

En définitive, l'hypothèse retenue d'une évolution linéaire de +2 % par an des charges de titre 3 (charges à caractère général) apparaît déconnectée à la fois :

- De la dynamique d'activité hospitalière projetée, notamment la forte hausse anticipée de l'activité ambulatoire à horizon 2031, qui aura des impacts directs sur les fonctions logistiques (restauration, lingerie, déchets, consommables, etc.) ;
- Et des effets attendus du projet immobilier, qui engendrera :
 - À court terme, des surcoûts de cohabitation entre l'IGH et le nouvel hôpital (2022–2035),
 - À moyen terme, des économies structurelles dans un bâtiment neuf plus efficient.

Cette absence de prise en compte des interactions entre les charges générales, l'évolution d'activité et le projet immobilier constitue une faiblesse méthodologique notable du PGFP, nuisant à la pertinence globale de la trajectoire financière présentée.

Analyse des hypothèses du titre 4 – provisions et reprises

Les hypothèses retenues dans le cadre des projections budgétaires du titre 4 font apparaître un déséquilibre manifeste entre les comptes 68 (dotations aux provisions) et 78 (reprises sur provisions). En effet, les charges constatées au compte 68 sont globalement stables autour de 465 000 € par an sur la période de projection. En revanche, les reprises sur provisions, inscrites au compte 78, sont projetées à un niveau nettement supérieur, oscillant entre 900 000 € et 1 100 000 € par an.

Ce déséquilibre soulève plusieurs interrogations majeures :

- Il inverse la tendance observée au cours des exercices précédents, durant lesquels les dotations aux provisions étaient supérieures aux reprises, conformément à une gestion prudente des risques.
- Aucune justification détaillée n'a été fournie dans les documents transmis à la contre-expertise pour expliquer ce changement de logique (absence d'annexes explicatives ou de tableau de suivi pluriannuel des provisions).

Ce différentiel génère artificiellement un excédent de recettes d'environ 1/2 million d'euros par an, contribuant à une surestimation significative du résultat prévisionnel de l'établissement.

Analyse des hypothèses d'évolution du tableau de financement et du bilan retenues dans le cadre du PGFP.

Face aux différentes incohérences soulevées dans le cadre des projections de recettes et de charges retenues dans le PGFP, notamment l'absence de cohérence globale entre les trajectoires d'activité, de capacité et de ressources financières, l'analyse du tableau de financement pluriannuel et des équilibres bilanciaux associés ne paraît pas pertinente à ce stade. En effet, le manque de fiabilité des hypothèses fondamentales altère la lecture et la portée du plan de financement.

Par conséquent, aucune évaluation approfondie du tableau de financement pluriannuel ne sera conduite dans le cadre de la présente contre-expertise.

Conclusion – COUT ET CONDITIONS DE SOUTENABILITE DU PROJET

Ces constats remettent en cause la fiabilité de la trajectoire budgétaire et financière pluriannuelle du Centre Hospitalier de Dreux telle que transmise dans le cadre de la contre-expertise. En l'état, cette trajectoire ne peut être considérée comme fiabilisée ni soutenable, et nécessite un travail de révision approfondi, en cohérence avec les hypothèses capacitaires, les projections d'activité, les évolutions démographiques du territoire, ainsi que les marges de manœuvre réellement disponibles sur les plans RH, organisationnels et médico-économiques.

RECOMMANDATIONS

1. Reconstruire intégralement la trajectoire financière en cohérence avec le projet d'investissement et le plan d'efficience.

- ✓ Retravailler intégralement les hypothèses d'évolution des produits, en stricte cohérence avec :
 - La trajectoire d'activité réellement prévisible à horizon 2031,
 - Le dimensionnement capacitaire retenu,
 - Et les hypothèses organisationnelles et médicales validées.
- ✓ Justifier précisément toutes les recettes projetées dans le PGFP et juger actuellement non valable, en apportant une traçabilité claire : ventilation par source, par activité, et par nature comptable (recettes d'activité, dotations ARS, financements spécifiques, etc.) ou les retirer du PGFP.

- ✓ Respecter rigoureusement les principes de la M21, notamment le cadencement des subventions d'investissement virées au compte de résultat (777) pour ne pas améliorer virtuellement le résultat.
- ✓ Aligner l'évolution des charges (titres 1 à 4) avec :
 - Le niveau d'activité réelle projeté,
 - L'impact du nouvel hôpital sur les coûts de fonctionnement (notamment IGH, charges énergétiques, logistique, etc.),
 - Les effets attendus du plan d'efficience contractualisé avec l'ARS.

2. Renforcer le plan d'efficience

Compléter le plan d'efficience par :

- Une analyse détaillée des coûts de fonctionnement des fonctions supports et médico-techniques via l'utilisation de comparatifs nationaux (base d'Angers / retraitement comptable),
- L'intégration de l'impact de l'optimisation des maquettes organisationnelles
- La mise en œuvre de mesures d'optimisation immédiate notamment sur l'activité ambulatoire dont les taux d'occupation sont particulièrement faibles

3. Effectuer le versement des subventions d'investissement à la survenance effective des décaissements liés au projet immobilier pour qu'elles ne puissent servir à compenser le déficit très probable de ressources du tableau de financement avant livraison effective du projet.

4. Harmoniser l'ensemble des documents du projet (dimensionnement, PGFP, projections médicales, projection RH, Plan d'efficience, etc.), qui présentent aujourd'hui des incohérences majeures entre les hypothèses d'activité, d'organisation, et de financement.

Avis sur l'immobilier

Documents expertisés

La présente expertise a été conduite à partir de l'examen des pièces qui ont été remises aux contre-experts et dont le contenu traite, de façon exclusive ou partielle, du projet immobilier dans l'ensemble de ses composantes. Il s'agit exhaustivement des documents suivants :

- Rapport d'évaluation socio-économique préalable (RESE) du 30 janvier 2025 : document « *RSE préalable DREUX.pdf* »
- Annexes 3 et 5 du RESE : documents « *annexe 3 -CH DREUX - RAPPORT ETUDE DE FAISABILITE ET D' OPPORTUNITE - REV6-VF - 25 sept 2021.pdf* » et « *annexe 5 -CHD Préprogramme nouv Hôpital 171221 V0.pdf* »
- Programme technique détaillé, tomes 1 et 2 : documents « *2024_11_29_PTD CH DREUX_TOME 1 - V9.pdf* » et « *2024_11_29_PTD CH DREUX_TOME 2_V9.pdf* »
- Estimations financières du projet : documents « *DOC 31 - CH DREUX - Estimation Ceris CH Dreux - VF 20.11.2023.pdf* » et « *DOC 32 PRP V5 211123.pdf* »
- Avis du COPIL, étapes 1 et 2 : documents « *CH Dreux-Avis étape 1 COPIL 23 06 2022.pdf* » et « *CH Dreux Avis COPIL 28 03 2024 Etape 2 VF.pdf* »
- Avis étape 2 du CSIS : document « *RAPPORT PROJET CH DREUX ETAPE 2 final.docx* »
- Rapport de réponses de l'établissement aux attendus formulés par le CSIS le 28/03/2024 : document « *Réponses Attendus CSIS pour étape 3. 10-01-2025.pdf* ».
- Procès-verbal de la réunion du 19 mai 2022 de la sous-commission départementale pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP et les IGH : document « *DOC 5 2022-094 Mairie Dreux - rapport visite avis défavorable 19.05.2022.pdf* »
- Rapport BEGES du 29 avril 2021 : document « *DOC 13 RAPPORT BEGES 2020 CH DREUX.pdf* »
- Note de l'établissement de novembre 2022 sur le système d'information du CH : documents « *DOC 16 le système d' information du CH.pdf* »
- Tableau d'analyse multicritères établi par l'établissement sur l'implantation de l'hélistation (en terrasse ou au sol) et le principe d'avitaillement des hélicoptères (sur site ou hors site) : document « *doc 30 rév 1 analyse hélistations et Avitaillement 2024 01 24 (00000004).pdf* »
- Réponses apportées par l'établissement aux questions des contre-experts : document « *Réponse Questions et remarques contre-expertise SGPI V1 (002).pdf* » et ses 9 annexes traitant d'immobilier

A noter que certaines pièces susvisées font état dans leur rédaction d'annexes qui ne sont pas produites dans le dossier. Cependant, les pièces expertisées ont permis de recueillir les principales informations et données immobilières relatives à l'opération.

Par ailleurs, il convient de noter que l'expert ne s'est pas rendu sur les lieux et que son appréhension des caractéristiques et du contexte du site hospitalier n'a pu être fondée qu'à partir de vues ou photos disponibles sur internet (site « googleearth » notamment).

Présentation du dossier

S'agissant de la forme, il peut être regretté une présentation du dossier non structurée par un plan et un sommaire qui auraient permis de garantir la complétude et la cohérence des éléments remis.

De façon récurrente dans le dossier, les plans présentés ne respectent pas la convention de bon usage qui consiste à orienter le document avec « le nord en haut ».

La présentation du PTD appelle les remarques suivantes :

- Les diagrammes fonctionnels ont un certain nombre de limites :
 - Ils présentent une certaine hétérogénéité entre eux, au niveau de la présentation ou des codes ;
 - Certains sont peu clairs et ne fournissent pas de façon tangible, lisible et précise les informations qu'ils sont censés donner, notamment en termes de relations fonctionnelles entre locaux ou d'organisation des flux.
- En pages 6 et 7 du tome 1 du PTD, les noms des éditorialistes (directeur de l'établissement et présidente de la CME) ne sont pas précisés, ce qui peut paraître contraire à l'objectif d'incarner la présentation introductive du projet par des propos personnels de responsables de l'établissement.
- Par ailleurs, la rédaction du tome 1 du PTD appelle les observations suivantes :
 - Page 68 : « sur les 12 chambres, deux sont à prévoir avec sas » : dans le tableau de surfaces, 6 sont prévues avec sas et non 12 ;
 - Page 100 : le § Anesthésie est dissocié du descriptif du bloc opératoire ;
 - Page 135 et 136 : le diagramme fonctionnel et le tableau de surfaces sont déjà présentés dans le descriptif des urgences ;
 - Page 137 : il y a un problème d'articulation du schéma fonctionnel présenté avec celui du secteur de consultations ;
 - Page 182 : la présentation des surfaces gagnerait en lisibilité si la localisation des différents locaux (MCO, logipole, secteur administratif) était précisée dans le tableau (l'information peut éventuellement être déduite du code fiche attaché à chaque local ?)

