

Rapport au Secrétaire général pour l'investissement

Contre-expertise

de l'évaluation socio-économique

du projet du Centre Hospitalier d'Avignon



Jun 2024

Table des matières

Introduction

1. Volet offre de soins
2. Analyse du volet immobilier
3. Soutenabilité financière

INTRODUCTION

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements financés par l'Etat et ses établissements publics et une contre-expertise indépendante de cette évaluation lorsque le niveau de financement dépasse un seuil que le décret d'application de la loi a fixé à 100 M€.

C'est en respectant toutes les règles prévues dans le décret d'application (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre experts, délais) que le SGPI a fait réaliser cette contre-expertise indépendante de l'évaluation de ce projet concernant le projet du Centre hospitalier d'Avignon.

I – VOLET OFFRE DE SOINS

1) Objet et enjeux organisationnels et fonctionnels du projet

1-1 Présentation de l'établissement dans son environnement.

1-1.1 Situation actuelle

- Le CHA est un établissement de taille moyenne, situé dans le chef-lieu du département du Vaucluse (84). Etablissement de référence départementale, il est le support du GHT 84 qui comprend 11 établissements. Sa zone d'attractivité regroupe 30 communes sur 3 départements (Gard (30), Vaucluse (84), Bouches du Rhône (13).

- Le CHA assure à ce titre, trois niveaux de prise en charge.
 - o Recours départemental (réanimation, dialyse, neurovasculaire, maternité de niveau 2B, pédiatrie).
 - o Soutien des filières territoriales graduées au profit des établissements du GHT.
 - o Prise en charge de proximité avec une part importante de soins non programmés et d'urgences.

- Le CHA dispose actuellement de 864 lits et 112 places.
 - o 522 lits et places de médecine.
 - o 200 lits et places de chirurgie.
 - o 60 lits et places de gynécologie obstétrique.
 - o 3 SAU (adultes 58 000 passages, pédiatrie (34 000 passages), gynécologie obstétrique (14 800 passages)).
 - o 127 lits de soins médicaux et de réadaptation (SMR).
 - o 67 lits de long séjour.
 - o 1 plateau technique complet (imagerie, biologie, 14 salles de bloc opératoire, 6 salles de naissance et 2 salles de bloc en gynécologie obstétrique, 3 salles de cardiologie interventionnelle).

Situé à proximité de la Durance, le quartier regroupe en proximité immédiate du CHA, la clinique Rhône Durance, l'institut du cancer Avignon Provence, l'association d'HAD d'Avignon et de sa région, l'association de traitement de l'insuffisance rénale.

1-1.2 Etat des lieux fonctionnels du site actuel.

L'ensemble des activités sanitaires de l'établissement est réalisé sur un site unique.

Parmi les 27 bâtiments distincts sur le site, 5 sont dédiés aux soins :

- o Bâtiment central :
- o Un socle sur deux niveaux regroupant le plateau technique, les urgences adultes, la réanimation.
- o Ce socle est surmonté de deux tours, hospitalisation médecine (tour A) et hospitalisation chirurgie (tour B).
- o Bâtiment contigu au plateau technique des urgences adultes :
- o Secteur hémodialyse, lié à la tour A qui comprend la néphrologie.
- o Services administratifs.
- o Bâtiment Sud : accueil général patients et visiteurs.
- o Bâtiment mère-enfant.
- o Biologie et pharmacie.

Le projet de restructuration TERRAH concerne notamment le bâtiment central composé des tours A et B (402 lits de médecine et de chirurgie).

Construites en 1981, les tours sont vétustes et nécessitent des travaux importants de rénovation : mise à niveau des normes techniques, sécuritaire et d'accessibilité, rénovation hôtelière (pas de salle de bain dans les chambres dont 25% seulement sont individuelles), adaptation organisationnelle à l'évolution des prises en charge.

De plus, des phénomènes récurrents de saturation sont invoqués pour justifier d'une extension capacitaire dans différents domaines (soins critiques de neurovasculaire et de néphrologie, urgences adultes, hémodialyse).

Le CRI a validé en juillet 2022 l'extension de la réanimation et des soins continus adultes de 20 à 30 lits.

1-2 Périmètre du projet TERRAH 2030 soumis à contre-expertise.

1-2.1 Description du projet.

Le projet TERRAH 2030 concerne la restructuration des urgences, de la dialyse et des tours A et B de médecine et de chirurgie.

Le RESE relatif à ce projet a été remis à l'ARS le 8 décembre 2023.

Le projet TERRAH porte sur 50% des capacités d'hospitalisation de l'établissement.

Il comprend plusieurs opérations ou phases :

- Reconfiguration avec extension du SAU adultes pour une prévision de 75 000 passages par an.
- Restructuration complète des tours d'hospitalisation A et B (médecine, chirurgie) avec création de 2 plateaux dédiés aux prises en charge ambulatoire dans les étages inférieurs.
- Création d'un bâtiment supplémentaire pour accueillir :
Le centre d'hémodialyse étendu à 36 postes (dont 4 de repli/urgences).
82 lits d'hospitalisation portés temporairement à 126 lits pendant la période des travaux (+ 44 lits provisoires).
Construction d'un bâtiment administratif de type modulaire.

1-2.2 Le projet médical TERRAH 2030.

Le projet a été élaboré avec les représentants de la communauté hospitalière (commission du patrimoine créée en 2022), en lien étroit avec l'élaboration du projet stratégique 2023-2028.

Le projet médical TERRAH 2030 est présenté comme un projet organisationnel et immobilier en réponse aux enjeux de santé publique :

- Recours
- Le CHA dispose du seul service de réanimation du département 84 et des spécialités médicales et chirurgicales de recours.
- Donner aux différents services des capacités d'accueil adaptées et préserver des possibilités d'adaptation de l'offre de soins.
- Le très faible nombre de chambres seules actuellement (25%), ne permet pas de garantir la continuité des soins, particulièrement en contexte épidémique. D'où le besoin de disposer de plus de chambres seules avec cabinet de toilette individuel.
- Outre la nécessité de sécuriser l'exploitation des bâtiments par la reprise des installations techniques et incendie, l'établissement fait valoir le désengagement du privé sur certains segments de l'offre de soins en médecine et périnatalité.

1-2.3 Les principes structurants du projet TERRAH 2030.

Des principes structurants sont définis :

- Maintien d'une entrée unique du site.
- Réorienter l'accès urgences adultes, lisible et fonctionnel.
- Préserver "l'axe rouge" permettant la connexion de l'ensemble des activités medicotechniques.
- Garantir la flexibilité des espaces et des bâtiments afin de permettre les évolutions futures.
- Réaliser des travaux en site occupé avec une continuité de fonctionnement.
- Structurer des secteurs d'hospitalisation conventionnelle optimisés (UF de 14 lits standardisés et organisés en continuité).
- Standardisation des espaces.
- Distribution logistique automatisée.

Ces principes ont conduit à la nécessité de construire des surfaces hospitalières nouvelles, afin de rester conforme au projet médical et aux capacités cibles.

Des alternatives possibles, compatibles avec le schéma directeur du CHA, ont fait l'objet d'une analyse de pertinence, en lien avec un cabinet de conseil.

Observations :

Cohérence globale du projet organisationnel et immobilier, malgré sa complexité du fait de la réalisation de cette restructuration lourde en site occupé.

1-3 Le projet stratégique 2023-2028.

Il comprend plusieurs volets et en particulier un projet médico-soignant, un projet filières, un projet managérial et de gouvernance, un projet social.

1-3.1 Le projet médico-soignant

Il formule 4 ambitions :

- Organiser et structurer des filières de prise en charge à l'échelon territorial pour l'ensemble des établissements du GHT 84.
La structuration de parcours de soins performants dans les différentes pathologies s'appuie sur plusieurs mesures.
 - o Consultations avancées et actes techniques assurés par des PH du CHA sur différents sites du GHT.
 - o Réduction du délai de prise en charge par la définition de parcours accélérés, notamment en gériatrie, oncologie, ...
 - o Utilisation de la télémédecine.
 - o Développement du bed management et mise en place d'une cellule d'ordonnancement et de gestion des lits à l'échelon territorial.
- Renforcer l'efficacité du parcours patient.
 - o Modélisation pluridisciplinaire grâce à la coordination des parcours patients complexes (maladies chroniques) et au développement des IPA.
 - o Amplification du virage ambulatoire.
 - o Concept du patient 3D "digne, debout, détendu".
 - o Développement de l'HAD.
 - o Parcours intégrant l'amont et l'aval par la recherche d'alternatives à l'hospitalisation, les admissions directes, l'organisation précoce de la sortie dès l'entrée, la personnalisation de parcours et la flexibilité des organisations.
- Rendre le patient acteur et partenaire de sa prise en charge.
"Mieux informé, mieux accueilli, mieux intégré"
Les notions de patient expert, de patient partenaire sont mises en avant.
Le CHA met également l'accent sur l'accompagnement des professionnels dans ces évolutions.
- Promouvoir la recherche, l'innovation et le développement de filières d'excellence.
Cette ambition constitue un vecteur d'attractivité pour les professionnels et les patients.
En effet, le CHA a vécu des départs significatifs de chirurgiens en 2021-2022.

Observations :

Ces ambitions sont honorables mais restent encore au stade de principes et d'engagements généraux. Seules des modalités concrètes de mise en œuvre sont de nature à les rendre crédibles.

Face à ces ambitions, l'état des lieux semble en décalage.

L'établissement répond à ces interrogations en précisant que la mise en œuvre du projet d'établissement s'appuie sur une gouvernance renouvelée (autonomie, contractualisation interne, redécoupages des pôles) dans le cadre du projet managérial.

Un pôle ambulatoire a d'ores et déjà été créé.

L'établissement précise que l'année 2024 est celle de la mise en œuvre concrète de la nouvelle organisation, accompagnée par des formations-actions pour permettre aux nouveaux responsables de pôles de décliner une feuille de route découlant du projet d'établissement durant le deuxième semestre 2024.

Certains exemples de projets sont d'ores et déjà identifiés, voire opérationnels.

1-3.2 Les projets filières

- Unité saisonnière de 14 lits.

Le CHA constate un recours élevé aux urgences (45% en 2019 versus 36,6% en région) *.
108 000 passages, toutes urgences confondues, ont été enregistrées en 2022.

En 2022, le CHA a pu réorienter 12 000 passages vers la médecine de ville et diminuer ainsi l'afflux aux urgences.

Cependant le nombre de passages aux urgences suivi d'hospitalisation a augmenté de 7% entre 2019 et 2022.

50% personnes âgées >75 ans venues aux urgences sont hospitalisés ensuite (versus 2/10 pour l'ensemble de la population).

Ces tensions persistantes aux urgences motivent, pour le CHA, la création d'une unité saisonnière en lien avec le SAU pour les patients >75 ans.

Composée de 14 lits, cette unité serait ouverte de décembre à mars et durant les épisodes épidémiques, canicules, Le responsable médical serait un gériatre et le personnel non médical issu du pool de remplacement.

Ces 14 lits viendront compléter en période hivernale (12 semaines par an) une unité de 28 lits de court séjour gériatrique dédiés au post urgence.

Recommandation :

Un personnel paramédical stable est recommandé.

Le CHA pourrait utilement réfléchir à l'identification d'un service de médecine interne polyvalente, rattaché au SAU par redéploiement de capacité d'hospitalisation en provenance des différents services de spécialisés médicales, notamment ceux dont l'IPDMS est > 1.

* Panorama 2019 : taux de recours ; nombre de passages dans les services d'urgences par rapport à la population.

- **Service de médecine et de réadaptation polyvalente (SMR).**

L'offre du CHA comporte :

89 lits à orientation gériatrique dont 10 créés en 2022.

30 lits de rééducation fonctionnelle (20 locomoteur + 10 neurologie) et 8 places.

Seulement 55% des séjours en SMR proviennent du CHA.

Il en résulte un maintien prolongé de patients en court séjour, ce qui impacte l'IPDMS, supérieur à 1 et jusqu'à 1,41.

C'est la raison pour laquelle le CHA prévoit la création de SMR polyvalents en proximité du court séjour.

Par ailleurs, l'offre de SMR est faible sur le département 84 : à titre d'exemple, le département dispose de 14,4 places pour 10 000 habitants en 2021, versus 23,9 dans la région.

- **Hémodialyse**

15 900 séances ont été enregistrées en 2022 et des transferts fréquents ont été effectués.

La population du département est plus âgée et plus précaire que la moyenne régionale et de nombreux patients souffrent de comorbidité (âge, diabète, ...).

Les projections d'activité en nombre de patients/an sont estimés à +2,5% par an, par référence aux évolutions constatées de 2014 à 2022 :

2020 : 4 646 patients

Hypothèse basse : 4 904 patients (+ 45 patients par an).

Hypothèse haute : 5 334 patients (+ 95 patients par an).

L'objectif du CHA est de réorganiser le secteur sur la base d'un fonctionnement diurne uniquement, alors qu'actuellement des séances sont organisées en nocturne faute de places.

S'agissant d'un centre de proximité, de recours en urgence ou pendant la phase aiguë de la maladie, de repli pour les patients du territoire, le projet médico-soignant prévoit l'extension de 3 à 6 des lits de soins continus et de 2 à 4 des postes de repli.

Cette évolution permettra une meilleure organisation et une différenciation des circuits (dialyse chronique, dialyse aigüe, repli).

- Urgences adultes

Le SAU du CHA est le plus fréquenté du département 84 et le troisième le plus fréquenté de la région PACA.

Passages enregistrés en 2022 : 107 630 patients répartis ainsi :

58 000 adultes dont 44 300 externes, 13 770 hospitalisés et 4 350 UHCD.

35 000 enfants dont 28 300 externes.

15 000 gynécologie obstétrique dont 11 000 externes.

En 2022, 12 000 passages (12,6% des passages) ont été réorientés, dont 8 000 adultes et 3 600 enfants.

La croissance annuelle projetée en nombre de passages est de 2% par an avec un taux de réorientation évalué à 14,4%.

Le dimensionnement cible des urgences adultes est ainsi projeté à 75 000 passages par an.

Objectifs fixés par le projet médico-soignant :

- Zéro brancards patients dans les couloirs.
- Orientation précoce par IOA 24h/24.
- Développement de filières spécifiques dont accès direct à l'hospitalisation, notamment en gériatrie.

1-3.3 Le projet managérial et de gouvernance.

Il s'appuie sur quatre piliers :

- Renforcer la place des médecins et soignants dans la gouvernance autour d'une stratégie partagée.
- Travailler en mode projet pour concrétiser les orientations du projet d'établissement et renforcer l'autonomie des pôles.

A titre d'exemple : formation action dispensée dans le cadre de la déclinaison du projet d'établissement au sein des pôles.

- Améliorer la compréhension par chaque agent du sens du projet du CHA et développer son sentiment d'appartenance.
- Promouvoir la qualité, la sécurité des soins et la gestion des risques.

Observations :

Ces quatre piliers mettent en lumière la volonté de la gouvernance de renforcer l'implication des responsables médicaux dans la stratégie du CHA et de répondre à certaines des observations formulées par la HAS lors de la visite de certification en 2023.

1-3.4 Le projet social.

Ses objectifs :

- Renforcer l'attractivité externe pour les professionnels.
- Fidéliser les personnels en créant un environnement professionnel porteur.
- Assurer un développement des ressources humaines au service du projet d'établissement.

Observations :

Volonté affichée par la gouvernance d'accompagner, de mobiliser les professionnels dans la conduite du changement et de réarmer le CHA dans les différentes spécialités médicales et chirurgicales.

2) Cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale de l'offre de soins et au SROS-PRS.

2-1 Evolution de la population à l'horizon 2050 sur le territoire de santé (TS).

2-1.1 Projection de la population à l'horizon 2050 sur le TS 84.

Le département comptait en 2019 : 560 719 habitants, soit 11% de la population PACA.

Les projections à 2050 tablent sur une évolution démographique de 3%, identique à l'ensemble de la région.

Selon le scénario réalisé par l'INSEE, le département 84 devrait atteindre 575 000 habitants à l'horizon 2050 (+ 14 000 par rapport à 2019).

Cette population se caractérise par :

- Un vieillissement significatif.
- Un habitant sur 5 du département aura + de 75 ans en 2050, 1/3 aura plus de 60 ans.
- Les + de 75 ans représenteront 18,9% de la population en 2050/versus 10,4% en 2019, soit un doublement.
- Le 84 est également le deuxième département le plus jeune de la région (23,7% de la population à moins de 20 ans en 2019).

2-1.2 Caractéristiques sociales.

Précarité marquée : 5e département le plus pauvre de la France métropolitaine et 1er département le plus pauvre de la région PACA.

Le taux de recours aux urgences est de 45,1%/36,6% pour la région PACA (Cf. ci-dessus).

L'offre libérale est inférieure par rapport au reste de la région et de la France métropolitaine. Les solutions d'aval sont limitées, notamment en SSR.

La densité de généralistes a connu une baisse importante entre 2011 et 2021 : -21% dans le 84, -14% en PACA, -4,9% en France métropolitaine.

2-1.3 Etat de santé de la population du 84.

- Prévalence des maladies chroniques, diabète, cardiovasculaire, cancer, ...
Faible participation aux dépistages des cancers et couverture vaccinale inférieure à la moyenne nationale.
- La mortalité est la plus élevée de la région, la cause principale étant le cancer.
752,7 décès/100 000 habitants dans le 84
718,9 décès/100 000 habitants en région PACA.

Observations :

Caractéristiques au territoire de santé 84 :

Vieillesse, précarité, faible recours aux soins spécialisés en raison de la démographie médicale et des difficultés d'accès aux spécialistes libéraux.

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques est attendue.

2-2 Opportunité du projet sur les domaines d'activités concernées, dans le territoire de santé et au sein du GHT.

2-2.1 Positionnement du CHA par rapport aux autres structures sur le territoire de santé et la zone d'attractivité.

Le bassin de recrutement du CHA est large.

Sa zone d'attractivité recouvre le département du Vaucluse (84), le nord des Bouches du Rhône (13) et l'est du Gard (30) et représente 542 265 habitants.

76,7% des séjours des habitants du bassin de recrutement sont réalisés dans un établissement de ce même bassin.

Le taux de fuite en dehors du bassin est de 23,3%.

Le taux de recours au CHA, sur le département du Vaucluse, est de 292,65 séjours/1 000 habitants et proche du taux de recours national.

Le CHA recrute 80% de sa patientèle sur le bassin de recrutement.

La Part de Marché Global (PDM) du CHA sur les séjours réalisés par les habitants de son bassin de recrutement, représentent 27,8% des séjours, soit 64 477 séjours sur 232 235 séjours totaux sur le bassin de recrutement en 2022.

Le taux d'attractivité du CHA est de 20% pour des patients en dehors du bassin de recrutement.

Nb séjours du CH Avignon	2018	2022
--------------------------	------	------

Séjours de patients hors BR	13 995	16 184
Séjours de patients issus du BR	61 098	64 477
Total général	75 093	80 661
Taux d'attractivité	18.6%	20.1%

Les autres acteurs significatifs du bassin sont la clinique Sainte-Catherine spécialisée en cancérologie (11% des PDM) et la clinique chirurgicale Fontvert (7% des PDM).

2-2.2 Evolution des parts de marché sur les activités impactées par le projet.

Les parts de marché du CHA sont élevées en médecine, obstétrique, néonatalogie.

Elles sont faibles en chirurgie et activités interventionnelles.

Entre 2018 et 2022, le CHA a enregistré une baisse significative des PDM en chirurgie, néonatalogie, et bien que plus faiblement, en médecine également.

Les causes avancées tiennent aux départs de praticiens et aux difficultés de recrutement.

○ En médecine

Le CHA détient 37% des PDM sur le bassin de recrutement.

Sur le périmètre du projet TERRAH, le nombre de séjours de médecine sur le bassin de recrutement a augmenté de 10,3% entre 2018 et 2022, alors qu'il n'a augmenté que de 7,3% pour le CHA sur la même période.

Observations :

Faible dynamique relative du CHA, notamment en ambulatoire médical.

Le taux de fuite est élevé.

La concurrence ne vient pas seulement du privé (clinique Sainte-Catherine) mais aussi des centres hospitaliers environnants (CHU Nîmes, APHM) qui ont réalisés plus précocement leur mutation vers l'ambulatoire médical alors que le CHA a stagné.

○ En chirurgie

Le CHA détient 13,4% des PDM sur le bassin de recrutement.

Baisse significative des parts de marché, notamment en OPH, ORL, digestif, chirurgie infantile, en lien avec des départs de praticiens.

Seule l'orthopédie se maintient (chirurgie d'urgence).

Evolution des PDM 2018-2022 :

Pour le CHA, baisse de 13,3% versus baisse de 4,3% pour les établissements du bassin de recrutement.

La part de chirurgie ambulatoire sur la période est également en baisse, en lien notamment avec le COVID. Elle passe de 11% en 2018 à 8% en 2022.

La part de chirurgie programmée passe de 12% en 2018 à 10% en 2022.

Les principaux concurrents du CHA sont les cliniques privées implantées sur Avignon (clinique Fontvert, ...).

Observations :

Position fragile et peu dynamique en chirurgie conventionnelle et ambulatoire.

La part de non programmé en chirurgie ne justifie pas du faible dynamisme du recrutement programmé.

○ Activités peu invasives (endoscopie, cardiologie).

Le CHA détient 15% des PDM sur le bassin de recrutement, avec une tendance à la hausse : +11,6% séjours versus -1,4% sur le bassin de recrutement entre 2018 et 2022.

Les principaux concurrents du CHA sont du secteur privé.

○ Hémodialyse.

Le CHA est leader tant sur l'urgence que sur le repli.

CAS	Activité du CHA			Dont issue du Bassin de recrutement (BR)			Part de marché CHA Sur le BR	
	2018	2022	Variation	2018	2022	Variation	2018	2022
Médecine	26 848	29 016	8%	21 538	23 110	7%	38%	37%
Chirurgie	9 194	8 038	-13%	7 288	6 319	-13%	14,8%	13,4%
Interventionnelle	5 896	6 708	14%	4 412	4 926	12%	13,6%	15,4%
Nouveau-nés	3 325	3 197	-4%	2 907	2 741	-6%	47%	45,4%
Obstétrique	4 907	5 037	3%	4 311	4 326	0%	41,9%	44%
Séances	24 923	28 665	15%	20 642	23 055	12%	30,9%	30,9%

2-3 Conformité au SROS-PRS

2-3.1 Evolution des parts de marché sur les activités impactées par le projet.

Le CHA s'implique dans les axes stratégiques du SROS.

- Développement de programmes d'éducation thérapeutique.
- Développement des consultations avancées, notamment pour les patients fragiles.
- Engagement dans une prise en charge volontariste en faveur des personnes vulnérables, particulièrement dans la filière gériatrique.
- Développement de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.
- Renforcement du virage ambulatoire.
- Ouverture sur la ville et les autres partenaires du territoire avec mise en place d'un bed management territorial.

2-3.2 Cohérence du projet avec les axes stratégiques par discipline du PRS et la feuille de route du GHT.

Sont concernés toutes les activités impactées par le projet TERRAH, en médecine, chirurgie, IRC, médecine d'urgences et SMR.

3) Analyse de l'évolution de l'offre de soins et impact sur le capacitaire.

3-1 Evolution de l'activité sur le périmètre du projet TERRAH

3-1.1 Méthodologie retenue par le CHA.

Année de référence 2022.

- **Objectif global d'optimisation des différents paramètres.**
 - **TOM 90%**
Sauf soins critiques et pédiatrie : 85%.
Sauf secteurs dont le taux d'admission par les urgences est supérieur à 50% : 85%. (Prise en compte du non programmé).
 - **Taux de rotation des places ambulatoires (TR).**
Médecine : 1,3
Onco Hémato : 1,5
Hémodialyse : 2
Chirurgie : 1,2
 - **Standardisation du nombre de journées annuelles d'exploitation.**
Hospitalisation complète : 365 journées
Hospitalisation de semaine : 250 journées
Ambulatoire : 220 journées, sauf onc-hémato : 250 journées
Hémodialyse : 310 journées
 - **Optimisation de l'indicateur de performance de la DMS.**
L'objectif fixé à l'IPDMS est de 1 sauf dans les secteurs où elle est inférieure à 1 en 2022.

Afin de prendre en compte l'impact de la précarité pour les séjours avec CIM10 ou avec CMU, l'IPDMS est maintenu au niveau constaté en 2022, supérieur à 1.

Les disciplines les plus impactées à ce niveau sont la dermatologie, l'endocrinologie, l'hématologie, la pneumologie, la rhumatologie, la néphrologie et l'ORL.

Ces différents facteurs conduisent à "une préservation de lits" de 64 lits (18+46) (à vérifier).

- **Evolution des PDM**

Le CHA n'envisage pas de stratégie de reprise des PDM, à l'exception de l'ambulatorio médical.

Observations :

En clair, si l'IPDMS était égal ou inférieur à 1 et le TOM à 90% dans tous les secteurs de médecine notamment, le gain en lits serait de 64 lits.

Cette réduction capacitaire a été jugée incompatible avec le rôle du CHA, support du GHT.

C'est donc une politique sanitaire prudente que l'ARS semble valider.

Un IPDMS égal à 1 est déjà un indice de performance relative et prend en compte l'effet précarité générant des séjours longs.

L'impact précarité mis en avant pour justifier un IPDMS supérieur à 1 dans certains secteurs est donc peu convaincante.

Il en est de même de l'objectif de TOM à 85% dans les services accueillant plus de 50% de patients venant des urgences.

Ces objectifs sont en contradiction avec les attendus de l'organisation projetée en gestion des lits (cellule hospitalière de gestion des lits, cellule territoriale de Bed management, projet de cellule d'ordonnancement, ...).

Comment concilier la prudence extrême en terme de paramètres d'évolution des séjours et les ambitions affichées en terme de gestion des lits ?

Par ailleurs, l'absence de stratégie de reprise de PDM interroge sur la dynamique médicale.

○ **Prise en compte de l'évolution démographique.**

La projection de population à l'horizon 2050 sur le département 84 est de + 3%, conforme à l'évolution de l'ensemble de la région.

Comme indiqué supra, cela représente un passage de 560 719 habitants à 575 000 habitants à l'horizon 2050 (+ 14 000 habitants).

Les projections du CHA, sur les observations de l'ARS, s'appuie sur la méthodologie préconisée par le référentiel "population et vieillissement" du CNIS.

Pour le département 84, l'effet croissance annuelle de la population est très légèrement inférieur à la tendance nationale et l'effet vieillissement plus marqué.

Synthèse indicateur démographique capacitaire	
Effet annuel croissance de la population	0,137%
Effet annuel vieillissement	+ 0,236%
Total indicateur démographique	+ 0,10

L'impact de l'évolution démographique représente 2 010 journées d'hospitalisation supplémentaires.

Observations :

La prévision initiale de l'établissement concernant l'indicateur démographique était de + 1%.

Le taux retenu, soit + 0,10%, n'est-il pas trop contraignant ?

3-1.2 Paramètres d'évolution en lien avec la stratégie médicale.

○ **Activité chirurgicale.**

▪ Mobilisation du potentiel de conversion ambulatoire.

Les études du DIM évaluent ce potentiel, hors endoscopie, en 5 ans, à 1 340 jours supplémentaires, toutes disciplines confondues sur 220 jours, soit 6 séjours supplémentaires par jour.

▪ Redressement de l'activité chirurgicale.

Les départs de praticiens enregistrés entre 2019 et 2022 ont été partiellement compensés par des recrutements en 2023.

Les disciplines concernées sont : ORL, stomato, digestif, chirurgie infantile et OPH (recours à des praticiens libéraux pour cette dernière).

Observations :

Comment l'établissement explique-t-il ces départs importants de chirurgiens entre 2019 et 2022 ?

○ **Activité médicale**

▪ Développement de la médecine ambulatoire.