Recommandation :

Avant le lancement du concours de maîtrise d'œuvre, parfaire la présentation et la rédaction du PTD, notamment en uniformisant et en améliorant les diagrammes fonctionnels

CONTENU DU PROJET

Le projet soumis à la contre-expertise consiste en la reconstruction sur site du centre hospitalier de Dreux.

Fondements de l'opération

La lecture des différents documents présentant l'objet et les objectifs de l'opération, notamment le RESE et le PTD, fait ressortir les fondements du projet qui sont principalement liés à des considérations immobilières et au constat que les locaux actuels présentent des insuffisances importantes, à la fois architecturales et techniques, et non résorbables sans une opération d'ampleur.

Plus que la mise en œuvre d'un projet médical totalement refondé ou la satisfaction d'un besoin capacitaire nouveau, il apparaît que l'enjeu principal porté par l'établissement dans ce projet est bien de la mise à niveau de son patrimoine, à la fois pour répondre aux non-conformités réglementaires (notamment au regard du risque incendie) et pour le mettre aux standards actuels, au plan technique et au plan hôtelier. Il en va de l'image et de l'attractivité de l'établissement, dont on comprend bien qu'elle serait menacée sans une intervention structurante sur les locaux.

De ce point de vue, la nécessité et l'opportunité d'une opération d'ensemble portant sur la totalité du bâtiment principal (IGH) ne sont pas à remettre en cause.

Parti général d'aménagement

Le parti d'aménagement retenu consiste à construire au sud du site de l'établissement un nouveau bâtiment pour accueillir l'essentiel des fonctions MCO de l'hôpital actuellement exercées dans le bâtiment « historique » de 1960 et en prévoyant l'installation de quelques activités dans une partie de l'EHPAD, dont les locaux doivent également être reconstruits.

La justification de ce parti d'aménagement est à aborder à deux niveaux : d'abord le principe d'une reconstruction en neuf et ensuite le choix du site pour accueillir le nouveau bâtiment.

Sur le principe d'une reconstruction

Le dossier aborde, notamment à travers *l'étude de faisabilité et d'opportunité ICADE Rev 6 du 25/09/2021* particulièrement bien documentée et détaillée, trois scénarios possibles, depuis une restructuration/extension des locaux existants jusqu'à une reconstruction en neuf de ces derniers, en passant par une hypothèse intermédiaire de réhabilitation partielle. A noter que, quand bien même le projet n'emporte pas de modification significative du capacitaire de l'établissement, les nécessaires mises aux normes hôtelières et les nouveaux standards de conception hospitalière, appellent des surfaces supplémentaires, et donc l'obligation d'adjoindre, dans les scénarios de réhabilitation, des extensions en neuf.

Les deux hypothèses de réhabilitation présentées sont :

1. Réhabilitation complète de l'IGH et construction des extensions minimales pour satisfaire les besoins nouveaux ;
2. Réhabilitation partielle de l'IGH avec une désaffectation des étages hauts pour réduire les contraintes réglementaires en matière de sécurité incendie et construction d'extensions plus importantes.

De manière pertinente, le dossier met en évidence que la première solution cumule des inconvénients majeurs (longueur et complexité du chantier avec des impacts durables sur l'activité de l'établissement, impossibilité, compte tenu des contraintes de la réhabilitation, d'optimiser certaines organisations spatiales avec, pour finir, une qualité d'aménagement non pleinement satisfaisante), tout en présentant un coût comparable aux autres scénarios.

S'agissant des plateaux d'HC de l'IGH, d'une SDO de 1.792 m² chacun, une hypothèse, non prise en compte dans l'étude, aurait pu être d'y implanter, sans extension de surface, 42 lits sous la forme de trois sous-unités de 14 lits (ce qui aurait correspondu à une maquette organisationnelle efficiente et à un ratio de 42,7 m²SDO/lit tout à fait satisfaisant). Cependant, la conception de chaque plateau en deux ailes séparées par un noyau de circulations verticales (ascenseurs, monte-charges, escaliers) rend très

difficile la mise en œuvre de cette organisation. Manifestement, la configuration actuelle de ces plateaux ne permet pas une mise à niveau hôtelière aux standards d'aujourd'hui tout en préservant des maquettes efficaces et sans devoir prévoir de complexes et coûteuses extensions. La prise en compte par ailleurs d'importantes et nécessaires reprises techniques (notamment en matière de tenue au feu) conforte le constat fait par l'établissement qu'il serait inopportun de maintenir l'HC dans les niveaux supérieurs de l'IGH.

Le second scénario de réhabilitation a été imaginé pour apporter des réponses aux principales limites du premier scénario, en proposant de réduire la part des surfaces réhabilitées (notamment par la désaffectation des derniers étages du bâtiment principal, ce qui permet par ailleurs à celui-ci de ne plus être un IGH) et en augmentant la part des extensions. Cette orientation permet à la fois de réduire la durée du chantier et de proposer des plateaux plus facilement aménageables, notamment pour l'hospitalisation complète. Pour autant, le dossier établi que les améliorations ainsi apportées restent insuffisantes pour un coût d'opération sensiblement renchéri.

Ce constat conduit l'établissement à considérer que l'hypothèse d'une reconstruction en neuf, avec toutes les possibilités ou souplesses d'aménagement qu'elle offre, avec les conditions de réalisation beaucoup plus favorables (pas de travaux en site occupé et durée de chantier optimisée à 3 ans) qu'elle présente et avec un coût comparable, voire inférieur aux autres scénarios, est la plus opportune. Les arguments ainsi exposés sont pertinents et le choix parfaitement cohérent, pour autant, l'analyse met insuffisamment en balance les inconvénients de ce parti : éloignement du bâtiment de l'entrée principale du site et du centre-ville, consommation d'un important espace vert qui participait à la qualité du site, bilan carbone du chantier a priori plus défavorable (reconstruction en neuf et déconstruction qui mobilisera beaucoup plus de matériaux qu'une réhabilitation) ... Ces points font écho au sujet de l'insertion urbaine par ailleurs évoqué ci-après.

A noter que ce parti d'aménagement par reconstruction en neuf prévoit néanmoins une petite part de réhabilitation avec la restructuration du logipôle et la réutilisation de l'actuel EHPAD, destiné à terme à être reconstruit par le Département et dont il est prévu d'en démolir une partie des locaux et d'en conserver une autre pour y installer une part du programme de l'opération (3.640 m² SDO pour du tertiaire administratif et médico-administratif et pour le self du personnel). Même si le dossier précise bien le risque que la reconstruction de l'EHPAD, qui n'est pas à la main de l'établissement, ne soit pas menée selon une échéance compatible avec la réalisation de l'opération et que les fonctions qui sont prévues d'y être installées pourront rester là où elles sont aujourd'hui, le temps de la libération de l'EHPAD, il est dommageable d'avoir ainsi introduit une incertitude sur la mise en œuvre d'une partie du programme, alors, qu'a priori, des solutions parfaitement maîtrisées et tout aussi fonctionnelles étaient envisageables : soit par un maintien ou un réaménagement dans des surfaces existantes « sous contrôle » (niveaux bas de l'IGH par exemple, implantation du reste très pertinente pour le pôle de santé publique, car très facilement accessible depuis l'entrée du site), soit par intégration dans les surfaces du projet construites en neuf.

Recommandation :

Envisager pour les fonctions prévues dans les locaux de l'actuel EHPAD (tertiaire administratif et médico-administratif et self du personnel), une nouvelle implantation définitive parfaitement maîtrisée

Sur le choix du site pour la reconstruction

Dès lors que le choix d'une reconstruction a été arrêté, l'établissement a envisagé cette relocalisation sur les emprises de son site. Ce choix apparaît opportun : site implanté en ville avec de nombreuses

surfaces disponibles et foncièrement maîtrisées, maintien de l'unité de l'ensemble de l'établissement et des liens fonctionnels et logistiques entre les services MCO et les autres services présents (psychiatrie, MPR, EHPAD...).

Evaluation du besoin en surface au sol

Afin d'identifier et de préciser les emprises pouvant accueillir la future construction, l'étude portée au dossier retient, par référence à d'autres sites hospitaliers comparables, un rapport SDO/Surface de l'emprise de 1,1, ce qui conduit à considérer un besoin d'une surface au sol de 43.000 m². Cette approche a fait l'objet, dans le cadre de la contre-expertise, d'une question à l'établissement qui, en réponse, a détaillé et justifié ce calcul de la façon suivante :