C'est le seul secteur dans lequel le CHA projette un gain de PDM (sans préciser la cible), notamment par reprise d'activité du bassin de recrutement, actuellement assurée par les établissements publics de la région.

Ce développement est engagé sur 2023 et 2024 dans différentes disciplines, dermatologie, pneumologie, endocrinologie, cardiologie, par substitution de parcours strictement externes.

Il s'agit des activités suivantes :

- Réorganisation dans les prises en charge en dermatologie avec fermeture de lits d'hospitalisation complète.
- Ouverture d'un laboratoire du sommeil en pneumologie.
- Développement des prises en charge ambulatoire en endocrinologie (diabète, ...), cardiologie (hypertension, insuffisance cardiaque, porteurs de prothèses cardiaques implantables), néphrologie (IRC, bilan pré greffe).
- Mise en place de suivi pré et post opératoire en chirurgie bariatrique.
Ces parcours patients identifiés sont déjà effectifs à hauteur de 40%.

Le regroupement de ces activités en un lieu unique permettra une organisation plus performante, alors que certaines ont été réalisées jusqu'à présent au sein des différents services de spécialités.

Au vu des résultats constatés en 2023-2024, l'augmentation prévue des séjours de médecine ambulatoire est de + 28,7% à l'horizon 2035, par rapport à 2023.

L'évolution de la part des séjours de médecine ambulatoire serait donc de 68% en 2035, versus 62% en 2023.

Observations :

Le CHA projette en 2023 le regroupement de médecine ambulatoire en un lieu unique.

Cette projection peut être considérée comme très tardive comparée à d'autres établissements de même taille.

Dans les différents parcours projetés, certains relèvent de prise en charge préopératoire ou postopératoire (cardio, néphro, digestif) d'éducation thérapeutique et de substitution à des activités strictement externes.

La question se pose de la pertinence de certains de ces parcours.

- Hospitalisation conventionnelle en médecine.
Il n'est pas relevé d'évolution significative en hospitalisation complète de médecine du fait de l'évolution de la médecine ambulatoire, l'effet de substitution ne semblant pas porter sur l'hospitalisation complète, sauf à la marge (dermatologie par exemple).

Observations :

Il y aurait pourtant une réelle opportunité à analyser finement les effets de substitution possible dans les différentes spécialités médicales.

3-1.3 Evolution du nombre de séjours MCO

- Evolution du nombre de séjours MCO sur l'ensemble des activités existantes au CHA.

	2023				2035			
	HC	HDJ	Total	Tx Ambu	HC	HDJ	Total	Tx Ambu
Chirurgie	7613	5659	13272	43%	6993	9413	14406	57%
Médecine	22624	37258	59882	62%	23021	47988	71008	68%
Obstétrique	4184	951	5135	19%	4089	1108	5197	21%
Total	34421	43868	78209	56%	34102	58509	96611	63%

Le nombre de séjours ambulatoires estimé, est de 9 413 en 2035/versus 5 659 en 2023, soit une progression du taux ambulatoire, toutes activités confondues de 43% à 57%.

- Evolution du nombre de séjours MCO sur le périmètre du projet TERRAH.

- Activité chirurgicale

- Chirurgie ambulatoire.

2022 : 4 672 séjours.

Cible 2035 : 8 629 séjours (+85%).

Le taux de rotation projeté est de 1,2 en moyenne et de 1,5 à 2 en fast track.

En réalité, si l'on retire l'activité endoscopie (1 600 séjours) et douleur (771 séjours), l'activité de chirurgie ambulatoire stricto sensu est estimé à terme à 6 528 séjours, soit +1 546/versus 4 672 séjours en 2022.

Ainsi le taux de chirurgie ambulatoire stricto sensu évolue de 28,5% en 2022 à 31,2% à la cible en 2035.

Plus globalement ce taux reste inférieur à 40% et le plus souvent inférieur à 30%, à l'exception des disciplines ophtalmo (+81%), douleur (+61%).

Observations :

Ces projections démontrent une faible dynamique en chirurgie ambulatoire pour un établissement de référence sur son territoire.

A noter toutefois que l'activité ambulatoire, y compris l'endoscopie, a progressé de +700 séjours sur les deux premiers mois de 2024, soit plus qu'un doublement par rapport à la même période en 2023, du fait du recrutement de praticiens en gastro-entérologie et ophtalmo.

On retrouve principalement, dans cette progression, des disciplines très spécifiques (endoscopie, OPH, douleur).

La file active de patients éligibles à la chirurgie ambulatoire n'est pas documentée, notamment concernant l'organisation de consultations avancées sur l'ensemble des établissements du GHT.

- Hospitalisation conventionnelle en chirurgie.

L'évolution des séjours en hospitalisation conventionnelle en chirurgie est projetée en légère baisse : 6 993 séjours en 2035/versus 7 613 en 2023, justifiée par le TOM actuel de 79%.

Par ailleurs, le développement de l'ambulatoire a un impact relatif sur l'hospitalisation conventionnelle en chirurgie (faiblesse du programmé).

- Activité médicale.

- Médecine ambulatoire.
L'évolution des séjours sur le périmètre du projet est la suivante :
Projection 2035 : 10 364 séjours/vs 5 471 séjours en 2022.
L'impact des nouvelles activités, parcours de chirurgie bariatrique en pré et post opératoire, diabète de type 2, IRC, est significatif, à hauteur de + 4 893 séjours en 2035.
C'est le seul secteur d'activité pour lequel le CHA envisage une progression des PDM.

- Hospitalisation conventionnelle en médecine.
L'évolution projetée des séjours est la suivante :
2035 : 23 021 séjours/vs 22 624 séjours en 2023.
Cette évolution relative confirme que le CHA ne prévoit pas de substitution d'hospitalisation complète vers l'HDJ.

Observations :

Ces différentes données relatives à l'évolution des séjours, à l'issue de la mise en œuvre du projet TERRAH démontrent que ce projet est essentiellement un projet de restructuration immobilière avec un impact modéré sur la stratégie médicale, à l'exception de la médecine ambulatoire.

3-2 Dimensionnement capacitaire sur le périmètre du projet TERRAH

3-2.1 Hospitalisation conventionnelle et ambulatoire

SYNTHESE LITS HC-HdS - PROJECTION 2035

	Discipline/UF	Secteur	CAPACITE 2022	CAPACITE THEORIQUE - 2035 RESE 06/2023	CAPACITE PROJET 2035	
PERIMETRE PROJET	Médecine	Hospitalisation autre	227	239	237	
	Médecine*	Urgences adultes	8	14	10(+4)	
	Médecine	Soins critiques	7	14	14	
	Chirurgie	Hospitalisation autre	160	130	129	
	TOTAL MCO Projet			402	398	390
	Création unité saisonnière**					14
	Création SSR mention polyvalente					14
	Réserve foncière ***					14
Capacité Bâtiment					418	
HORS PERIMETRE PROJET	Médecine	Hospitalisation autre	90	82	90	
	Médecine	Pédiatrie	32	28	32	
	Médecine	Soins critiques	82	77	90	
	Chirurgie	Pédiatrie	14	4	14	
	Gynéco-obstétrique	Hospitalisation autre	58	55	44	
	SSR****	Hospitalisation autre	119	119	119	
	USLD****	Hospitalisation autre	67	67	67	
	TOTAL hors projet			462	433	456
TOTAL			864	831	874	

* UHCD urgences : capacité de 14 lits (10 chambres dont 4 dédoublables)

** Unité saisonnière : 14 lits sur 3 mois

*** Réserve foncière dans le cadre d'un projet de restructuration de l'offre de soins territoriale en cours de réflexion sous l'égide de l'ARS

****Capacité théorique non calculée sur SSR et USLD

SYNTHESE PLACES - PROJECTION 2035

		CAPACITE 2022	CAPACITE THEORIQUE - 2035 RESE 06/2023	CAPACITE PROJET - 2035
PERIMETRE PROJET	Unité de chirurgie ambulatoire	25	33	35
	Unité de médecine ambulatoire	23	41	46
	Hémodialyse	20	32	32
	Dialyse péritonéale	2	3	2
	TOTAL Projet		70	109
HORS PERIMETRE PROJET	Hématologie	22	26	22
	Pédiatrie	3	4	3
	Autres secteurs	9	8	7
	SSR*	8	8	8
	TOTAL hors projet		42	46
TOTAL		112	155	155

*Capacité théorique non calculée sur SSR

3-2.2 Activité Chirurgicale

- Chirurgie ambulatoire
Compte tenu des paramètres retenus par le CHA, la capacité projetée est de 35 places dont 20 places d'ambulatoire classique et de surveillance post op, et 15 places de filière courte et programmée (fast track).
L'évolution est ainsi de + 10 places par rapport à la situation en 2022 (25 places).

Recommandations :

- Organiser un flux séparé pour l'activité d'endoscopie.
- Adapter l'organisation des plateaux techniques, notamment des blocs opératoires à la nécessaire efficacité de la filière ambulatoire.
- Définir clairement les parcours patients relevant de l'ambulatoire chirurgical.

- Chirurgie conventionnelle
L'évolution capacitaire projetée est de -31 lits (passage de 160 lits en 2022 à 129 lits à l'horizon 2035) justifiée par le TOM actuel de 79%.
L'essentiel des réductions capacitaires concerne les disciplines orthopédie (passage de 45 à 34 lits), vasculaire thoracique (passage de 30 à 24 lits), chirurgie polyvalente (passage de 39 à 33 lits).

3-2.3 Activité médicale

- Médecine ambulatoire
Evolution capacitaire de 23 places en 2022, dont 15 en UMA et 8 places dans les services à 46 places en 2035.
40 places seront centrées sur la prise en charge des maladies chroniques et 6 places pour l'activité de sommeil.
Toutes ces places seront regroupées sur un plateau unique multidisciplinaire.
Au regard des projections d'activité, un capacitaire de 40 places est plus adapté.
L'établissement fait valoir différents facteurs, le développement des pratiques médicales et des PDM notamment, pour justifier de la cible à 46 places.

Recommandations :

Cette extension de la cible à 46 places concerne essentiellement l'hématologie (+4 places) et n'est pas réellement argumentée.
Il est proposé de fixer la capacité de médecine ambulatoire à 40 places.

- Médecine conventionnelle
Le capacitaire en hospitalisation complète de médecine est projeté en hausse relative :
237 lits projetés en 2035, versus 227 lits en 2022, soit +10 lits.
Les évolutions principales portent sur la filière gériatrique (passage du court séjour gériatrique de 48 à 55 lits) et tiennent compte de la fermeture de lits d'un opérateur privé (clinique Rhône Durance) sur le territoire en 2022.

3-2.4 Activités nouvelles

- Unité saisonnière de médecine à vocation gériatrique (14 lits).
L'établissement s'appuie sur le poids important du recours aux urgences (45,1% des séjours sont issus des urgences), et sur la part des personnes âgées hospitalisées après passage aux urgences, pour justifier de la création d'une unité saisonnière de 14 lits ouverte de décembre à mars et éventuellement en cas d'afflux de touristes, d'épisode caniculaire, ...
Ce projet est proposé malgré les effets attendus de réorientation des passages aux urgences vers la médecine de ville, chiffré à 12 000 en 2022 et prévu à hauteur de 14,4% des passages dans le futur.
L'unité saisonnière fonctionnera en lien avec le SAU pour des tranches d'âge supérieur à 75 ans.

La capacité d'accueil en post urgences de la gériatrie sera ainsi upgradée en période hivernale de 14 lits s'ajoutant aux 30 (ou 46) lits de court séjour gériatrique dédiés aux urgences et ouverts en année pleine.

Observations :

Sachant que la capacité en hospitalisation complète de médecine dans le périmètre du projet progressera de 10 lits et que 90 lits d'hospitalisation complète de médecine sont en place hors projet, ce dispositif saisonnier est-il pertinent et justifié ?

La mise en place de plusieurs dispositifs, une cellule hospitalière de gestion des lits et de coordination des parcours, une cellule territoriale de bed management, le projet d'une cellule d'ordonnancement permettant de promouvoir les entrées directes en hospitalisation complète, particulièrement en médecine dès 2025, n'est-elle pas de nature à mieux anticiper et planifier les besoins en lits et à limiter l'afflux des patients à partir des urgences ?

Le CHA semble multiplier les dispositifs, y compris en y ajoutant la création de lits, pour tenter de réguler les entrées en hospitalisation complète.

Le CHA agit à la fois sur le plan qualitatif (dispositif de gestion des lits et d'ordonnancement, ...) et quantitatif (capacité en lits).

Cette redondance de mesures ne semble pas pertinente en terme de gestion.

- **USSR polyvalente (14 lits).**

Le CHA dispose de 89 lits de SSR à orientation gériatrique et de 30 lits de rééducation fonctionnelle (20 lits en locomoteur et 10 lits en neurologie) ainsi que de 8 places.

Il est proposé dans le projet TERRAH d'augmenter la capacité de 14 lits en SMR polyvalent et de développer l'ambulatoire, en s'appuyant sur la faiblesse de l'offre de soins SMR du département.

- **Réserve foncière de 14 lits.**

La destination de cette unité est peu claire : réorganisation de la filière périnatalité, désengagement progressif d'un opérateur privé sur le territoire d'Avignon, ...

Observations :

L'argumentaire du CHA est peu convaincant et l'utilité de cette réserve est discutable.

Recommandations :

Au total, 42 lits de médecine sont proposés en création.

Seule la proposition de création de 14 lits de SMR polyvalents présente une justification argumentée.

3-2.5 Hémodialyse

Sur la base de l'évolution constatée entre 2014 et 2022 du nombre de dialyses de + 2,5% par an et de l'option d'un fonctionnement uniquement diurne, le CHA propose une augmentation capacitaire de 20 à 32 postes de dialyse chronique et de 2 à 4 postes de repli.

Comme indiqué supra, cette évolution permettra une meilleure organisation et une différenciation des circuits (dialyse chronique, dialyse aigüe, replis).

L'évolution d'activité projetée s'établit dans une fourchette de + 50 à + 100 patients par an.

En 2022, 15 900 séances ont été enregistrées.

3-2.6 Soins critiques

- **USC néphrologie.**

En accompagnement du redimensionnement de l'unité d'hémodialyse, le CHA projette une hausse capacitaire de 3 lits en soins critiques, s'ajoutant aux 3 lits existants (capacité future : 6 lits).

Les 3 lits actuels de l'USC ont une IPDMS à 1,3.

Parallèlement l'unité de surveillance continue du service de néphrologie de 3 lits actuellement évoluera vers une unité renforcée de 6 lits (+3).

- **USINV.**

L'augmentation proposé de 4 lits portant l'unité ISINV à 8 lits permettra au CHA de se rapprocher du taux d'équipement moyen national.

Au regard de la démographie médicale, l'ARS n'envisage pas la création de nouvelles UNV et s'oriente vers l'augmentation de capacité des UNV existantes.

La région PACA est actuellement sous-équipée en UNV :

8,9 lits par million d'habitants, versus 13,6 au niveau national.

3-2.7 Impact capacitaire de l'évolution des passages aux urgences adultes.

Le total des passages aux urgences adultes en 2022 est de 58 070 répartis ainsi :

Externes : 44 300

Hospitalisés : 13 770

UHCD : 4 350

Observations :

Ces chiffres ne confirment pas les observations du CHA sur le flux important de patients hospitalisés à partir des urgences.

Le taux constaté en 2022 est conforme à d'autres sites équivalents.

15% environ des passages ont été réorientés vers des partenaires de la CPTS du Grand Avignon, dans le cadre de l'expérimentation nationale, entre juin 2021 et octobre 2023.

Compte tenu de cette nouvelle pratique, le taux moyen d'évolution des passages aux urgences entre 2021 et 2022 est de 1,8% par an.

Ces données, réorientation autour de 15% des patients et croissance annuelle approchant les 2% conduisent à redimensionner le service à l'horizon 2035 à hauteur de 75 120 passages dont 57 300 externes, 10 800 réorientations, et donc 7 000 hospitalisations représentant 10% des passages aux urgences.

Une évolution progressive a été modélisée par le CHA (tableau page 62 RESE).

Année	Passages	Dont passages externes	Réorientations
2012	50 216	37 688	
2013	51 492	39 227	
2014	55 816	42 807	
2015	58 777	45 872	
2016	63 828	50 159	
2017	65 587	51 855	
2018	66 865	53 937	
2019	68 889	55 976	
2020	55 243	43 263	
2021	58 145	44 975	3 983
2022	58 070	44 300	8 357
2023	59 231	45 186	8 524
2024	60 416	46 090	8 695
2025	61 624	47 012	8 869
2026	62 857	47 952	9 046
2027	64 114	48 911	9 227
2028	65 396	49 889	9 411
2029	66 704	50 887	9 600
2030	68 038	51 905	9 792
2031	69 399	52 943	9 987
2032	70 787	54 001	10 187
2033	72 203	55 081	10 391
2034	73 647	56 183	10 599
2035	75 120	57 307	10 811

Observations :

L'objectif est ambitieux concernant les passages aux urgences suivis d'hospitalisation et apparait en contradiction avec les projections de l'établissement sur l'évolution des séjours et les capacités en lits de médecine.

Conclusion

En synthèse, un relatif décalage existe entre les ambitions du projet et la réalité du terrain (Cf. les différents paramètres d'évolution de l'activité dont l'IPDMS).

Le projet reste au stade des engagements généraux. La définition des plans d'action pour sa mise en œuvre est programmée en 2024.

L'évolution vers plus d'ambulatoire est très modeste en chirurgie, plus développé en médecine, par substitution d'activités externes et par développement d'actions d'éducation thérapeutique notamment, sans substitution d'hospitalisation complète.

Des modalités organisationnelles intéressantes sont projetées, en particulier la cellule territoriale de gestion des lits et d'ordonnement des parcours.

Cette organisation n'a pas de traduction concrète dans les projections d'évolution de l'activité et notamment dans l'optimisation des durées de séjour.

Ce dispositif devra en effet favoriser un turn over des patients plus important et donc des projections plus dynamiques.

Le principe de précaution semble avoir été pris en compte pour ce qui concerne les projets de création de 20 lits de médecine, d'une unité saisonnière de 14 lits et d'une unité "en attente" de 14 lits également.

Ce projet interroge sur la dynamique médicale de l'établissement.

II – VOLET IMMOBILIER ET TECHNIQUE

Le projet TERRAH 2030 consiste, d'un point de vue bâtementaire, en :

1. Une opération loi MOP comprenant :

- La construction d'un bâtiment neuf de 82 lits ayant pour objet, en phase provisoire, de servir de service d'hospitalisation tampon afin de permettre la réhabilitation des deux tours A et B d'hospitalisation. **A terme (2032) ce bâtiment deviendra excédentaire, offrant un nombre de chambres excédentaire par rapport au besoin.** 4 postes de dialyse de replis sont également prévus dans ce bâtiment.
- La relocalisation d'un nouveau centre d'hémodialyse de 32 postes et postes de dialyse péritonéale
- L'extension et la restructuration du service des urgences adultes **situé au 1^o étage**, avec la contrainte forte de **démolir et reconstruire la rampe d'accès qui en permet l'accès**
- La construction de 42 postes de travail de tertiaire destinés aux professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs.

L'ensemble sera construit à l'emplacement de l'administration actuelle et sur le parc arboré attenant

2. Une deuxième opération loi MOP comprenant, en plusieurs phases, la réhabilitation des deux tours A et B qui accueillent aujourd'hui en R+6 et R+7 la grande majorité des services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie

3. Une troisième opération en MGPS (Marché Global public Sectoriel) qui consistera à construire un bâtiment modulaire pour reloger l'administration.

Le projet a pour ambition de garantir la flexibilité des espaces et des bâtiments afin de permettre les évolutions futures.

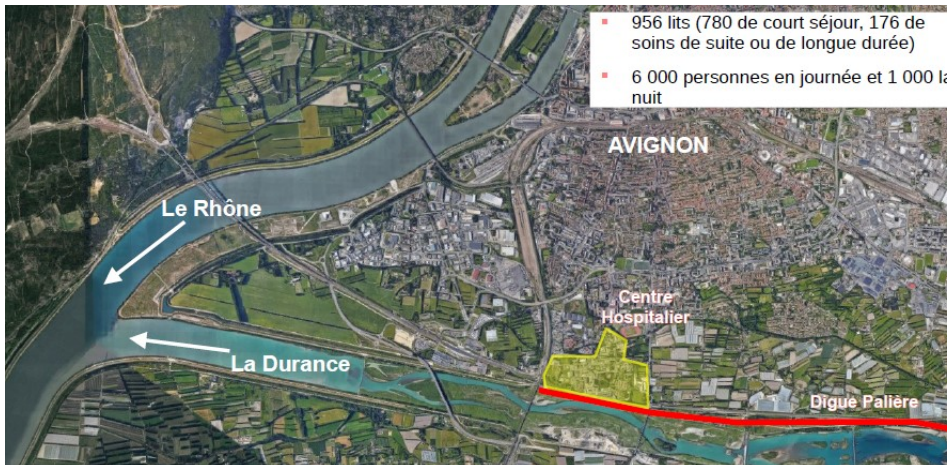
Il a comme contrainte de réaliser des travaux en site occupé avec une continuité de fonctionnement favorable au maintien de l'offre de soins et des conditions d'accueil et de travail satisfaisantes.

1. Le Site actuel

1.1. Situation générale

Le Centre Hospitalier d'Avignon est l'établissement de référence du Vaucluse et support du Groupement Hospitalier de Territoire du Vaucluse (GHT84).

L'ensemble de ses activités est situé en bord de Durance, entraînant de fortes contraintes en terme de risque d'inondation



le vulnérabilité qui

- Type U
- Hébergements.

Une rencontre avec la DDT en date du 10 février 2024 a fait l'objet d'un courrier qui reprend les éléments de contexte et précise quelques éléments de risque que le CHA ne peut ignorer :

- Le CHA déclare que le nouveau bâtiment à construire (82 lits) représentera à terme (en 2032), une augmentation du capacitaire de +3.5 % (+1.27 % en phase provisoire à partir de 2027)
- La DDT rappelle que l'interdiction à construire est liée à la vulnérabilité du site en l'absence de digue. Elle rappelle également que « le calendrier des travaux sur la digue palière (...) permettrait une approbation du PPRI Durance sur Avignon au second semestre 2026 »
- La DDT conclue que : dans ces conditions l'approche capacitaire pourrait s'admettre, mais attire l'attention du CHA sur le fait que cet accord de principe reste dépendant de l'avancée des travaux sur la digue et ne tient pas compte d'une éventuelle évolution de la réglementation.

Point d'attention :

Les travaux de réalisation de la digue palière ont démarré (Fin des travaux de la digue prévus fin 2024). Malgré cela, le dépôt du permis de construire du projet TERRAH sera sans doute impossible avant l'approbation du PPRI (second semestre 2026), retardant l'avancement du projet.

Par ailleurs, le risque réel d'une montée des eaux plus importantes, dans un contexte d'évolution climatique défavorable n'est peut-être pas à éliminer totalement et il est possible que la réglementation évolue.

Du fait de cette contrainte, les possibilités d'implantation sur le site sont très limitées et se trouvent confrontées aux autres problématiques décrites ci-après.

De par son activité et son implantation le Centre Hospitalier d'Avignon est soumis à deux autres contraintes, impactant sa constructibilité et son projet immobilier.

- Le maintien des accès pompiers et points névralgiques de lutte contre le risque incendie et en particulier l'accès aux façades des tours.
- Le maintien des urgences au R+1 nécessitant une rampe d'accès à repenser.

Point d'attention :

Ces deux contraintes engendrent un risque fort au projet.

1 Le risque incendie : l'accès aux façades de la tour A :

La tour A est organisée sur 9 niveaux (du sous-sol au R+7), le plancher bas du dernier niveau occupé étant situé à 24.79 m par rapport au niveau bas du RDC. Si cette hauteur permet d'éviter la contrainte règlementaire pour le classement en IGH (à partir de 28m), l'accès à la façade de la tour A devra malgré tout être absolument préservé.

Cette contrainte, limite la zone d'implantation du nouveau bâtiment avec des conséquences importantes pour l'organisation future des services :

- Risque pour le service des urgences de se trouver éclater en deux zones
- Risque pour l'hémodialyse et les lits d'hospitalisation d'un cheminement patients compliqué.

2 Le risque de fonctionnement

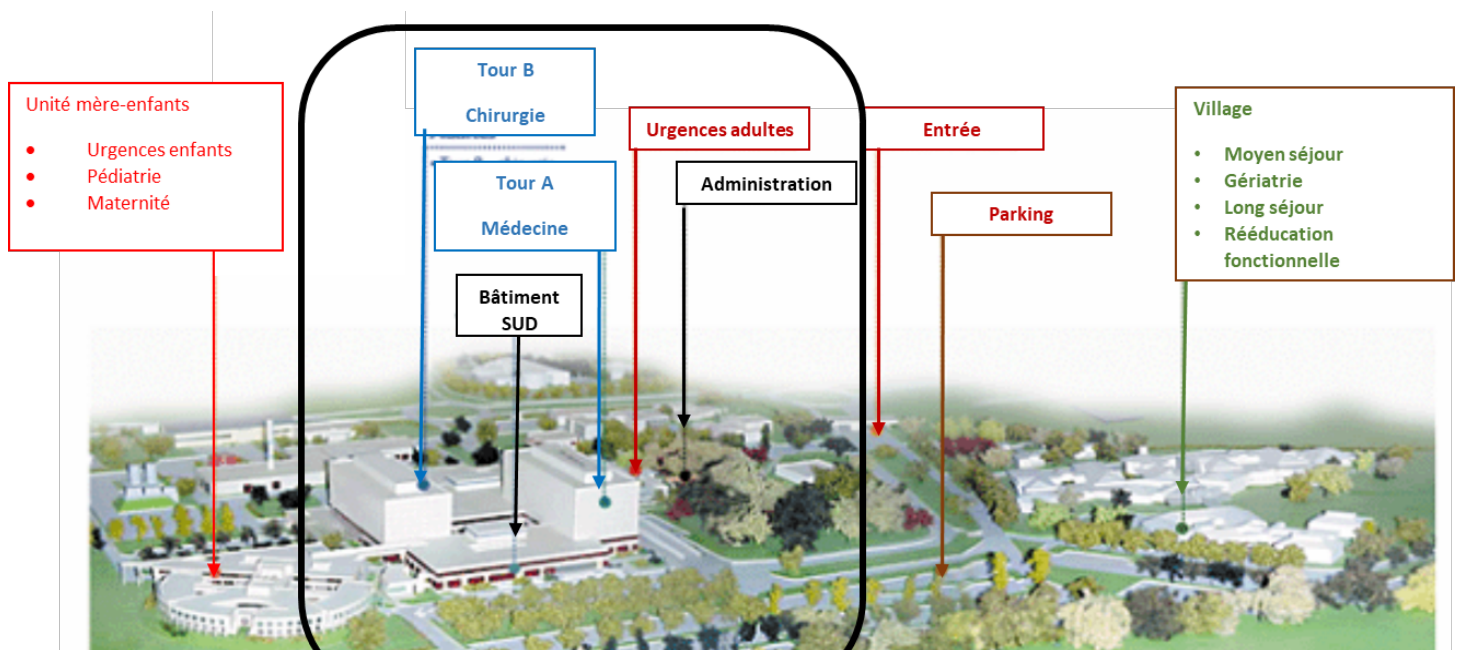
Il est précisé au programme que le service des urgences pourrait se passer de la rampe d'accès durant 6 mois maximum à condition de bénéficier de monte malade dédiés en nombre suffisant. Cette contrainte semble complexe et la faisabilité de la mise en œuvre de monte-malades provisoires devrait être vérifiée avant de valider définitivement cette hypothèse. Si la rampe d'accès aux urgences doit être maintenue en phase travaux, ce qui semble être le plus raisonnable, le risque est probable que le raccordement des urgences actuelles avec la future extension ne soit pas très aisé créant un réel problème d'efficience des soins.