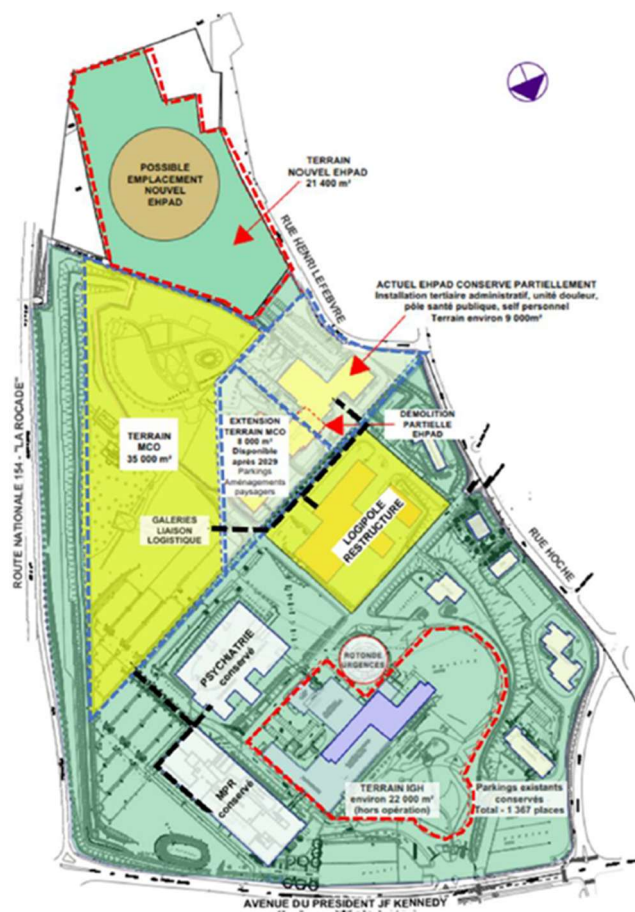
- En fonction de la SDO à construire (in fine 42 000 m²) et du *schéma de répartition des secteurs fonctionnels* retenant une construction sur 6 niveaux, le niveau le plus vaste serait le RCD avec une surface de 12.000 m², à majorer de l'ordre de 25% pour y intégrer patios et extérieurs attenants, ce qui conduit à une emprise réelle du bâtiment de l'ordre de 15.000 m².
- À cette emprise construite s'ajoutent les surfaces indispensables au bon fonctionnement de l'établissement : voiries techniques (logistique, secours, ambulances), stationnements, accès piétons et cycles, dépose-minute, espaces verts, cours de service, hélisurface. Le PTD identifie par ailleurs une surface de 10 570 m² à réserver spécifiquement pour ces composantes extérieures fonctionnelles.
- En outre, conformément aux recommandations en matière de programmations hospitalières, il convient d'anticiper les futurs besoins en extension et en réorganisation, en réservant une marge foncière disponible à moyen terme. Cette exigence, couplée aux contraintes d'urbanisme (retraits, espaces non imperméabilisés, coefficient de végétalisation), justifie une majoration supplémentaire.

Ainsi, la surface totale nécessaire pour accueillir le nouvel hôpital, telle qu'estimée par l'établissement, s'élève bien à environ 38 000 à 40 000 m².

Cette approche maximaliste est tout à fait discutable puisqu'elle intègre des surfaces extérieures ou des réserves foncières pouvant être envisagées sur d'autres emprises du site ; nous retiendrons à ce stade que pour une construction dont l'emprise au sol maximale (y compris extérieurs attenants) de 15.000 m², une surface de 40.000 m² n'est pas nécessaire et qu'une aire de 20.000 m² est suffisante.

Choix de l'emprise à construire sur le site

L'analyse des disponibilités foncières du site amène ensuite l'établissement, sur la base d'un besoin de l'ordre de 4 ha, à ne retenir que 3 emprises possibles, les seules a priori ayant les dimensions suffisantes, toutes les trois étant positionnées au Sud de la parcelle. Au terme d'une analyse multicritères et comparative de ces trois solutions, analyse au demeurant pertinente dans sa méthodologie et son contenu, le scénario correspondant à une implantation le long de la nationale a été retenu.



Dans le cadre de la contre-expertise la question de la prise en compte et de l'analyse d'une solution d'implantation du futur hôpital au nord de l'actuel IGH a été posée. La réponse apportée par l'établissement appelle un certain nombre d'observations.

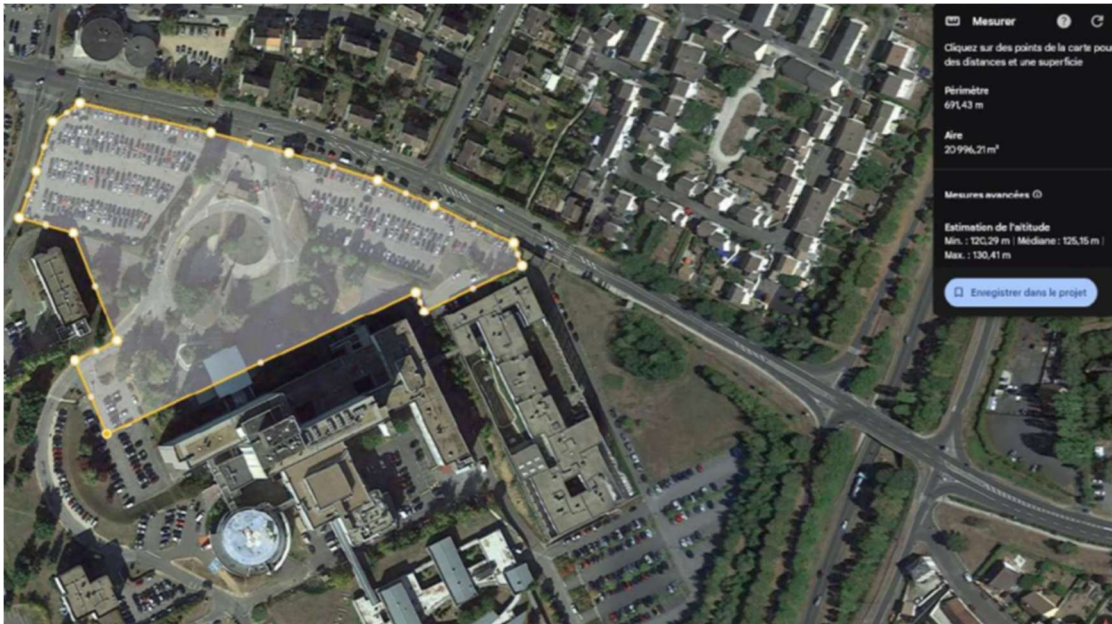
Tout d'abord, ce dernier indique que cette éventualité aurait été effectivement envisagée et étudiée et renvoie à cet effet au rapport du COPIL du 23 juin 2022 (pages 13 et suivantes) ; Or, la lecture de cette pièce ne fait nullement apparaître de considérations sur un scénario de reconstruction de l'hôpital au nord de l'actuel IGH.

Ensuite, sur le fond de la question (considérations techniques, fonctionnelle et opérationnelles), l'établissement apporte dans sa réponse des arguments complémentaires pour justifier qu'une telle implantation serait inopportune ; ces arguments appellent un certain nombre d'objections.

- Sur la problématique d'organisation des flux durant les travaux : il est incontestable qu'une zone chantier implantée entre l'actuel IGH et l'avenue du Président J.-F. Kennedy, nécessiterait de revoir la totalité des accès à l'hôpital durant les travaux, mais, compte-tenu de la configuration du site et des nombreux points possibles de connexion sur le réseau de voiries, des solutions de desserte satisfaisantes semblent envisageables. A noter que pour les usagers venant en transports en commun, un cheminement depuis l'arrêt de bus et en empruntant la rue Robert Schuman pourrait être créé et ne serait ni plus long, ni moins lisible que celui qui devra être aménagé pour le projet définitif tel que prévu dans le dossier. D'une façon générale, les contraintes de chantier qu'induirait une implantation des travaux au nord de l'IGH seraient les mêmes que celles des travaux de réhabilitation/extension des grands hôpitaux emplantés

en pleine ville (exemples : hôpitaux en ville de l'AP-HP, des HCL ou de l'AP-HM) et auxquelles des réponses sont toujours apportées.

- Sur l'insuffisance de la surface disponible : l'emprise réellement disponible au Nord de l'IGH pourrait être portée à environ 20.000 ha en déplaçant, provisoirement ou définitivement, les 300 places de stationnement actuellement présentes, perspective tout à fait envisageable compte tenu des disponibilités foncières du site hospitalier. Une telle emprise de 2 ha suffit à l'implantation du programme de l'opération. S'agissant des perspectives d'extension qu'il est en effet nécessaire d'assurer, l'emprise de l'actuel IGH (si le bâtiment devait être totalement détruit) ou bien tout ou partie des locaux de cette construction, constituent une réserve foncière a priori suffisante.



- Sur l'éloignement des fonctions logistiques et supports : au nord de l'IGH le nouvel hôpital serait en effet plus éloigné du logipôle que s'il était implanté au Sud sur l'emprise retenue dans le dossier, mais cet allongement de parcours resterait relatif, étant entendu que le plus pénalisant dans la mise en œuvre de ces flux logistiques est la rupture de charge générée par la dissociation locaux logistiques/services de l'hôpital, dissociation identique dans les deux scénarios d'aménagement.
- Sur les contraintes topographiques : la déclivité du terrain, réelle sans être excessive, peut au contraire être une opportunité spatiale permettant d'organiser une verticalité des fonctions : stationnement et logistique dans les niveaux bas (qu'il ne serait pas nécessaire d'enterrer profondément et qui seraient de ce fait facilement accessibles depuis l'extérieur) et niveaux d'accueil du public et de prise en charge sanitaire au-dessus, tout en restant de plain-pied avec les circulations de ville (du reste l'accès piétons de l'actuel IGH semble présenter la même configuration). Il convient néanmoins de noter que, dans le cas où le futur hôpital serait implanté entre l'IGH et l'avenue JF Kennedy, les distances de parcours pour passer du niveau de la rue au niveau bas du bâtiment seraient réduites par rapport à la situation existante, ce qui contraindrait la conception des circulations extérieures, sans pour autant, a priori, les rendre infaisables. Enfin, l'argument avancé par l'établissement sur la lumière naturelle est difficilement compréhensible : sauf à considérer comme préjudiciable l'absence de lumière naturelle pour des locaux logistiques ou du stationnement enterré, cette topographie n'est

nullement de nature à dégrader les conditions d'éclairage naturel des locaux de soins ou à destination du personnel.

- Sur l'analyse technique du CNIS : l'établissement indique que ce scénario aurait été étudié et pris en considération par le CNIS qu'il l'aurait in fine jugé non-faisable ; cette position serait formalisée dans le document « CH Dreux – Avis étape 1 COPIL 23/06/2022 », ce qui n'est pas le cas comme précédemment précisé.

Il découle de ce développement qu'un scénario d'implantation du futur hôpital entre l'actuel IGH et l'avenue du Président J.-F. Kennedy est a priori faisable et il est dommageable qu'il n'ait pas été pris en considération et étudié, car, au-delà des inconvénients qu'il pourrait comporter (principalement en termes de contraintes d'accès et de circulation en phase travaux), il présente l'avantage de rendre le futur équipement plus accessible et plus visible, voire de lui donner un statut urbain nouveau, au bénéfice de la ville et du quartier.