Conclusion :

Découper en deux opérations l'extension et la restructuration des urgences et la restructuration des deux tours n'est sans doute pas le meilleur choix pour obtenir un projet global, efficient et cohérent et répondre aux trois contraintes majeures que sont :

- le PPRI et la limitation de la zone de construction
- le maintien de l'accès pompiers à la tour A
- le maintien de la rampe d'accès aux urgences

1.2. Organisation des bâtiments sur le site



2. Diagnostic des bâtiments et problématiques rencontrées

Les enjeux bâtimentaires rendant nécessaire le projet immobilier TERRAH 2030 pour le CHA sont :

- **Le capacitaire et le confort des lits d'hospitalisation** : les deux tours, mises en service en 1981, qui abritent les locaux d'hospitalisation de médecine et de chirurgie sont vétustes et inadaptées. Elles n'ont fait l'objet d'aucun travaux depuis leur construction.
 - Aucune chambre n'est équipée de douche et il n'y a pas de salle de bains communes
 - Les chambres sont majoritairement doubles avec une surface faible de 22 m² dont wc et lavabo
 - La surface des chambres simples est également faible : 15 m² / chambre compris wc et lavabo
 - Les façades sont des passoires thermiques
 - Les équipements techniques et de sécurité ne sont plus aux normes alors que les tours abritent en RDC et en R+1 l'ensemble des plateaux techniques du site.
 - L'évolution de l'ambulatoire est empêchée par les contraintes bâtementaires
- **Les urgences** : l'activité des urgences est en augmentation constante, rendant le service exigü.
- **Le service d'hémodialyse** : trop exigü et limité par la capacité d'accueil, il est obligé d'étendre ses plages horaires (notamment la nuit)
- **Le service de réanimation** : l'ARS a validé en 2022 la réhabilitation et l'augmentation de ses capacités d'accueil (la construction de 30 lits est en cours). Ces travaux ne font pas partie du projet TERRAH 2030.

Pour atteindre ces enjeux, le schéma directeur immobilier retenu prévoit d'ajouter aux restructurations incontournables, deux projets immobiliers :

- La construction d'un nouveau bâtiment permettant de réaliser l'opération sans un phasage insoutenable et trop complexe (création de 82 lits).
- La démolition du bâtiment administratif à l'emplacement de l'extension envisagée pour les urgences et sa reconstruction dans une autre partie du site.

3. Evolution des scénarios envisagés

Depuis 2013, le projet du CHA, consolidé aujourd'hui en projet TERRAH 2030, a fait l'objet de nombreuses hypothèses et études de scénarios, toutes remises en question par l'ARS pour des questions de financement.

Chacun des scénarios s'est attaché à résoudre le problème des travaux en site occupé pour les tours A et B, avec pour défaut récurrent, de livrer en fin d'opération un capacitaire supérieur aux besoins réels d'environ 30 à 40 lits.

Le scénario retenu finalement dans le projet TERRAH 2030 prévoyant de livrer 64 lits supplémentaires par rapport aux besoins du CHA.

On peut regretter que cette focalisation sur le capacitaire en phase travaux ait occulté d'autres problématiques qui auraient mérité d'autres scénarios.

Deux points, en particulier, n'ont pas fait l'objet d'étude de scénario :

- La reconstruction à neuf des urgences en RDC avec un accès vertical dédié pour l'axe rouge qui aurait :
 - Permis de supprimer définitivement la très forte contrainte de la rampe d'accès (et les coûts induits de cette reconstruction),
 - Facilité les accès véhicules et piétons au RDC et requalifié l'entrée des urgences.

- Libéré l'espace des urgences actuelles pour implanter, soit quelques lits d'hospitalisation, soit l'hémodialyse
- Permis d'éviter les travaux en site occupé à l'intérieur des urgences.
- La possibilité de restructurer l'administration actuelle et de l'agrandir, afin d'éviter :
 - La démolition de 4000 m² de bâti (contraire aux démarches environnementales)
 - La démolition des archives actuelles (1500 m² dont la relocalisation ne semble pas avoir été prévue)
 - La construction d'un bâtiment modulaire moins pérenne pour un coût de plus de 6 M€. (Le coût global de cette opération administration ne pouvant être ramené à zéro).

Avis de la CE :

Il serait peut-être intéressant que, pour son programme de travaux de l'opération 1, le CHA puisse indiquer aux concepteurs qu'ils peuvent proposer d'autres alternatives de répartition des m² neufs et restructurés.

Autrement dit, les concepteurs disposeraient d'une surface globale à restructurer ou démolir d'environ 6000 m² (urgences, hémodialyse et administration). Le programme prévoyant la livraison de 10000 m², il pourrait être intéressant de laisser aux maîtres d'œuvre le choix de la répartition de ces m². La fonctionnalité globale finale, le phasage et les coûts restant des critères de jugement, le CHA pourrait ainsi disposer d'une offre de projets riche et diversifiée qui lui permettrait peut-être d'optimiser et de rationaliser son projet global.

4. Scénario retenu

Opération 1 : Construction d'un bâtiment neuf d'hospitalisation et de restructuration des urgences adultes

Présentation

Le projet consiste en :

- Restructuration et extension des urgences
- Construction d'un bâtiment neuf pour le centre d'hémodialyse et la création de 82 lits d'hospitalisation (dont 20 lits de Néphro, + HDJ Néphro et 4 secteurs d'HC de 14 lits)

Ce projet devra être réalisé après la reconstruction de l'administration puis qu'elle est prévue détruite.

En revanche il doit être réalisé avant la restructuration des tours A et B puisqu'il permet de livrer le plateau d'hospitalisation qui servira de tampon au phasage de ces travaux.

Il présente une contrainte forte de fonctionnement : l'accès pour les urgences qui doit être maintenu en activité pendant les travaux alors que la rampe doit être démolie.

Il est précisé au programme que le service des urgences pourra se "passer" de rampe pendant 6 mois maximum **sous réserve de bénéficier de 3 monte-malades ou autres moyens de levage dédiés**. Cette solution paraît très difficile à mettre en œuvre.

Avis de la CE :

L'établissement devrait s'interroger sur la localisation des urgences en R+1 qui génère des contraintes très fortes d'accès et induit des coûts d'adaptation très importants (cf avis précédent). Une implantation en RDC permettrait une optimisation intéressante et un fonctionnement futur simplifié.

L'économie globale du projet pourrait s'en trouver allégée, d'autant que les travaux de restructuration du service des urgences semblent lourds (estimés à 1875 € HT/m²)

- Économie de la déconstruction / reconstruction de l'hémodialyse qui pourrait s'étendre sur la néphro actuelle déplacée dans le nouveau bâtiment

- Économie de la reconstruction de la rampe d'accès aux urgences
- Meilleure gestion des réseaux et du foncier
- Simplification globale de l'opération

Surfaces et capacitaire

Le projet prévoit la création de 82 lits d'hospitalisation avec une contrainte de devoir accueillir **120 lits** en phase travaux des tours A et B. (une trentaine de chambres sont livrées double et passeront à terme en chambre simple)

Coût

Le budget TDC de l'opération est de 51.2 M€.

Ce budget pourrait être optimisé en regroupant les opérations 1 et 3 (cf. développement opération 3), en repositionnant les urgences au RDC et en retravaillant l'optimisation des surfaces de la tour B (cf. développement opération 2).

Le regroupement des opérations 1 et 3 a dû être envisagée par le CHA puisque les estimations financières fournies sont regroupées pour ces deux opérations.

Les coûts semblent cohérents avec cependant un poste qui interroge : la création d'une passerelle avec une aire de dépose minute pour un coût HT de 2 205 000 €. L'usage de cette passerelle n'est pas précisé (s'agit-il de la reconstruction de la rampe ? ou d'une passerelle qui passerait par-dessus ? Il est cependant certain que ce coût pourrait être évité si les urgences étaient repositionnées au RDC.

Opération 2 :

Présentation

L'opération consiste en la restructuration des tours A et B sur les niveaux R+1 (hors bloc opératoire) à R+6 ou R+7 suivant les tours.

En dehors des niveaux RDC et R+1 qui constituent le socle du bâtiment principal, les autres niveaux sont tous des niveaux d'hospitalisation conventionnelle.

Les objectifs et défis principaux sont :

- Améliorer significativement le confort hôtelier des patients (augmentation du nombre de chambres individuelles et création de salles de bain dans les chambres).
- Ajuster les locaux prévus pour la prise en charge en ambulatoire (médecine et chirurgie).
- Mettre à niveau les infrastructures vis-à-vis de la sécurité incendie.
- Réaliser une rénovation et une mise aux normes techniques (amiante, eau, isolation, électricité...).
- Réorganiser les services en visant une optimisation des moyens.
- Proposer des espaces de travail agréables et fonctionnels pour les personnels.
- Réhabiliter les tours en un minimum de temps et de phases tout en maintenant la capacité d'accueil de l'établissement.

5. Surfaces et capacitaire

Etat		402 lits / 70 places	
		TOUR B	TOUR A
R+7			Bureaux
R+6	Endocrinologie 21 Et 4 places		SMIAP 56
R+5	Gastro-entérologie 28		Pneumologie 28 Et Polysomno + 2 pl. HDN
R+4	Chir. digestive Tête et Cou Gastro HDS 54		Court séjour Gériatrique SSR gériatrique (hors périmètre) 46
R+3	Vasculaire et Thoracique 30		Neurologie HC&USINV Rhumato-Dermato 57 HDS Toutes Médecines
R+2	Orthopédie - USMP Ophtalmologie Douleur HS 48		Néphrologie HC et SC 26 Dialyse 20 postes HJ DP 2 pl
R+1	UCA 25 places Urgences (10 lits UHCD)	Bloc-Réanimation (hors périmètre)	UMA 15 pl
	Consultations – 2 pl neurologie		

Etat		350 lits / 81 places	
		TOUR B	TOUR A
R+7			Court séjour Gériatrique HC (dont unité saisonnière) 42
R+6	Chirurgie vasculaire et thoracique Tête et cou 36		Court séjour gériatrique (UGED) 24 PC Médico-administratif
R+5	Orthopédie UPOG 36		Pneumologie HC SSR Polyvalent 42
R+4	Chir. digestive Réserve foncière 24		Endocrinologie HC HDS Spécialités médicales 42
R+3	Gastro-entérologie USMP PC Médico-administratif 26		Neurologie HC et USINV Rhumatologie HC 42
R+2	UCA-Douleur – HDS Chirurgies toutes spé. + gastro 12 lits et 20 pl		Médecine ambulatoire 46 pl. Unité sommeil
R+1	UCA-fast Track 15 places Urgences (10 lits UHCD)		Bloc Réanimation USC (30 lits)
RDC	Plateau technique endoscopies / consultations		

L'état initial permet d'accueillir aujourd'hui 402 lits et 70 places.

L'état final souhaite pouvoir accueillir sur les tours A et B, 350 lits et 81 places.

Il faut rappeler que l'opération 1 prévoit l'accueil de 82 lits supplémentaires.

L'ensemble de ces deux opérations permettraient d'obtenir un nouveau capacitaire de 432 lits.

Cependant, il est important de rappeler que la projection d'occupation finale est donnée à titre d'information et ne sera pas conforme à la réalité livrée.

En effet, quelle que soit l'occupation projetée en état final, le concepteur devra prévoir des étages standardisés à 42 lits pour les niveaux à partir du R+3.

Dans ces conditions, les 314 lits nécessaires et attendus sur ces étages, seront en réalité **378 lits** livrés. (9 x 42 lits = 378). **Soit 64 lits excédentaires / au capacitaire souhaité par le CHA.**

De ce fait, les 4 niveaux de la tour B (R+2 à R+6) et le niveau R+6 de la tour A auront un taux d'occupation entre 60% et 85%.

L'opération globale de restructuration des tours A et B n'appelle pas de remarque particulière d'un point de vue technique. En revanche elle interroge sur l'optimisation du capacitaire.

L'établissement a été interrogé sur ce point et la réponse n'est pas très claire :

« Le capacitaire actuel du périmètre projet MCO est de 402 lits (dont 8 lits d'UHCD). Le capacitaire retenu du périmètre projet MCO est de **418 lits dont** 14 lits de réserve foncière, 14 lits pour l'unité saisonnière et 14 pour la création de SMR Mention polyvalente et 10 lits d'UHCD. Cette augmentation de capacitaire n'interviendra qu'après les travaux de restructuration des tours A et B. »

On peut l'interpréter de la façon suivante :

- Objectif capacitaire final : **418 lits**
- Objectif capacitaire travaux : **460 lits**
 - 378 lits sur les tours A et B
 - 82 lits sur le nouveau bâtiment

Les 42 lits excédentaires (460 – 418) permettraient d'accueillir :

- 14 lits d'unité saisonnière
- 14 pour la création de SMR Mention polyvalente
- 10 lits d'UHCD
- 4 lits de réserve foncière (et non 14 ?)

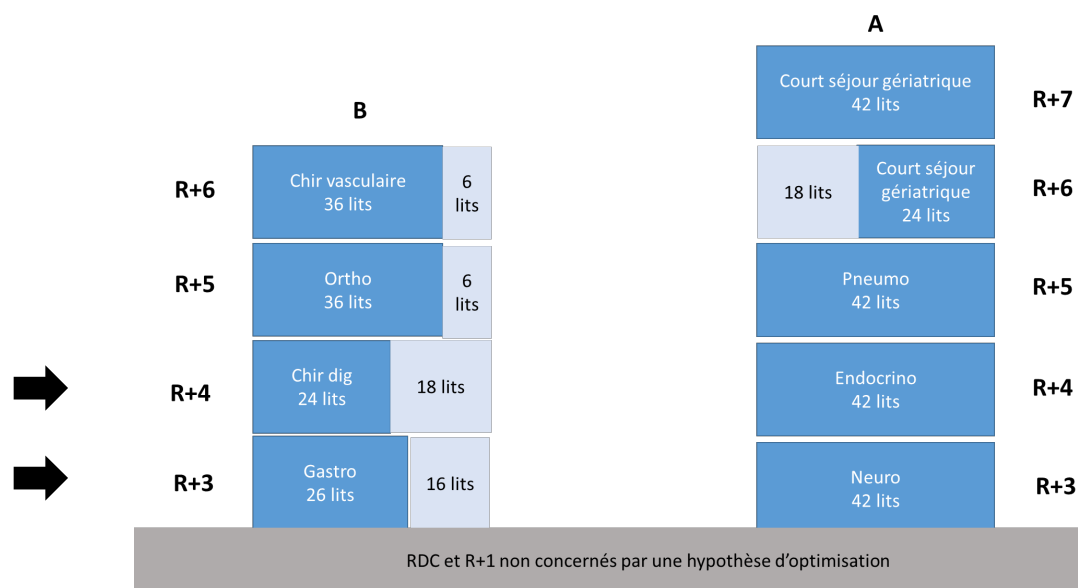
Dans ce cas, le capacitaire n'est plus de **418 lits dont**, mais de **418 lits +** : 14 lits de réserve foncière, 14 lits pour l'unité saisonnière et 14 pour la création de SMR Mention polyvalente et 10 lits d'UHCD.