Sur l'insertion urbaine du projet

L'hôpital est un service public urbain dont le fonctionnement repose sur de très importants flux, notamment de personnes : les usagers (patients, visiteurs...), réguliers ou occasionnels, mais aussi l'ensemble du personnel. Son accessibilité, quantitative et qualitative, est une dimension essentielle de la qualité du service qu'il doit apporter à la population : il en va du bien-être des usagers comme de la qualité de vie au travail des employés. Il peut par ailleurs constituer un élément structurant et dynamisant de la ville ou d'un quartier. En écho aux enjeux environnementaux actuels, il est par conséquent essentiel que son aménagement soit pensé en intégrant toutes les relations (fonctionnelles, notamment en termes de transport, mais aussi symboliques) qu'il devra entretenir avec la ville de sorte à lui conférer le statut d'équipement public accessible, ouvert, rassurant...

Or, sur cette problématique urbaine, les sujets et les réponses abordés dans le dossier restent trop ténues. Plusieurs constats en attestent :

- Au niveau du contenu du dossier : **aucune réflexion spécifiquement urbaine, ni de travail de concertation et d'études avec les collectivités locales compétentes en urbanisme et/ou en transports en commun n'ont été menés** (point confirmé par l'établissement dans le cadre des questions/réponses) ; pourtant, l'examen d'un plan ou d'une vue aérienne de la ville de Dreux fait apparaître l'importance du site hospitalier qui constitue un pôle marquant dans la structure urbaine, pôle pendant du centre-ville historique par rapport au faisceau de voies ferrées qui divise la ville en deux. La relation entre le cœur de ville et l'hôpital, comme les opportunités de développement urbain que peut représenter ce dernier, auraient pu faire l'objet de réflexions et de propositions à la faveur de la présente opération, de sorte à améliorer l'insertion de l'équipement dans son environnement de vie. De même le « § 5.2.1 Enjeux urbains » du tome 1 du PTD reste relativement lacunaire et non à jour des orientations d'aménagement retenues (perceptive d'un accès depuis la RN154 – cf. § ci-après),



Place et emprise de l'hôpital dans l'aire urbaine de Dreux



Au croisement de l'avenue John-Fitzgerald Kennedy et de la rue Robert Schuman des secteurs a priori en déprise ou sous-utilisation urbaine (en jaune sur la photo) pourraient le cas échéant accueillir des programmes d'aménagement pour créer un nouveau centre urbain dont l'hôpital (en vert) serait un élément déterminant

- Au niveau du contenu du projet : dans le cadre des études et compte-tenu de la situation du site retenu au regard de la RN154 (« La Rocade »), il a été un moment envisagé de prévoir un nouvel accès à l'hôpital depuis cette voirie. Ce sujet a fait l'objet d'une étude très documentée et très détaillée au plan de la technique routière, mais sans traiter les autres modes de transport. Fort opportunément cette solution a été in fine écartée, mais il est flagrant de constater que son étude semble avoir omis d'envisager l'accès en transports en communs ou en modes actifs. La solution retenue et présentée dans le dossier pose le principe de la

conservation des accès actuellement empruntés, par ceux qui accèdent en voiture, en transports en commun ou en modes actifs, à savoir depuis l'entrée principale au Nord du site et laisse au futur concepteur la charge de concevoir les aménagements de surface pour permettre aux usagers et au personnel de cheminer depuis cette entrée jusqu'à la porte du futur hôpital. Compte-tenu de l'éloignement entre l'accès sur la voie public et le futur hôpital et compte-tenu de la configuration des lieux (les cheminements envisageables sont entravés par de nombreuses constructions), ces aménagements sont complexes à envisager et interceptent des problématiques de site (plan circulation notamment) qu'il aurait été nécessaire de traiter au moment du choix de la future implantation. Reporter sur le maître d'œuvre le traitement de ce point témoigne d'une absence de réflexion urbaine préalable qu'il aurait été nécessaire de conduire en amont.

- Au-delà de la présentation de l'offre existante, le dossier ne comporte aucun élément prospectif sur les transports en commun, et, en réponse aux questions posées, l'établissement a indiqué que la desserte actuelle lui semblait suffisante ; à la faveur d'une telle opération cette dernière pourrait être améliorée, ce qui devrait être un objectif de l'établissement, alors qu'en l'état, il peut être considéré que le projet dégradera l'offre présente en éloignant l'hôpital des arrêts de bus.
- La question de la perception du futur hôpital du point de vue des usagers n'est nullement évoqué, alors, qu'en raison de l'implantation retenue en fond de parcelle et derrière des constructions existantes (psychiatrie, MPR) et de la volumétrie du nouveau bâtiment (a priori en R+5), le futur équipement sera de fait peu ou pas visible depuis la ville et l'entrée du site. De même, la longueur du cheminement entre la voie publique et l'entrée de l'hôpital (en particulier pour les usagers empruntant les transports en communs ou circulant à pied) sera très importante (de l'ordre de 300 mètres). Du reste, les exigences qualitatives développées de façon opportune au § 5.3.2 du tome 1 du PTD sur le design des espaces gagneraient à être étendues aux espaces extérieurs, intermédiaires entre la ville et les locaux de soins et qui contribuent également au vécu de l'hôpital par l'utilisateur.

Recommandation :

Reconsidérer l'implantation du projet en étudiant un scénario de positionnement du futur hôpital au Nord du site devant l'entrée principale, et conduire une comparaison multicritère avec les autres solutions déjà analysées (dont celle retenue dans le dossier) qui intègre pleinement les enjeux urbains

Dimensionnement du projet

Le dimensionnement du projet repose sur un PTD qui détaille la surface utile de chaque local puis de chaque unité ou entité, en déduit ensuite les surfaces dans œuvre à partir de ratios cohérents pour arriver à des surfaces globales conformes aux données de l'outil Aelipce de l'ANAP, mais correspondant aux hypothèses basses du référentiel CSIS de 2022 : la surface totale du projet pour le MCO (surfaces neuves et surfaces réhabilitées) est de 46.192 m² SDO ce qui représente un ratio de 105 m² SDO/lit et place en deçà du seuil de 110 m² SDO mentionné dans le référentiel. Le dimensionnement surfacique proposé ne semble donc pas avoir pris en considération, pour certaines entités au moins, les évolutions retenues à la suite de la crise Covid et qui, d'une façon générale conduisent à retenir des surfaces plus importantes que celles proposées par Aelipce. A titre d'exemples :

- Le service des urgences (adultes pour 50.000 passages par an, pédiatriques pour 25.000 passages par an et psychiatriques) est dimensionné à 2.697 m² SDO, alors l'applicatif ROSES propose pour un service d'urgences accueillant 75.000 passages par an de 3.020 à 3.690 m² SDO.
- Le plateau de soins critiques est dimensionné à 2.394 m² SDO pour 32 lits ce qui représente un ratio de 75 m² SDO par lit là où le référentiel du CSIS propose de 85 à 90 m² SDO/lit.

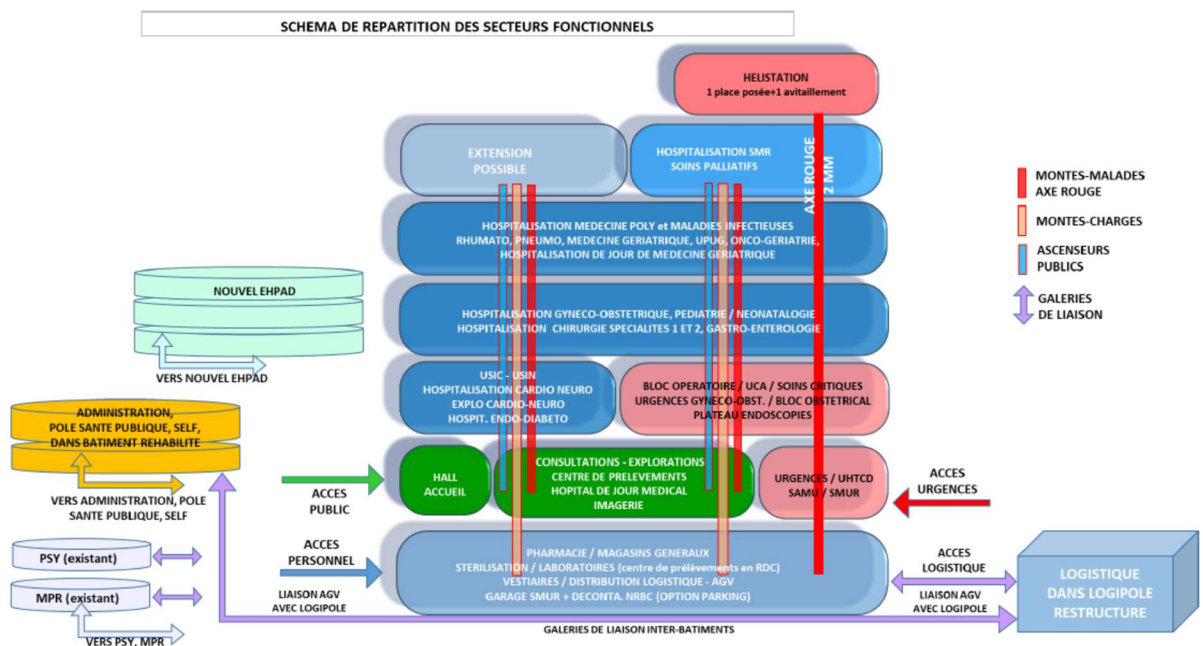
Le dimensionnement surfacique du projet est globalement cohérent mais gagnerait à mieux intégrer les orientations retenues après la crise Covid et reprises dans le référentiel du CSIS.

Recommandation :

Reconsidérer le dimensionnement surfacique sur certaines fonctions sensibles (comme les soins critiques) pour le rapprocher des données proposées par le référentiel du CSIS.

Organisation des locaux et des espaces

Telle que présentée et dans le *schéma de répartition des secteurs fonctionnels* (page 49 du tome 1 du PTD) et dans les différents diagrammes fonctionnels du PTD, **l'organisation générale proposée est cohérente et opportune**, au sens où elle met en œuvre les proximités et les circulations nécessaires à un fonctionnement à la fois efficient et naturel de l'hôpital, tout en réservant aux usagers (patients et accompagnant) les parcours les plus simples et les plus optimisés.



Dans le détail de cette organisation, la lecture du tome 1 du PTD appelle cependant un certain nombre d'interrogations ou d'observations :

- Page 24 : les relations fonctionnelles particulières du futur service de médecine nucléaire avec certaines entités du bâtiment MCO doivent être précisées de sorte que l'emprise à réserver puisse être positionnée de façon pertinente.

- Page 33 : le PTD évoque la perspective qu'un accès puisse être créé sur la RN 154 alors que cette option d'aménagement a été a priori abandonnée à la suite d'une étude spécifique.
- Page 34 : le principe opportun d'implanter des locaux administratifs en contiguïté de secteurs à enjeux pour permettre une éventuelle extension ultérieure de ces derniers est inapplicable dans le scénario immobilier retenu qui prévoit l'administration dans le bâtiment de l'EHPAD.
- Pages 48-49 : pourquoi ne pas avoir implanté l'HC de chirurgie au R+1, de plain-pied avec le bloc opératoire ?
- Page 79 et schéma fonctionnel page 81 : si le principe de « marche en avant » peut présenter un avantage en termes fonctionnels, il peut aussi amener une certaine désorientation des patients si son application conduit à ce que ces derniers sortent du service en un endroit distant de celui par où ils sont entrés.
- Page 113 : le PTD ne détaille rien sur l'USP ; il convient de préciser les besoins, exigences et attentes spécifiques pour cette unité d'hébergement particulière. Par ailleurs, les activités liées aux soins palliatifs se trouvent éclatées sur quatre implantations différentes au niveau de deux bâtiments (nouveau MCO et bâtiment de l'actuel EHPAD). Dans le cadre des questions/réponses, l'établissement a justifié ce choix organisationnel par des considérations sur la rationalité des différentes implantations : lits de soins palliatifs au niveau d'un plateau d'hospitalisation (SMR), hospitalisation de jour de soins palliatifs au sein de l'HdJ de médecine et UMSP dans les locaux administratifs prévus dans le bâtiment de l'actuel EHPAD. En termes de parcours patients et d'efficacité, ce parti d'aménagement présente d'incontestables avantages, mais il est susceptible de compliquer le travail du personnel affecté à cette activité.
- Page 120 : les unités de médecine gériatrique présentent un capacitaire très important pour une unité d'HC (de 33 à 36 lits).
- Page 159 : l'implantation de l'unité douleur et du pôle santé publique au niveau des locaux réhabilités de l'EHPAD conduira à un générer sur le site un flux supplémentaire de patients susceptible de complexifier les parcours des usagers de l'hôpital. Questionné sur ce point dans le cadre de la contre-expertise, l'établissement répond que ce choix répond à « *une double logique d'optimisation patrimoniale et de rationalisation budgétaire* » et souligne qu'« *il s'agit d'activités principalement tournées vers des patients externes, en consultation programmée, et ne relevant pas du flux aigu ou hospitalier du MCO* ». Il peut être objecté en retour que l'optimisation budgétaire ne porte que sur 600 m² SU à construire en neuf V/S à réhabiliter (économie a priori de l'ordre de 1M € TTC TDC) et que le plateau de consultation du MCO accueillera de fait des usagers aux profils comparables ; implanter cette unité douleur et ce pôle santé public à l'entrée du MCO (à proximité de l'accueil et du plateau de consultations) permettrait de simplifier les flux et d'améliorer les conditions de circulation des usagers sur le site.
- Page 161 : tous les services techniques de l'hôpital, y compris ceux en charge du suivi et de la planification immobilière seront-ils implantés dans les locaux tertiaires prévus dans le logipôle ?

Recommandation :

Avant l'engagement du concours de maîtrise d'œuvre reprendre la rédaction du tome 1 du PTD sur les points nécessitant que soient complétées et/ou amendées certaines exigences fonctionnelles

Aménagement, équipement des locaux, spécifications techniques

Au-delà des principes organisationnels, le tome 1 du PTD précise certaines dispositions techniques sujettes à observations :

- Pages 35 et 39 : les attentes et/ou exigences en matière de développement (le cas échéant innovant) des outils numériques doivent être doublées de recommandations fortes en matière de résilience de sorte à assurer un maintien des fonctions et activités essentielles de l'hôpital en cas d'indisponibilité des ressources informatiques.
- Page 60 : la définition des besoins en matière d'activité hélicoptères mériterait d'être précisée à ce stade du programme, même si les pages 279 à 281 du tome 2 du PTD apportent des compléments nécessaires et utiles. Reste qu'au regard de la réponse apportée par l'établissement sur cette question dans le cadre de la contre-expertise deux incertitudes persistent sur l'organisation spatiale de cette activité, étant entendu que les principes retenus (hélistation en surface avec station d'avitaillement et possibilité, en cas d'alerte météo, de remiser une machine dans une structure la protégeant des intempéries, grêle notamment) sont tout à fait opportuns : nombre de plots de stationnement attaché à la FATO (1 ou 2 ?) et positionnement de l'aérobulle (en terrasse et en continuité de la FATO et des plots de stationnement, ou au sol avec en conséquence l'obligation de recréer une hélisurface ?). Ces deux points, impactant la conception du bâtiment MCO et l'aménagement des espaces extérieurs devront être tranchés avant le concours de maîtrise d'œuvre.
- Page 61 : il n'est pas prévu de climatiser le garage du SMUR, disposition qui permettrait, en tout temps, de maintenir les médicaments dans les ambulances en attente d'intervention.
- Page 76 : « *En usage 1 lit, accueil des PMR, des personnes obèses, d'un lit accompagnant. La charge au sol sera prévue pour permettre l'installation d'un lit bariatrique* » : cette mention est peu claire... Par ailleurs, demander de prendre en compte une charge au sol spécifique contrevient au principe de flexibilité affiché à raison en page 34 d'« uniformiser les surcharges de plancher en organisant des plateaux homogènes afin de pouvoir déplacer sans difficulté une activité ».
- Page 104 : dans le cas où l'occupation de l'unité atteint la capacité maximale (28 patients dans l'unité de 24+4 lits), il n'y aura plus de chambres accessibles PMR. **Par ailleurs, les maquettes organisationnelles proposées s'éloignent de l'objectif de standardisation énoncé à raison préalablement dans le document : unités de 24+4 lits, 26+4 lits et de 15 lits...** (cf. § « Principes retenus en matière de standardisation, de mutualisation et de modularité des locaux » ci-après).
- Page 164 : la contrainte d'une hauteur libre de 7 m pour les locaux de stockage de la pharmacie constitue une réelle contrainte architecturale ; soit tout le rez-de-jardin où est prévue ce local aura une telle hauteur libre, sans que cette caractéristique soit nécessaire ou utile pour les autres fonctions accueillies à ce niveau, soit le maître d'œuvre devra trouver une solution architecturale particulière et peut-être contraignante à l'avenir.
- Pages 170 et suivantes : la description du laboratoire ne fait pas état des équipements ; comment seront-ils définis, seront-ils récupérés, seront-ils achetés ? ... quelles interfaces à prévoir entre l'acquisition et l'installation de ces machines et là conception/réalisation des travaux de bâtiment ?

- Pages 181 et 182 : l'activité « maintenance biomédicale » est prévue au sein du MCO (avec le service biomédical à proximité des secteurs logistiques et des circulations principale) et dans le logipole avec la maintenance technique ; il serait utile que le tableau de surfaces qui détaille tous les locaux de cette entité précise ceux qui sont à prévoir dans le MCO et ceux à prévoir dans le logipole.
- Page 183 : pour des raisons budgétaires, le transfert et la mise en service des équipements du self sont exclus de l'opération et seront directement pris en charge par l'établissement. Cette disposition, qui représente une économie marginale à l'échelle de l'opération, peut générer des risques dans la conception et la réalisation des locaux et des réseaux techniques. Il eut été plus prudent de responsabiliser le maître d'œuvre et les entreprises sur la conception et la réalisation de la totalité du self.
- La remarque du CSIS en étape 2 (page 27 du rapport) sur le statut du schéma fonctionnel présenté qui pourrait conduire les candidats maîtres d'œuvre à ne pas distinguer le traitement technico-architectural de certaines entités du programme (laboratoire, PUI) qui seraient de fait implanté dans un « bâtiment noble et plus onéreux » est tout à fait pertinente.
- A priori, aucune donnée géotechnique tangible n'est portée au PTD qui permette aux candidats maîtres d'œuvre de pouvoir envisager un principe de fondation et ainsi de consolider une estimation du montant des travaux.

Recommandation :

Faire réaliser une mission G1 sur le site retenu pour la construction et porter le rapport d'étude dans le projet de marché de maîtrise d'œuvre qui sera fourni aux candidats lors du concours.

Avant l'engagement du concours de maîtrise d'œuvre, reprendre la rédaction du tome 1 du PTD sur les points nécessitant que soient complétées et/ou amendées certaines exigences techniques

Prise en compte des enjeux environnementaux

Au-delà des observations formulées ci-avant sur l'insertion urbaine et les conditions d'accès, qui sont également en tant que tels des enjeux environnementaux, il s'agit d'apprécier les dispositions retenues dans le dossier pour la conception, la réalisation et l'exploitation du futur équipement, afin de réduire son empreinte environnementale.

Le RESE est très laconique sur le sujet et renvoie simplement à un document technique de 2022 (*doc 7 en annexe 5*), document non présent dans le dossier remis pour contre-expertise. Cependant, la thématique est reprise dans le PTD tome 2, principalement dans deux chapitres du document (§ 1.1.5 – *Energies renouvelables et de récupération potentielle* et § 2.3 *Exigences et démarche développement durable* ; un BEGES datant de novembre 2022 est également porté au dossier.