Avis de la CE :

Le projet prévoit entre 42 et 64 lits excédentaires (à préciser suivant la réalité des besoins du CHA), ce qui correspond à un étage d'une tour minimum (1840 m² de SDO).

Le projet prévoit une répartition de lits pour certains services très inférieur à l'espace disponible qui sera livré.

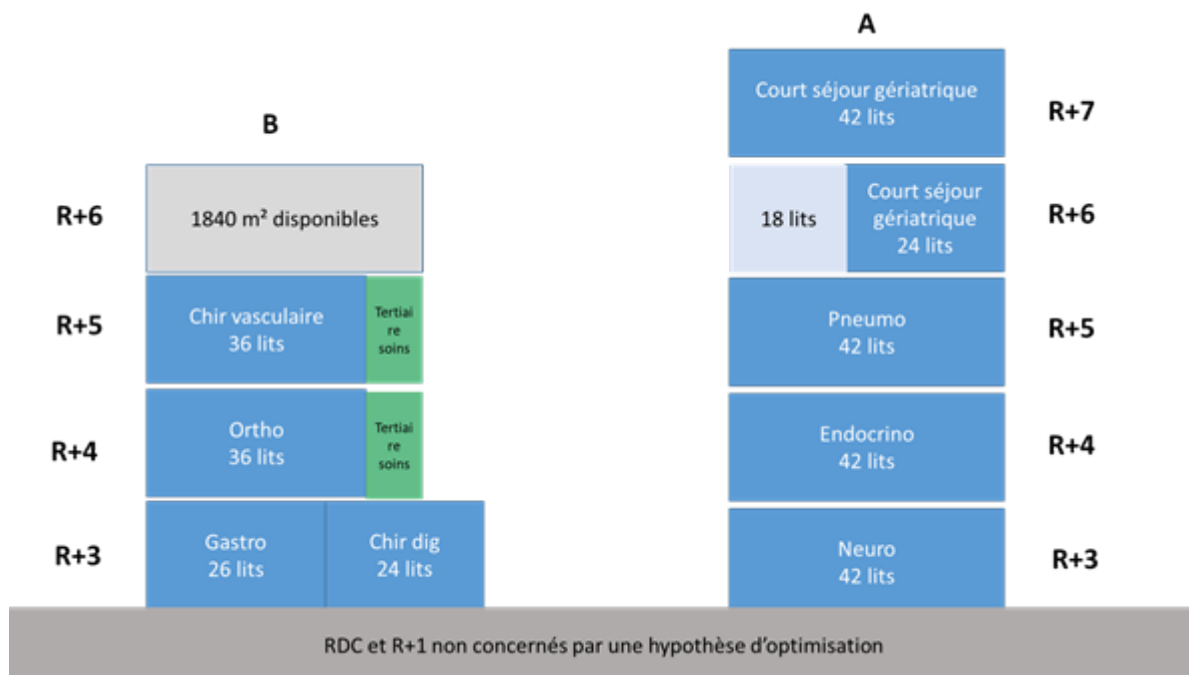
Le schéma ci-dessous synthétise la situation. En bleu foncé on retrouve le capacitaire par service et en bleu clair, le capacitaire réalisé mais non utilisé.





La CE invite le CHA à réfléchir sur l'optimisation des étages 3 et 4 de la tour B.

En optimisant l'organisation de ces plateaux, il devrait être possible d'augmenter le capacitaire de ces niveaux à 50 lits, permettant de regrouper les deux services de chirurgie digestive et de gastro. Les bureaux médicaux pouvant être disposés aux étages supérieurs à la place des 6 lits non utilisés. (cf schéma ci-dessous).



Dans ces conditions, le dernier étage pourrait servir d'espace tampon pour un phasage plus optimisé et éviter la construction de l'équivalent en surface au niveau de l'opération 1.

Ce point est évidemment à confronter aux enjeux de phasage global.

Il semblerait que cela pourrait être envisageable pour les bureaux médicaux (586 m²) ou pour la dialyse (1592 m²), en réorganisant peut-être la localisation des services.

Le budget global de l'opération est de 81 M€ TDC.

Les coûts détaillés sont cohérents.

Opération 3 : construction modulaire d'un bâtiment administratif

8. Présentation

L'administration étant localisée à l'emplacement du nouveau bâtiment à construire (hémodialyse + 82 lits HC), elle doit être déplacée et reconstruite. L'emplacement retenu est celui des archives actuelles (bâtiment d'environ 1500 m² de plain-pied).

Il n'est pas laissé le choix aux maître d'œuvre qui doit prévoir de démolir pour reconstruire.

La CE n'a pas d'information concernant le traitement des archives mortes délocalisées (numérisation ? relocalisation ?) La destruction pure et simple, sans retraitement, semblant difficilement envisageable.

L'opération est prévue en Marché Global Sectoriel. Ce type de marché a l'avantage de livrer clé en mains sans trop d'étapes intermédiaires ce qui peut paraître facilitant pour le Maître d'Ouvrage, en revanche il a pour inconvénient majeur de ne pas optimiser les coûts, l'entreprise responsable du marché ayant pour objectif d'inclure dans son offre des aléas et des risques qui ne se produiront peut-être pas.

9. Surfaces et capacitaire

Il est prévu la construction de 86 postes de travail sur une surface dans œuvre de 1890 m² SDO.

10. Coût

Le budget global de l'opération est de 6,3 M€ TDC, soit 3333 € / m², ce qui représente un coût élevé pour une opération de bâtiment modulaire dont la pérennité n'est pas comparable à un bâtiment traditionnel.

Avis de la CE :

La justification de séparer ces travaux de l'opération 1 ne paraît pas évidente. Nous n'avons pas su voir la raison incontournable qui pousse l'établissement à réaliser une opération indépendante.

Il nous semble, au contraire, qu'il pourrait être intéressant pour des questions de phasage et d'optimisation des coûts, que l'équipe de maîtrise d'œuvre qui concevra l'opération 1 puisse maîtriser également cette enveloppe de l'opération 3 et cela pour plusieurs raisons :

- Parce qu'il pourrait être intéressant (**et probablement obligatoire**) de ne pas démolir la partie supérieure du R+2 :
 - L'hémodialyse qui s'y trouve pourrait venir s'agrandir sur la néphro à déplacer dans le bâtiment neuf (économie financière)
 - Cette partie du bâtiment est structurellement différente de l'administration et superposée avec les urgences. De ce fait, sa démolition paraît complexe sans impacter lourdement les urgences en fonctionnement induisant un phasage complexe
- Parce que cela permettrait aux concepteurs d'avoir une liberté de choix déjà expliquée dans notre avis précédent (libre arbitrage de l'utilisation des m²)

Enfin, la localisation à l'emplacement des archives après démolition doit peut-être être questionnée.

La CE invite le CHA à réfléchir sur les besoins de cette opération et sur ses déclinaisons :

- L'administration pourrait-elle être conservée, restructurée et agrandie ? (cf hypothèse de libre choix des maîtres d'œuvre pour l'opération 1)
- Si elle doit nécessairement être reconstruite, cela doit-il être absolument à la place des archives ?
- Les archives doivent-elles être démolies et que devient leur contenu ?
- Si après vérification, les archives ne sont plus utiles, et que l'administration doit absolument être déplacée, pourquoi ne pas envisager une restructuration de ce bâtiment (un concept de cour intérieure pourrait permettre d'apporter une lumière intéressante).

La CE invite le CHA à réfléchir à l'hypothèse de regrouper les deux opérations 1 et 3 pour les confier à la même équipe de maîtrise d'œuvre qui travaillera en loi MOP ce qui permettra d'optimiser les coûts et de produire un projet plus juste et mieux adapté.

Point de vigilance :

L'établissement ne doit pas omettre dans son budget prévisionnel, le traitement des archives mortes démolies.

11. Conclusion

En synthèse, l'hypothèse globale du projet immobilier TERRAH 2030 est assez complexe et pourrait être simplifiée et optimisée en vue d'une réduction des risques et des coûts.

Une consultation en une seule opération d'ensemble, sous forme de dialogue compétitif prenant en compte la totalité des besoins, permettrait d'obtenir des projets améliorés, optimisés, économiques et qualitatifs, avec un délai global mieux maîtrisé.

III – VOLET FINANCIER

La question de la viabilité financière est apparue très tôt au regard de l'historique du projet TERRAH.

Le projet immobilier du centre hospitalier d'Avignon a dans un premier temps fait l'objet d'un dossier COPERMO investissement pour un montant de 74 M€. La décision d'éligibilité proposée par le COPERMO en avril 2017 conditionnait déjà l'inscription au plan pluriannuel d'investissement de certaines phases du projet à « l'amélioration des résultats financiers de l'établissement ». Dans la foulée de cette décision, le contenu du projet a évolué. Intégré dans la stratégie d'investissement Ségur pour un coût initial évalué à 99 M€ et un accompagnement initial de l'ARS de 58,5 M€, il a été déclaré éligible par le CRI du 06 Juillet 2022 qui a alors formulé de nouvelles recommandations. Le contexte inflationniste a conduit l'établissement à réviser une nouvelle fois à la hausse le coût projet (+34 M€). L'ARS a décidé de porter sa subvention à 81,3 M€ soit + 22,8 M€ par rapport au projet présenté au CRI du 06 juillet 2022.

Ce long cheminement révèle les difficultés de l'établissement pour parvenir au bouclage financier de l'opération TERRAH. Le choix de l'ARS de subventionner à près de 60 % le projet révèle la fragilité de la situation financière du Centre hospitalier Henri Duffaut dont la capacité d'autofinancement n'offre aucune marge d'investissement. Il convient de rappeler que l'opération reste malgré tout financée par emprunt à hauteur de 40 % soit 55,3 M€. L'amélioration de la performance du cycle d'exploitation constitue dans ce contexte un axe prioritaire du projet. Le plan d'actions proposé par le CH à l'appui de son PGFP est un facteur de succès incontournable, dont il convient d'analyser la portée et la crédibilité.

A l'aune de l'enjeu de la soutenabilité financière du projet TERRAH, la dégradation importante de la situation budgétaire de l'établissement observée au cours des deux dernières années, non prise en compte par le dernier avis du CRI du 7 novembre 2023, constitue une préoccupation majeure. Ce degré

de fragilité supplémentaire est par construction susceptible d'impacter la trajectoire de financement du projet. Il convient également d'en mesurer l'ampleur.

1) Déjà fragile, la situation budgétaire et financière du CH d'Avignon s'avère plus dégradée que prévu

a. Un déficit budgétaire croissant malgré la hausse d'activité

Le RESE transmis au CRI en novembre 2023 intégrait une hypothèse de résultat nettement plus favorable que le résultat anticipé réel constaté en fin d'exercice 2023.

Le résultat net comptable du budget principal pour 2023 passe de - 4,2 M€ prévu au PGFP (soit 1,2 % des produits) à - 12 M€ dans le compte financier anticipé actualisé au 1^{er} avril 2024, transmis par l'établissement et l'ARS. Cette prévision n'intégrait pas les crédits de fin d'année à venir estimés à 3 M€. Dans le meilleur des cas, le déficit 2023 avoisinera 9 M€ (soit 2,6 % des produits).

La période récente fait apparaître une situation de déficit structurel, largement masquée pendant la période de la crise du Covid. Avant cette crise, le résultat du CH d'Avignon était de - 4 M€ soit - 1,5 % en 2019. Après une nette amélioration entre 2020 et 2021, période marquée par le versement de crédits de soutien ad hoc, la sortie de crise se traduit dès 2022 par le retour d'une situation déficitaire (-1,4 M€). L'accélération du trend déficitaire à partir de 2023, et le doublement du déficit par rapport à la trajectoire initiale (9 M€ vs 4,2 M€ en 2023) constituent un point d'alerte.

Les premières projections fournies par l'établissement pour 2024 ne laissent pas entrevoir d'amélioration. Le compte de résultat prévisionnel serait nettement plus dégradé que l'EPRD 2024 (déficit de 9 M€ vs 4,9 M€ dans l'EPRD initial).

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle intervient dans un contexte de hausse marquée de l'activité. Cette dernière dépasse désormais l'activité enregistrée avant la crise Covid. Elle dépasse même légèrement (+ 1 M€) l'activité attendue au moment du dépôt du dossier. Elle progresse, tous secteurs confondus, de 3,2 % par rapport à 2022.

Les recettes ARS (dotations) excèdent de 6 M€ le niveau projeté dans le PGFP. Les recettes de titre 2 sont en excédent de plus de 2 M€.

Cette contre-performance budgétaire observée en 2023, qui devrait perdurer en 2024, ne s'explique donc pas par l'activité. Le dynamisme des recettes n'a cependant pas permis de redresser la situation, illustrant ainsi la fragilité du PGFP. Ce constat intervient alors que 70 % des établissements de santé français n'ont pas encore retrouvé leur activité de 2019, ce qui n'est pas le cas du CH d'Avignon. Ceci signifie que l'effet rebond post Covid a déjà eu lieu, sans empêcher la forte dégradation des comptes de l'établissement. Cette dernière traduit un problème réel de maîtrise des charges.