A travers ces documents, l'établissement exprime toutes les préoccupations nécessaires et envisage des dispositions détaillées et pertinentes, notamment en matière de sources énergétiques (raccordement à un réseau de chaleur, géothermie, énergie solaire...) mais aussi de dispositions constructives ou de prescriptions techniques.

S'agissant de la production de chaud, la *solution de base (prioritaire)*, est un raccordement sur le réseau de chaleur à venir, mais dont le déploiement par la Communauté d'agglomération du Pays de Dreux n'en est qu'aux études de faisabilité et de programmation, selon la réponse apportée par

l'établissement sur ce point dans le cadre de la contre-expertise. Même si une mise en service de ce réseau est annoncée pour 2030, donc à une échéance compatible avec le planning de réalisation du bâtiment MCO, un risque subsiste que ce réseau ne soit pas opérationnel à l'ouverture du nouvel hôpital. En réponse, l'établissement indique que le projet intègre un réaménagement de la chaufferie actuelle pour apporter un secours couvrant 100% des besoins, si bien qu'en cas d'indisponibilité du réseau de chaleur cet équipement pourra s'y substituer. Cette réponse n'est pas pleinement satisfaisante dans la mesure où, si une telle situation devait se produire, l'établissement n'aurait alors de fait plus de secours sur la production de chaud (une avarie ou un sinistre important sur la chaufferie conduirait alors à ne plus avoir de production de chaud sur le site).

Par ailleurs, il apparaît que les caractéristiques de ce réseau de chaleur (tracé, dimensionnement...) ne sont pas encore connues, ce qui représente une incertitude technico-économique, notamment pour la phase de consultation de maîtrise d'œuvre (sur la base de quelles hypothèses les candidats admis à concourir pourront-ils envisager les dispositions techniques adéquates et surtout évaluer les coûts correspondants, coûts qui peuvent sensiblement fluctuer en fonction de l'éloignement et des caractéristiques du réseau de chaleur ?).

Néanmoins cette solution, si elle est réalisable, est bien évidemment tout à fait opportune et devra être menée à son terme.

Recommandation :

Evaluer le risque que le réseau de chaleur ne soit pas disponible au moment des travaux et de la mise en exploitation du futur hôpital. Si ce risque est jugé résiduel, maintenir les dispositions prévues dans le tome 2 du PTD ; si ce risque est jugé conséquent, bâtir un autre scénario d'approvisionnement énergétique parfaitement réalisable pour la mise en service du futur hôpital, tout en préservant la possibilité à terme d'un raccordement sur le réseau de chaleur quand celui-ci sera opérationnel.

Principes retenus en matière de standardisation, de mutualisation et de modularité des locaux

Les nécessaires exigences de standardisation, de mutualisation et de modularité attendues pour ce type d'opération présentent les limites suivantes :

- Les maquettes organisationnelles proposées s'éloignent de l'objectif de standardisation énoncé à raison préalablement dans le document : unités de 24+4 lits, 26+4 lits et de 15 lits... Sur ce point, la réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la présente contre-expertise n'est pas pleinement satisfaisante puisqu'elle ne consiste qu'à rappeler les dispositions techniques retenues (configuration des locaux et circulations, principes constructifs...) pour faciliter les réaménagements ultérieurs, réaménagements qui nécessiteront a minima des travaux de second-œuvre alors que la modularité visée s'entend comme pouvant être mise en œuvre sans devoir réaménager les locaux.
- Par ailleurs, il est demandé de prendre en compte des charges au sol spécifiques pour certaines activités (lits bariatriques notamment), ce qui contrevient au principe de flexibilité affiché à raison en d'« uniformiser les surcharges de plancher en organisant des plateaux homogènes afin de pouvoir déplacer sans difficulté une activité ».

Recommandation :

Autant que faire se peut, poursuivre l'ambition de standardisation des unités d'HC en envisageant des locaux conçus pour des unités de capacités identiques et efficaces.

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Moyens mis en œuvre

A priori, l'établissement a mis en œuvre ou envisage de mettre en œuvre, tous les principaux moyens externes nécessaires pour conduire le projet (AMO, Maître d'œuvre...). Par contre, le dossier ne fournit aucune indication sur les moyens internes mobilisés pour suivre et piloter l'opération.

Méthodologie et moyens déployés pour conduire la concertation

Le dossier initial soumis à contre-expertise fournit très peu d'éléments sur les nécessaires démarches d'information et de concertation que la mise en œuvre d'une telle opération impose pour assurer à la fois la qualité du projet et son appropriation par les différents acteurs. Dans le cadre de la contre-expertise, l'établissement a donc été interrogé sur ce point et la réponse qu'il a apportée reste minimale dans son contenu, si bien que **cet enjeu opérationnel de communication et de concertation peut apparaître comme peu essentiel pour l'établissement et qu'il devrait donc faire l'objet d'une attention et d'un investissement plus importants.**

Recommandation :

Pour la suite du projet et si cela n'a pas déjà été réalisé, établir une stratégie de communication, de concertation et de gouvernance formalisée et détaillée et mettre en place tous les moyens nécessaires à la mise en œuvre de celle-ci (le cas échéant en faisant appel à des prestataires spécialisés).

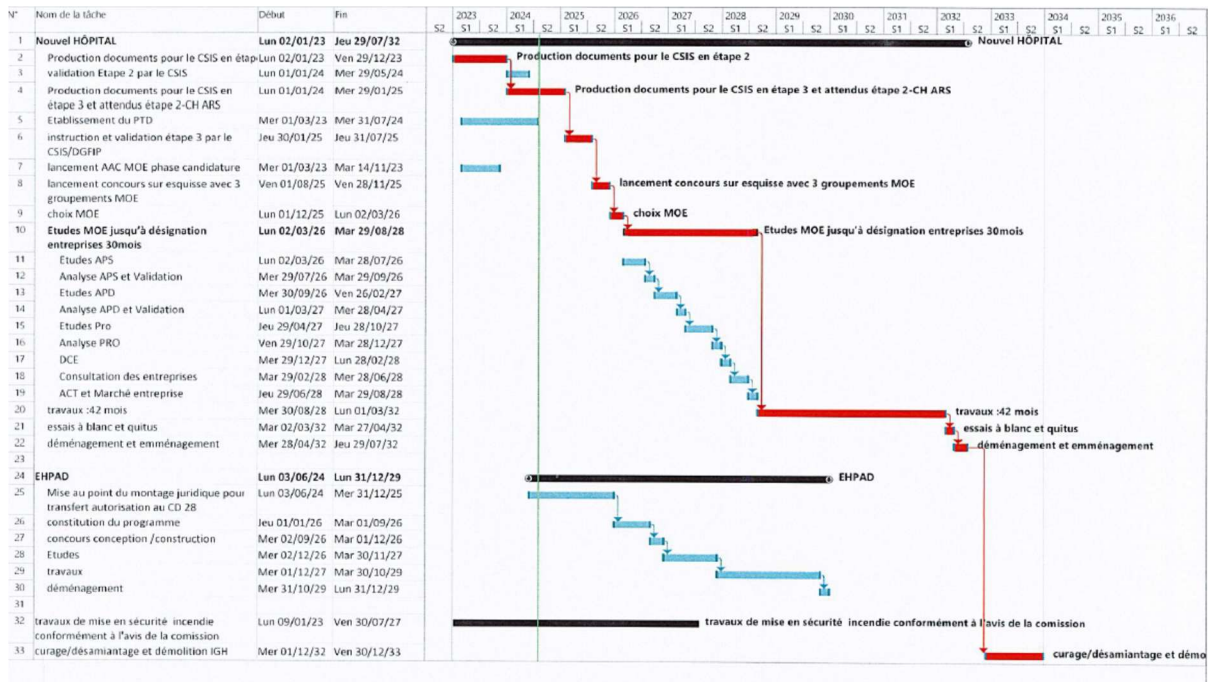
Montage opérationnel

Justification de la procédure retenue

Le choix du montage opérationnel retenu (selon les principes de la loi MOP) est tout à fait opportun et la motivation de cette décision est tout à fait pertinente.

Planning général de l'opération

Date de début des travaux	<ul style="list-style-type: none">- Phase 1 : Amélioration sécurité IGH : 2024- Phase 2 : Construction bâtiment neuf et rénovation : mi 2027- Phase 3 : emménagement et déménagement : 01/ 2031- Phase 4 : démolition IGH : 2032
Date de livraison	<ul style="list-style-type: none">- Phase 1 : 12/2025- Phase 2 : 12/2030- Phase 3 : 06/2031- Phase 4 : 2032



Le planning présenté est cohérent dans sa construction et dans les durées affectées à chaque tâche. Il gagnerait, pour une meilleure maîtrise opérationnelle et un suivi d'avancement plus précis, à être complété de toutes les tâches nécessaires, quand bien même celle-ci ne seraient pas sur le chemin critique, comme la consultation de tous les prestataires (et pas seulement le maître d'œuvre et les entreprises), les procédures administratives (demande de PC, dossier ICPE, démarche ESSP...).

A noter enfin, que ce planning est fondé sur un lancement de la phase concours le 01 août 2025, alors que très certainement, cette procédure ne pourra pas être engagée avant le mois d'octobre 2025, après la validation de l'opération. Cet écart reste toutefois résiduel à l'échelle de l'opération.

Recommandation :

Si cela n'a pas déjà été fait, établir un planning général précis, reprenant et ordonnant toutes les tâches dont la réalisation est nécessaire à l'aboutissement du projet.

Marché de maîtrise d'œuvre

S'agissant du choix du maître d'œuvre, l'établissement a lancé la consultation le 14 juin 2023 et arrêté la liste des trois candidats admis à concourir après un avis du jury rendu le 14 novembre 2023. La procédure a ensuite été mise en suspens, dans l'attente de la validation de l'opération. A priori, l'établissement entend poursuivre cette consultation dès que la validation aura été prononcée. Cette position, ainsi que l'examen des pièces remises sur le sujet dans le cadre des questions/réponses, appellent les observations suivantes :

- Compte-tenu de l'avancement actuel de l'opération, avec une validation définitive qui devrait intervenir dernier trimestre 2025, cette phase de concours ne pourra être lancée qu'au moins 2 ans après le choix des candidats admis à concourir, délai très important qui représente un risque pour la validité de la procédure au plan juridique, mais aussi au plan opérationnel, étant entendu que des équipes qui se sont constituées, présentées et engagées courant 2023 ne

seront peut-être plus opérationnelles en 2025-2026 (les trois équipes admises à ce jour à concourir sont constituées de 11 à 12 membres, soit co-traitants, soit sous-traitants).

- La lecture du PV du jury du 14 novembre 2023 et du tableau d'analyse des candidatures fait apparaître que deux des trois candidats admis à concourir ont dans leur équipe le même prestataire pour la conception de l'hélistation (BET Heli Consulting). Cette situation est a priori explicitement autorisée dans le règlement de consultation et ce BET n'est, dans les deux équipes, qu'un sous-traitant, mais, dès lors que la conception de l'hélistation interagit nécessaire avec la conception de l'ensemble du bâtiment, il se pose la question de l'intervention de ce BET durant la phase de concours : sa compétence peut être requise pour établir les esquisses attendues mais une dissociation totale des équipes concourant doit être assurée pour que la consultation ne soit pas biaisée, si bien qu'il ne pourra pas travailler pour les deux équipes.

Recommandation :

Relancer le concours de maîtrise d'œuvre, ou à défaut, si le choix est fait de poursuivre la procédure lancée en 2023, sécuriser ce scénario au plan juridique et au plan opérationnel et traiter la question du BET commun à deux équipes admises à concourir.

S'agissant du contenu du futur marché de maîtrise d'œuvre, le RESE indique en page 26 qu'il sera demandé aux candidats maîtres d'œuvre, dans le cadre du concours, une « analyse fine » ou une étude de circulation. Cette disposition apparaît inopportune : cette prestation relève de compétences spécifiques a priori non attendues dans les équipes de maîtrise d'œuvre et suppose de disposer de données qui ne seront pas nécessairement à la main des candidats. Il serait plus pertinent de mener une telle réflexion en amont du concours et d'en fournir les résultats aux candidats, de sorte qu'ils ajustent leurs propositions en conséquence.

Par ailleurs, sur quelques points, le contenu du tome 1 du PTD est insuffisamment précis ou clair sur ce qui est attendu du maître d'œuvre en termes de conception :

- Sur la question de la relocalisation de l'aérobulle et de la prise en compte des contraintes aéronautiques les indications portées en pages 15 et 28 du document sont imprécises ou ambiguës : qui réalisera l'étude de relocalisation provisoire de l'aérobulle sur l'aérodrome de Vernouillet ? A priori cette étude ne concerne pas le maître d'œuvre du projet du projet de reconstruction du bâtiment MCO...
- Sur le traitement des extérieurs, des accès et des VRD évoqué en page 27, le document ne précise pas le périmètre d'études et de propositions sur lequel le maître d'œuvre devra intervenir ; en corollaire à cette question, il y a un enjeu en termes de définition, de chiffrage et d'intégration au coût d'objectif fixé au maître d'œuvre, des travaux de VRD.
- Sur le choix des sources d'énergie, évoqué pages 44 et 45, les études de site ne pourront pas être menées par les candidats dans le cadre du concours, si bien qu'ils seront dans l'impossibilité à ce stade de proposer des solutions techniques faisables et opportunes.

Recommandation :

En amont de la consultation de maîtrise d'œuvre, mener une réflexion qui aboutisse à un plan d'aménagement et de circulation de l'ensemble du site auquel la conception du futur hôpital devra se conformer et limiter la mission de maîtrise d'œuvre à des études de conception relevant de ses compétences et portant sur des sujets de sa responsabilité.

Cartographie et maîtrise des risques

En page 51 du RESE la réponse de l'établissement aux attendus en termes de cartographie et maîtrise des principaux risques est hors sujet au sens où aucun risque lié à la mise en œuvre du projet immobilier n'est évoqué.

Recommandation :

Dans le cadre d'une gestion de projet professionnalisée, établir une cartographie des risques liés à la réalisation du projet immobilier qui envisage les principaux risques, les évalue au niveau de leur probabilité et de leur gravité et propose les actions ou démarches nécessaires pour les circonscrire.

Autres procédures administratives

Le dossier présenté est muet sur les enjeux environnementaux liés à la biodiversité et à la gestion des eaux, ainsi que sur les procédures et autorisations administratives attachées à ces sujets. Or, comme il est établi précédemment, l'emprise au sol du projet sera de l'ordre de 12.000 m², au-delà donc du seuil de 10.000 m² visé à l'annexe à l'article R122-2 du code de l'environnement dont un extrait est repris ci-dessous ; le projet est donc à minima « soumis à examen au cas par cas », examen qui peut déboucher sur l'obligation de mener une évaluation environnementale et de conduire toutes les procédures réglementaires d'information et de consultation du public correspondantes. Il peut s'agir là d'un éventuel point de fragilité de l'opération si d'importantes enjeux environnementaux sont identifiés ou si le projet rencontre une opposition. Par ailleurs, si de telles études et procédures doivent effectivement être menées, elles devront être intégrées au planning de l'opération, ce qui conduira très certainement à reporter certaines échéances.

Catégories de projets	Projets soumis à évaluation environnementale	Projets soumis à examen au cas par cas
39. Travaux, constructions et opérations d'aménagement.	<p>a) Travaux et constructions qui créent une emprise au sol au sens de l'article R. *420-1 du code de l'urbanisme supérieure ou égale à 40 000 mètres carrés dans un espace autre que :</p> <ul style="list-style-type: none">- les zones mentionnées à l'article R. 151-18 du code de l'urbanisme, lorsqu'un plan local d'urbanisme est applicable ;- les secteurs où les constructions sont autorisées au sens de l'article L. 161-4 du même code, lorsqu'une carte communale est applicable ;- les parties urbanisées de la commune au sens de l'article L. 1113 du même code, en l'absence de plan local d'urbanisme et de carte communale applicable ; <p>b) Opérations d'aménagement dont le terrain d'assiette est supérieur ou égal à 10 hectares ;</p> <p>c) Opérations d'aménagement créant une emprise au sol au sens de l'article R. *420-1 du code de l'urbanisme supérieure ou égale à 40 000 mètres carrés dans un espace autre que :</p> <ul style="list-style-type: none">- les zones mentionnées à l'article R. 151-18 du code de l'urbanisme lorsqu'un plan local d'urbanisme est applicable ;- les secteurs où les constructions sont autorisées au sens de l'article L. 161-4 du même code, lorsqu'une carte communale est applicable ;- les parties urbanisées de la commune au sens de l'article L. 111-3 du même code, en l'absence de plan local d'urbanisme et de carte communale applicable.	<p>a) Travaux et constructions qui créent une surface de plancher au sens de l'article R. 111-22 du code de l'urbanisme ou une emprise au sol au sens de l'article R. *420-1 du code de l'urbanisme supérieure ou égale à 10 000 mètres carrés.</p> <p>b) Opérations d'aménagement dont le terrain d'assiette est compris entre 5 et 10 hectares ou, dont la surface de plancher au sens de l'article R. 111-22 du code de l'urbanisme ou une emprise au sol au sens de l'article R. *420-1 du code de l'urbanisme supérieure ou égale à 10 000 mètres carrés.</p>

Recommandation :

Si cette démarche n'a pas déjà été menée, consulter les services compétents de l'Etat (Préfecture, DDT et DREAL), de sorte à avoir un cadrage de l'ensemble des études et procédures à mener au titre des enjeux environnementaux pour obtenir toutes les autorisations requises

EVALUATION DU COUT DE L'OPERATION

La valeur finale de l'opération est présentée à 246,9 M€ TTC TDC. Ce montant se décompose en :

- **7,5 M€ TTC** de mise en sécurité incendie de l'actuel IGH. Ce coût significatif a été détaillé par l'établissement lors des questions/réponses en cours d'expertise. Les chiffres présentés dans ce cadre ne sont pas conformes à l'estimation de 7,5 M€ mise en avant dans le dossier : il est fait état, en phase 1, de la conception, de la réalisation et de l'exploitation sur 5 années d'un dispositif de brouillard d'eau et d'un compartimentage pour un montant de 6,41 M€ TTC et, en phase 2, d'une rénovation du désenfumage pour 4,14 M€ TTC. Le coût de cette intervention serait donc de 10,55 M€ TTC et non de 7,5 M€ TTC. Par ailleurs, aucune indication n'a été donnée pour justifier qu'un tel investissement pour un bâtiment destiné à être à terme détruit, ne pouvait, tout ou parti, être évité par des mesures compensatoires d'exploitation mises en place jusqu'à la fermeture du bâtiment.
- **10 M€ TTC** de destruction de l'actuel IGH, coût détaillé et pleinement justifié dans le document « RÉPONSES AUX ATTENDUS FORMULÉS PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE NATIONAL DE L'INVESTISSEMENT SANITAIRE LE 28/03/2024 ».
- **7 M€ TTC** d'équipement biomédical et le mobilier dédié au projet. Par contre, le document « RÉPONSES AUX ATTENDUS FORMULÉS PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE NATIONAL DE L'INVESTISSEMENT SANITAIRE LE 28/03/2024 » fait état d'un plan d'investissement de 5 M€ pour les systèmes d'information sans préciser ce qui concerne le projet dans ce programme. Quoiqu'il en soit, aucune provision n'est prévue dans le chiffrage de l'opération pour le poste SI, ce qui constitue de fait une carence.
- **222,4 M€ TTC** pour la reconstruction sur site, à proprement parlé, du bâtiment MCO.