Le volet dépenses du PGFP est d'ores et déjà quasiment hors d'atteinte compte-tenu de l'écart constaté en point d'entrée. Si le volet recettes est tenu et même au-delà, le volet dépenses enregistre en revanche des écarts très significatifs.

La masse salariale constitue le principal facteur explicatif. L'effet délétère se traduit par un surplus de dépenses de 9 M€ par rapport aux prévisions. La stratégie de recrutements médicaux massifs en début de PGFP était en partie assumée dans la trajectoire soumise au CRI. Toutefois le constat aboutit à une augmentation de 6,4 % des effectifs médicaux en 2023. Les dépenses d'intérim croissent fortement afin de compenser les difficultés de recrutement du centre hospitalier sur certains personnels spécialisés. A cet effet volume s'ajoute un effet prix de 12 % pour le personnel médical et de 5 % pour le personnel non médical.

Les dépenses médicales hors rétrocessions dépassent de 2,5 M€ les prévisions, du fait principalement des dépenses de laboratoire, malgré la fin de la crise Covid. Les dépenses hôtelières affichent de fortes hausses, anticipées, sur l'énergie, et non anticipées, sur l'informatique.

La situation ne devrait pas enregistrer d'amélioration significative en 2024. Malgré le maintien des actions de performance, l'établissement annonce un déficit de 9 M€ environ soit quasiment le double de la prévision (-4,9 M€).

Point de vigilance :

Le compte de résultat du Centre Hospitalier Henri Duffaut est fortement déficitaire. L'hôpital d'Avignon a pourtant retrouvé et même dépassé son activité d'avant la crise Covid. Les marges de progression des recettes sont donc limitées. Le dérapage des comptes de charges explique l'essentiel de la dégradation observée depuis 2022. La politique ambitieuse de recrutements n'a pas à ce stade permis d'initier un cycle budgétaire vertueux.

Recommandation :

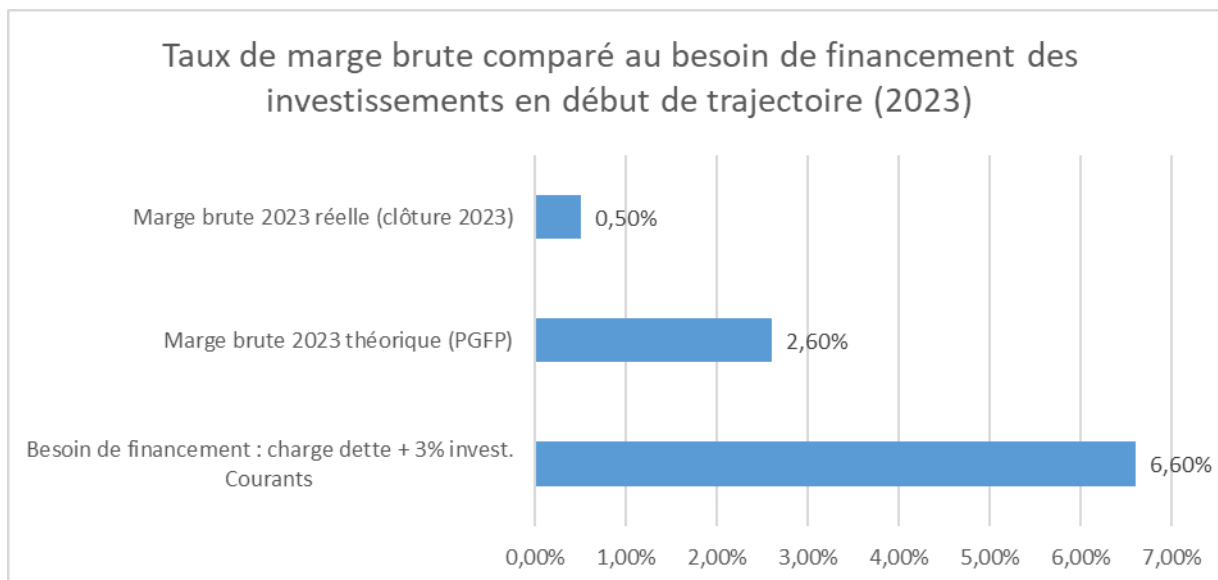
Des mesures correctrices à court terme s'imposent qui devront déboucher rapidement sur un plan de retour à l'équilibre, indépendamment des actions déjà incluses dans le RESE fourni à l'appui du projet TERRAH. L'objectif est de rattraper l'effet base d'entrée. Un tableau de bord de suivi du plan d'actions doit être mis en place. Un comité ad hoc associant l'ARS doit être mis en place.

b. Une marge brute fortement impactée par la dégradation du résultat d'exploitation

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

La marge brute doit par ailleurs à minima couvrir la charge annuelle de la dette et permettre d'autofinancer au moins 3 % d'investissements courants, sans recourir à de nouveaux emprunts. Or la marge brute du CH d'Avignon inscrite au PGFP annexé au RESE (soit 2,6 %) ne permet pas en 2023 de couvrir ces 2 agrégats. En 2023 la charge annuelle de la dette atteint 3,6 %. Le besoin de marge est donc de 6,6 % (3,6 % + 3%). La marge cible en début de PGFP est « théoriquement » déficitaire de 4 points. Au vu des réalisations 2023 quasi définitives fournies par l'ARS et l'établissement en avril 2024, la marge brute constatée serait de 0,5 % (non 2,6 %). Le déficit réel de marge brute en début de trajectoire atteindrait donc 6,1 % (6,6 % - 0,5 %).

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



c. Le niveau actuel d'endettement de l'établissement est relativement important au regard de la CAF

La dette de l'établissement s'élève à 87 M€ en 2023. Ce montant résulte à la fois des investissements courants, régulièrement financés par emprunt faute d'autofinancement, et d'un certain nombre d'opérations majeures plus anciennes conduites dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Au total le taux d'endettement rapporté aux produits annuels (25 % en 2023) est en-deçà du seuil réglementaire de 30 %. Toutefois le taux de dépendance financière qui traduit la part des emprunts cumulés dans les capitaux permanents, avoisine 60 %, soit près de 10 points au-dessus du taux recommandé par les textes. Ce hiatus s'explique par la faiblesse des capitaux propres inscrits au bilan de l'établissement, comparé à la dette, dans le contexte d'un déficit historique cumulé élevé.

La CAF dégagée par l'établissement est insuffisante pour rembourser le capital de la dette. Le PGFP présenté dans le cadre du RESE en 2023 indique une CAF nette négative de 3,4 M€. Le caractère non réglementaire de ce ratio pourrait signifier un rejet de l'EPRD. A tout le moins la situation exige un plan de redressement. Le caractère plus dégradé qu'anticipé du résultat signifie une CAF nette 2023 réelle nettement inférieure à - 3,4 M€. Il est probable qu'elle avoisinera, une fois connu le compte financier définitif, - 7 M€ à - 8 M€.

2) Evolution du cycle d'exploitation et retour sur investissement du projet

a) Les hypothèses tendanciennes de recettes et de dépenses restent prudentes

L'évolution des dépenses et des recettes obéit à un certain nombre de variables endogènes ou exogènes qui pour la plupart s'imposent de façon naturelle et mécanique à l'établissement. Les hypothèses de prix et de volume intégrées dans sa trajectoire de financement par le CH d'Avignon sont pour la plupart réalistes et prudentes.

Les Recettes :

Les recettes de titre 1 (assurance maladie) augmentent de 33,7 M€ hors projet TERRAH entre 2024 et 2035. Une partie de cette augmentation (3 M€) résulte de la mise en œuvre du projet d'extension capacitaire de la réanimation. Ce projet d'investissement, d'un montant de 17 M€, n'est pas intégré dans le périmètre du projet TERRAH. Il convient de noter que les recettes supplémentaires dégagées par ce projet (3 M€) sont insuffisantes pour couvrir les charges supplémentaires (4,5 M€). Hors réanimation, les recettes de titre 1 passent de 282 M€ à 313 M€. L'effet volume est pris en compte à due concurrence de l'évolution démographique estimée selon le référentiel CNIS soit 0,1 % par an. L'effet prix retenu par le centre hospitalier est très prudent : 0,7 % par an de 2024 à 2026 inclus, puis 0,2 % par an seulement à partir de 2027. Le caractère prudentiel du tendancier de prix choisi se vérifie dès 2024, la hausse des tarifs T2A 2024 ayant été fixée par le gouvernement à un niveau nettement supérieur à 0,7 % (soit 4,3%). La perspective de clôture 2024 actualisée fournie par l'établissement en et l'ARS en avril ne précise pas si elle tient compte du niveau de tarifs T2A appliqué pour 2024.

Point de vigilance :

L'hypothèse d'évolution des tarifs assurance maladie retenue lors de l'élaboration du PGFP ne tient pas compte de la hausse importante appliquée par le gouvernement en 2024

Recommandation :

Il convient de mettre à jour les hypothèses du PGFP. Les hypothèses de recettes doivent être actualisées. La base d'entrée du PGFP, plus dégradée que prévu, doit également être prise en compte dans la trajectoire.

Les recettes de titre 2 sont projetées sur la seule base du taux CNIS (0,1 % par an pour le CH d'Avignon). La réforme nationale du mode de calcul des tarifs journaliers de prestation est prise en compte conformément au modèle. Cette réforme engendre un gain naturel de 1,3 % par an jusqu'en 2026. Le taux retenu tombe à 0,2 % par an après 2026.

Les recettes de titre 3 n'intègrent quasiment aucune évolution en dehors de la quote-part des subventions allouées au projet virée annuellement au compte de résultat. L'effet volume est estimé à 0,1 % sur le titre 3, sur la base du taux d'évolution démographique.

Les Dépenses :

L'estimation de la masse salariale tendancielle s'avère doublement fragile. La base d'entrée du PGFP est calculée à partir des charges du titre 1 inscrite dans la décision modificative n°1 de l'EPRD 2023. Or les réalisations du titre 1 font apparaître un dérapage de près de 9 M€ de la masse salariale en fin d'exercice par rapport au budget. Il est acquis que ce dérapage n'a pas été totalement intégré dans cette DM1, le déficit du résultat net comptable constaté à posteriori (9 M€) n'ayant pas été anticipé dans le PGFP. L'écart de masse salariale impacte potentiellement l'ensemble de la trajectoire. La deuxième fragilité découle de l'effet prix retenu. Le GVT est certes estimé au réel en début de période (soit + 4,1 M€ d'ici 2025 en bas annuelle), mais il est projeté sur la base d'un taux de seulement 0,7 % par an au cours des années suivantes, de 2026 à 2035. Ce taux constitue la fourchette basse du GVT, notamment concernant le personnel médical. L'effet prix constaté en 2023 explique en partie le dépassement du titre 1 sur cet exercice. Il est fort peu probable que l'effet prix soit abaissé à 0,7 % par an sur la période. La sous-estimation du tarif T2A 2024 constitue à ce stade le seul élément de couverture au titre de la trajectoire tendancielle proposée.

Les charges de titre 2 (dépenses médicales) progressent de seulement 0,5 % par an par le seul effet prix prévisionnel. Le PGFP fait apparaître une stagnation en début de période (2024 à 2027), non expliquée à ce stade.

Les charges du titre 3 augmentent mécaniquement de 0,5 % par an également.

Dans le contexte d'inflation qui prévaut (encore proche de 2,5 % en 2024), il est peu probable qu'un tel ralentissement intervienne dans les années à venir.

L'établissement n'a par ailleurs appliqué sur les titre 2 et 3 qu'un effet prix. Le choix de n'appliquer aucune hypothèse de volume tendanciel est critiquable. L'établissement estime que les effets volumes sont essentiellement intégrés de façon ciblée dans le périmètre même du projet. Ce parti pris présente un hiatus par rapport aux recettes pour lesquelles le taux d'évolution démographique a été appliqué de façon générale.

Point de vigilance :

Les hypothèses d'évolution tendancielle des dépenses de titre 1, 2 et 3 sont relativement optimistes.

Recommandation :

Il convient d'actualiser le PGFP. Les hypothèses de dépenses tendancielle doivent faire l'objet d'une marge de précaution plus importante, sans ignorer en contrepartie l'effet réel sur les projections 2024 de la hausse des tarifs T2A arrêtés par le gouvernement.

Les dépenses de titre 4 n'appellent pas de remarque particulière. Les durées d'amortissement sont proches des recommandations incluses dans la nomenclature comptable hospitalière M21 bien qu'elles se situent le plus souvent dans la fourchette haute. Le montant total des amortissements incluant les anciennes immobilisations et celles au titre du projet TERRAH augmente de 7,8 M€ en 11 ans (11,7 M€ en 2024, 19,5 M€ en 2035) soit une hausse de 67 %. Pour couvrir cette forte augmentation, il est impératif que l'établissement dégage la CAF et la marge équivalentes. Concernant les emprunts, une hypothèse de taux d'intérêt de 3,7 % est retenue pour 2024 et 2025, puis 3,5 % et 3 % les années suivantes. Cette prévision est en ligne avec les projections de taux aujourd'hui admises. Les frais financiers passent de 2,8 M€ en 2024 à 2,4 M€ en 2035 (projet TERRAH compris).

b) Le plan d'efficience repose essentiellement sur des mesures d'optimisation des ressources humaines

Le dossier transmis au CRI en 2023 prévoit 8,26 M€ de gains en exploitation hors projet TERRAH.

Ces gains reposent exclusivement sur les charges. Il convient de noter le caractère par construction vertueux d'une stratégie délibérément axée sur la seule réalisation d'économies. On peut toutefois s'étonner de ne voir apparaître aucun plan d'actions permettant l'optimisation des produits, en dehors des recettes strictement liées au projet TERRAH.

Le plan d'efficience général de l'établissement annexé au PGFP comprend deux catégories de mesures :

- les gains relatifs au personnel ;
- les gains relatifs à la fonction achat/approvisionnement.