La détermination de ce dernier coût est conduite de façon méthodique, précise et pertinente. Le montant des travaux est établi à partir de ratios de coût de construction différenciés selon la nature des locaux (de 1.900 € HT/m² SDO pour des locaux logistiques à 3.700 €HT/m² SDO pour le bloc opératoire), ce qui conduit à un ratio moyen global de 2.622 €HT/m² SDO (hors VRD), cohérent compte-tenu de la nature du projet, même s'il peut être jugé quelque peu « optimiste ». Le ratio Valeur Finale TDC TTC / coût Tx HT est de 1,72, conforme à ce qui est constaté pour ce type d'opération. Les provisions pour aléas techniques (9,1 % du montant des travaux) et pour aléas économiques (calculées à partir du planning de l'opération avec l'hypothèse d'une inflation de 2,3%/an en 2024, 2,1%/an en 2025 et de 1,8%/an les années suivantes/an), ainsi que le coût des prestations intellectuelles sont notamment correctement évaluées.

A noter que l'absence d'informations quant aux caractéristiques des sols (à part une donnée générale plutôt défavorable (risque moyen au regard de l'aléas de retrait-gonflement des argiles) et à l'éventuelle nécessité de prévoir des fondations spéciales introduit une Incertitude sur le coût du gros-œuvre. Il en va de même pour le traitement des eaux pluviales, dont les conditions d'évacuation restent à être précisées, en fonction des caractéristiques de la construction, mais aussi du contexte général du site et des capacités d'évacuation ou d'infiltration présente sur le terrain, capacités qui n'apparaissent pas clairement établies dans le PTD

Recommandation :

Il serait souhaitable, qu'avant la désignation du maître d'œuvre, l'établissement fasse réaliser une mission de type G1, ainsi que des tests de perméabilité des sols. Cette démarche permettrait de mieux circonscrire le coût des fondations et des ouvrages d'évacuation des eaux pluviales, et, se faisant, de consolider le coût des travaux et le montant de l'opération.

Il est nécessaire de provisionner dans le budget de l'opération les sommes nécessaires aux SI.

RESPECTS DES ATTENDUS EXPRIMES PAR LE COPIL EN PHASE 2

	Formulation de l'attendu	Appréciation de la réponse apportée par l'établissement dans le dossier pour validation
Attendu 2 : Stabiliser les paramètres techniques du projet dans le cadre de la mise au point du PTD		
	Sécuriser la problématique de l'accessibilité au site. Valider la création d'un l'accès au site par la RN154 avec les services de l'Etat et de la Mairie ou arrêter la proposition alternative en détaillant ses conséquences en matière de gestion des flux et de coûts au vu de l'enveloppe budgétaire du projet	Au terme d'une étude spécifique, l'établissement a renoncé à créer cet accès sur la RN154, ce qui est, au regard des enjeux urbains (accès, perception de l'hôpital...), tout à fait opportun.
	Présenter en détails les points d'articulation entre les différentes opérations prévues afin de sécuriser la faisabilité calendaire	Ce point est bien traité dans le dossier
	Préciser le positionnement et le dimensionnement des magasins généraux	Ce point est bien précisé dans le dossier
	Préciser les projets relatifs à l'exploitation des réserves foncières prévues	Ce point est bien précisé dans le dossier
Attendu 3 : Fiabiliser le coût global TTC TDC VFE de l'opération		
	Réaliser une analyse de l'existant et présenter un plan d'investissement pour les équipements biomédicaux et SI. Sécuriser le financement de l'enveloppe équipements réévaluée.	Eléments remis dans le dossier
	Adapter le Tome 2 du PTD afin de sécuriser les coûts liés aux prestations techniques du nouveau bâtiment au regard des remarques du CSIS	Corrections et précisions apportées dans le dossier
	Préciser le calendrier de réalisation ainsi que le coût de démolition de l'IGH	Fait dans le dossier

Il peut être globalement estimé que le dossier remis par l'établissement pour validation répond de façon satisfaisante aux attendus exprimés par le COPIL au terme de l'étape 2.

CONCLUSION GENERALE

ODS : La reconstruction du Centre Hospitalier de Dreux constitue un projet structurant pour l'offre de soins du territoire nord de l'Eure-et-Loir. Positionné sur un bassin de vie fragile, tant sur le plan démographique que socio-économique, et marqué par une faible densité médicale, l'établissement joue un rôle de recours essentiel dans le paysage sanitaire local. Son positionnement géographique singulier, au carrefour de trois régions, en fait un maillon indispensable de l'accessibilité territoriale aux soins, renforcé par l'absence d'alternative hospitalière à moins de 30 minutes de trajet.

Le projet médical présenté est cohérent avec les besoins de santé identifiés et répond aux orientations du Plan Régional de Santé du Centre-Val de Loire, ainsi qu'au Plan Médical Partagé du GHT HOPE. L'effort de structuration de l'activité autour d'un virage ambulatoire affirmé et le renforcement des filières de spécialité permettent de répondre de manière pertinente aux enjeux du territoire, tout en s'inscrivant dans une logique de redéploiement capacitaire raisonné.

S'agissant du dimensionnement capacitaire, les contre-experts valident les choix opérés, tant sur le nombre de lits et de places que sur le dimensionnement des plateaux techniques et du plateau de consultation. Si les hypothèses d'évolution d'activité à horizon 2031 peuvent apparaître particulièrement volontaristes, elles trouvent davantage de cohérence dans une perspective à horizon 2040. Ce calibrage permet ainsi d'anticiper les besoins populationnels futurs, sans viser une saturation immédiate du nouvel hôpital dès son ouverture. Le dimensionnement retenu, avec 363 lits d'hospitalisation complète (contre 381 en 2023) et 66 places en ambulatoire (contre 46 actuellement), traduit une orientation claire vers le virage ambulatoire. Il répond de manière satisfaisante aux besoins de recours et aux évolutions attendues de la prise en charge sur le territoire. Il devra toutefois s'accompagner d'investissements majeurs en matière de ressources humaines – notamment pour répondre aux risques en termes d'attractivité médicale – et d'une dynamique volontariste de montée en charge de l'activité. **Pour atteindre les objectifs visés, l'établissement devra dès à présent renforcer ses coopérations territoriales, en particulier avec la médecine de ville, afin de limiter les fuites et construire une offre de proximité structurée et coordonnée.**

La **trajectoire budgétaire et financière** présentée par le Centre Hospitalier de Dreux apparaît **insuffisamment étayée** et **manque de cohérence** avec les hypothèses d'activité retenues dans le cadre du projet immobilier. En l'état, cette trajectoire **ne peut être considérée comme fiable**, compte tenu des nombreuses **incohérences et imprécisions** relevées au cours de la contre-expertise. Il est donc indispensable que l'établissement procède à un **recalibrage complet de sa trajectoire financière**, en l'alignant précisément avec l'évolution projetée de l'activité et les impacts liés à la mise en service du nouvel hôpital.

La trajectoire financière de l'établissement constitue, selon les contre-experts, le principal facteur de risque du projet. En l'état, les prévisions budgétaires reposent sur des **recettes surévaluées ou non justifiées, générant un déséquilibre structurel de la trajectoire financière** à moyen terme. Cette situation entraînerait inévitablement une dégradation significative de la situation financière de l'établissement avant même l'ouverture du nouvel hôpital, compromettant de fait toute capacité d'autofinancement du projet, pourtant affichée comme un levier de financement complémentaire.

Il est donc impératif que cette trajectoire soit profondément retravaillée, afin d'être parfaitement alignée avec les hypothèses réalistes d'évolution d'activité, de montée en charge, d'efficacité organisationnelle et d'impact immobilier. **Une cohérence globale entre la stratégie d'offre de soins, l'organisation cible et les projections financières est indispensable pour garantir la viabilité du projet, sa soutenabilité financière, ainsi que la sécurisation du financement global à court et moyen terme.**

Au plan immobilier, au terme d'un processus d'études, de concertations et d'instructions, l'établissement soumet à validation **un projet dont les fondements sont avérés et le contenu est à la fois cohérent et pertinent.** Le parti d'aménagement retenu fait l'objet d'une justification documentée, mais **la dimension urbaine du projet est insuffisamment abordée et traitée**, si bien que la solution proposée est de nature à dégrader les conditions d'accès, notamment en transports en commun ou à pied, ainsi que la perception de l'équipement par les usagers. Cette question laisse encore un certain nombre d'impensés en matière d'aménagement de surface et le porteur du projet entend confier le traitement de ces points au maître d'œuvre, ce qui peut venir compliquer et perturber le jugement du concours.

RAPPEL DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. **Reconstruire intégralement la trajectoire financière en cohérence avec le projet d'investissement et le plan d'efficacité.**
2. **Renforcer le plan d'efficacité**
3. **Effectuer le versement des subventions d'investissement à la survenance effective des décaissements liés au projet immobilier pour qu'elles ne puissent servir à compenser le déficit très probable de ressources du tableau de financement avant livraison effective du projet.**
4. **Harmoniser l'ensemble des documents du projet (dimensionnement, PGFP, projections médicales, projection RH, Plan d'efficacité, etc.), qui présentent aujourd'hui des incohérences majeures entre les hypothèses d'activité, d'organisation, et de financement.**

Avant le lancement du concours de maîtrise :

5. **Etudier un scénario d'implantation du futur hôpital au Nord de l'actuel IGH et comparer cette solution avec celle présentée dans le dossier, en intégrant notamment les enjeux urbains.**
6. **En concertation avec les collectivités compétentes, mener une réflexion sur un plan de réaménagement du site qui intègre tous les enjeux urbains attachés à l'opération : accès, image et rôle du futur hôpital dans le quartier et la ville.**
7. **Mener les investigations techniques nécessaires à la levée de certaines incertitudes et prévoir toutes les procédures réglementaires préalables à l'obtention des autorisations nécessaires.**
8. **Amender le PTD au regard des observations formulées sur l'organisation fonctionnelle ou l'équipement technique.**
9. **Circonscrire et préciser les missions du maître d'œuvre, notamment dans le dossier de consultation du concours de maîtrise d'œuvre (PTD et projet de CCTP et de CCAP).**
10. **Formaliser une stratégie de communication et de concertation et mobiliser tous les moyens nécessaires afférents.**