Les économies afférentes aux ressources humaines hors projet TERRAH s'élèvent à 6,2 M€. Les leviers mobilisés sont au nombre de 3 :

- l'amélioration de la gestion du temps de travail (2,1 M€) ;
- la limitation de l'absentéisme (1,6 M€) ;
- l'optimisation des organisations de travail et des fonctions supports (2,5 M€).

Les mesures proposées sont pour la plupart correctement documentées. L'amélioration de la gestion du temps de travail comprend l'arrêt de certains dispositifs extra statutaires. C'est le cas notamment du réajustement prévu de l'octroi de repos compensateurs soit un gain de 6 ETP. L'ancien accord local sera également révisé en ce qui concerne l'octroi de jours de fractionnement et de jours hors saison (7,4 ETP gagnés). Un objectif de diminution des jours CET sera également assigné aux équipes (gain de 170 K€ prévu). Les gardes techniques seront transformées en tout ou partie en astreinte (-0,2 M€). Les heures supplémentaires jusqu'ici accordées aux cadres seront supprimées. Les astreintes seront payées conformément à la réglementation. Les agents de catégorie C hors soins devront respecter une durée de travail de 35 H limitant ainsi les RTT octroyées (-17 ETP). Le régime de décompte de la pause méridienne, aujourd'hui particulièrement avantageux, sera révisé avec un étalement de la mesure dans le temps sur 3 exercices (-361 K€) ;

La régulation de l'absentéisme comprend la réduction du taux de remplacement de 48 %, taux actuellement appliqué, à 45 %, soit un gain théorique de 448 K€. L'autre objectif consiste à ramener le taux d'absentéisme constaté au CH d'Avignon (12 %), à un niveau plus proche de la moyenne nationale. La baisse de 2,5 % visée rapporterait 1,5 M€. Pour atteindre cet objectif ambitieux, le CHA a établi un plan de prévention de l'absentéisme en 8 axes. La plupart des axes retenus revêtent un caractère assez général, difficilement quantifiables à ce stade. Compte-tenu du montant des économies attendues, qui représentent environ 20 % des économies de gestion affichées sur le titre 1 de dépenses, cette mesure constitue de toute évidence un point de fragilité du plan de performance.

Point de vigilance :

L'objectif de réduction de l'absentéisme représente une part importante du plan d'actions. Ce dernier revête un caractère général et assez peu opérationnel

Recommandation :

Documenter davantage le plan d'actions relatif à l'absentéisme.

Décliner le plan d'action en mesures quantifiables.

L'optimisation des organisations de travail et des fonctions support est déclinée en 6 sous actions : la réorganisation de la fonction ASH (-1,5 M€ à terme), la réorganisation de la fonction transports, aujourd'hui non centralisée et non informatisée (- 0,1 M€), la réduction du nombre de postes aménagés pour raison médicale (soit un gain de 0,9 M€ par an à compter de 2028), la réduction du nombre d'AEQ au sein du service restauration (- 163 K€), l'automatisation du processus de paie (-50 K€), et l'optimisation de la gestion prévisionnelle du remplacement et des effectifs grâce à la mise en place d'un service de remplacement et une politique facilitant les CDI (-18 K€).

Les mesures d'économies de personnel hors projet TERRAH envisagées interviennent toutes en début de trajectoire. Toutes sont programmées entre 2024 et 2026, très en amont du projet TERRAH lui-même. La moitié des gains (2,9 M€ sur 6,2 M€ soit 47 %) est prévue sur 2024. Or l'objectif projeté en 2024 et en 2025 ne sera pas atteint par le CH d'Avignon au vu des éléments fournis par ce dernier à mi année. Les actions réellement et déjà mises en œuvre devraient dégager des économies à hauteur de 480 K€ en 2024 et 352 K€ en 2025 soit 732 K€ sur 2 ans contre 4,8 M€ d'économies planifiées dans le PGFP. Les autres mesures nécessitent des conduites de projets plus structurées (régulation de l'absentéisme, optimisation des organisations de travail). Elles sont en cours de planification. Leur concrétisation est prévue pour fin 2024/début 2025. Les réorganisations structurelles ne sont par ailleurs pas finalisées. L'action afférente à l'entretien des locaux est en phase de test dans un service de l'établissement. Aucun arbitrage ne sera rendu avant début 2025. Concernant la réorganisation des transports, le calendrier de mise en œuvre est repoussé au mieux à 2025 au lieu de 2024. L'écart dans le calendrier de mise en œuvre des mesures RH ne signifie en rien un abandon des mesures. Toutefois la crédibilité globale du plan d'action s'en trouve affectée. Le pari de faire reposer l'essentiel des actions de performance hors projet sur le personnel constitue de toute évidence une prise de risque certaine dans le contexte de tension sur les effectifs. Or

ce dernier s'est accentué à l'échelle nationale depuis la crise sanitaire. La sécurisation du plan d'action RH doit être confortée.

Point de vigilance :

Les objectifs de gains RH ne sont pas atteints à ce stade, alors qu'ils doivent intervenir essentiellement en tout début de période.

Recommandation :

Les gains RH doivent être priorisés et sécurisés. Il convient de renforcer le pilotage du plan d'actions en mettant en place la comitologie qui s'impose. Cette dernière devra associer étroitement l'ARS.

Le deuxième volet du plan de performance concerne le domaine des achats et des approvisionnements. L'établissement s'est fixé une cible de gains de 2 M€, dont 0,9 M€ sur le titre 2 et 1,1 M€ sur le titre 3. Concernant le titre 2, les actions retenues portent sur les gains achats liés à la remise en concurrence des lots suite à la perte de brevets, à une négociation spécifique sur les dispositifs de dialyse, à l'optimisation de la biologie moléculaire, et à l'amélioration des stocks. Concernant le titre 3, les principaux gains seraient réalisés dans les domaines des énergies, et de la gestion des déchets. Au total les leviers d'efficience en lien avec les titres 2 et 3 de dépenses interviennent entre 2024 et 2027 inclus, à hauteur de 0,5 M€ par an soit 2 M€ en base en 2027. D'une manière générale, les gains achats et les mesures de rationalisation des consommations restent peu documentés.

Point de vigilance :

Les fiches actions achats transmises à l'appui du dossier sont relativement peu documentées.

Recommandation :

Sécuriser davantage les fiches actions achats.

c) Le retour sur investissement (RSI)

Le montant net du RSI associé au projet atteint au total 5,4 M€. Rapportés au montant de l'opération (138,7 M€), les gains dégagés par le programme apparaissent limités. Le montant du RSI s'explique par les caractéristiques du projet qui consiste pour l'essentiel à moderniser et restructurer les secteurs d'hospitalisation historiques et à réhabiliter les espaces existants.

Contrairement au plan d'efficience général, le RSI est majoritairement basé sur un surplus de recettes (+ 14 M€ à horizon 2035 par an). Les charges nettes progressent de 8,6 M€ malgré les suppressions de postes engendrées par le projet. Ces charges nouvelles nettes viennent en atténuation des 14 M€ de recettes évoqués précédemment. Les recrutements supplémentaires prévus au titre des activités nouvelles limitent fortement l'impact du RSI. Le RSI proposé illustre la stratégie de volume choisie par l'établissement dans le cadre du projet TERRAH.

Le RSI repose en théorie sur 3 axes :

- l'optimisation des organisations grâce au redimensionnement et au recalibrage des unités
- le développement d'activités nouvelles
- la forte hausse des chambres particulières

L'établissement intègre toutefois dans le périmètre du RSI un certain nombre de dépenses et de charges qui sont sans lien direct avec le projet lui-même. Sur les 14 M€ de recettes générés potentiellement par le

projet, 50 % soit 7,2 M€ sont déjà réalisés en base en 2027, c'est à dire avant le début de mise en service de la première tranche du programme prévue en 2028 (ouverture du nouveau bâtiment). Dans le même temps le tableau de suivi du RSI fait apparaître 9,3 M€ de charges supplémentaires en 2027. Les recettes supplémentaires prévues avant 2028 s'expliquent par le redressement de l'activité chirurgicale en période post Covid, les recrutements de praticiens supplémentaires, et le virage ambulatoire, ce qui revient à assimiler au RSI des évolutions qui ont vocation à intervenir dans tous les cas.

L'établissement intègre également dans le RSI les évolutions tendanciennes (effet volume, effets prix) qui s'appliquent aux disciplines concernées par les travaux. Le taux d'évolution démographique CNIS (0,1%) afférent aux domaines impactés par les travaux (urgences, activités de la tour A et B, hémodialyse etc...) est en effet réintégré dans le RSI.

La méthodologie d'estimation du RSI a consisté à scinder les évolutions d'activités en deux sous-ensembles : les activités entrant dans le périmètre du projet immobilier et les autres. L'établissement a considéré que l'évolution des prises en charge et de organisations formaient un tout cohérent qui devait contribuer à la soutenabilité du projet quand ces activités avaient un lien avec le projet. L'établissement a considéré également que les évolutions d'activités et les réorganisations (virage ambulatoire, mutualisations, regroupements, recalibrage des unités) étaient déjà à l'œuvre ou ne sauraient attendre les évolutions immobilières pour être amplifiées. A ce titre les impacts ont été inclus dès le début de période dans le périmètre du RSI avant même les redimensionnements architecturaux.

Le parti pris par l'établissement est contestable. Il rend particulièrement difficile l'analyse du RSI au sens strict. Au-delà du manque de lisibilité du projet qu'une tel choix entraîne, il contribue paradoxalement à dégrader l'impact positif propre au projet. Après retraitement des années antérieures à la mise en service du premier bâtiment (2028), le RSI est amélioré de 2,2 M€. Il passe de 5,4 M€ en base annuelle fin 2035 à 7,6 M€. En effet, en 2027, les charges rattachées au RSI par le CH d'Avignon entre 2024 et 2027 dépassent les recettes supplémentaires de 2,2M€. Ce delta négatif pour l'établissement est lié à la politique de recrutements de l'établissement et aux dépenses médico techniques engendrées par le redémarrage d'activité. Les gains liés aux réorganisations internes et au recalibrage des unités de soins permises par le projet lui-même n'arrivent qu'après 2027.

Le projet TERRAH comprend 3 catégories d'opérations, qui génèrent chacune leur propre retour sur investissement :

-impact de la réhabilitation des tours A et B et bâtiment neuf hors hémodialyse :

Avant 2028 (ouverture du bâtiment neuf), les organisations antérieures restent en place. Les évolutions de recettes et de charges concernent les progressions d'activités évoquées précédemment (reprise post Covid, progressions de l'activité ambulatoire ...). Le titre 1 de dépenses est alors impacté par le recrutement de praticiens (231 K€) et de soignants (0,9 M€). Les dépenses médico techniques évoluent fortement (+4,2 M€ pour la seule année 2024) en raison du redémarrage d'activité. L'ouverture du bâtiment neuf permet un premier recalibrage des maquettes de personnels (-2,4 M€ de dépenses de personnels non médicaux en 2028). L'ouverture des tours B et A en 2029 et 2031 entraîne des évolutions similaires (gains en ETP non médicaux). Toutefois, de nouvelles unités ont créées en 2032 et 2033 (unité SSR, unité saisonnière, plateau ambulatoire étendu et extension capacitaire de l'USINV) qui sont sources de nouvelles dépenses RH en fin de période.

Au total le résultat net est légèrement favorable sur la période après prise en compte des chambres particulières (2,4 M€).

-impact de l'extension de l'hémodialyse :

La croissance tendancielle d'activité est intégrée au RSI par l'établissement. L'essentiel du gain s'explique par la rationalisation de l'organisation de l'hémodialyse. Avec une capacité étendue à 32 places, le service d'hémodialyse fonctionnera exclusivement en mode diurne, générant une économie en personnel de près de 0,6 M€ dès 2028.

-impact de l'extension des urgences

Le programme de réhabilitation et l'extension des urgences s'achève en 2031. L'opération entraîne des surcoûts de personnels importants (106 K€ en 2031 et 148 K€ en 2032). Ces surcoûts sont en partie compensés par les recettes d'activité tendancielle.

La déclinaison du RSI en dépenses et en recettes permet d'avoir une approche synthétique des gains engendrés par le projet TERRAH.

DEPENSES :

Le RSI global se traduit par une plus-value nette de dépenses de 8,6 M€.

Les dépenses de personnel diminuent de 0,45 M€ en base à horizon 2035 par rapport à 2023 au sein du périmètre du projet TERRAH De 2024 à 2027, en amont de l'opération architecturale, les recrutements massifs opérés pèsent négativement sur le RSI (+ 1,1 M€ de charges en 2027 vs 2023). Le recalibrage des unités concernées par le projet immobilier génère des gains importants jusqu'en 2032 (les charges sont en baisse nette de 3,1 M€), en partie compensés par l'effet à la hausse engendré par l'ouverture des nouvelles unités sur la fin de période (unités SMR, saisonnière et...)

Le nombre d'ETP rémunérés internes au projet TERRAH baisse au total de 21,8 ETP entre 2024 et 2035, dont moins 103 pour les tours A et B, moins 9 pour l'hémodialyse, mais + 99,5 pour le nouveau bâtiment.

Les dépenses de titre 2 sont celles qui progressent le plus au titre du projet TERRAH : + 8,9 M€ entre 2024 et 2035 dont + 5,4 M€ sur la seule année 2024. Cette forte hausse s'explique par les hypothèses d'augmentation d'activité retenues par le CH d'Avignon, particulièrement en début de période. La hausse des consommations qui en découle impacte lourdement la trajectoire. La moitié de l'augmentation du titre 2 au titre du RSI du projet est imputable aux consommations du plateau technique (actes de laboratoire, imagerie) sur une seule année : 2024. Cet artefact illustre à lui seul les limites de la méthodologie d'estimation du RSI défendue par l'établissement.

Les dépenses de titre 3 impactent le RSI de façon marginale (+ 0,1 M€ en 2035).

Les charges de titre 4 liées au projet s'élèvent à 9,3 M€ soit :

- + 1 M€ pour les frais financiers en 2035
- + 8,3 M€ pour les amortissements en 2035

Il convient de rappeler que les charges ne sont pas intégrées en atténuation du RSI. En revanche il est attendu du RSI qu'il couvre le poids des frais financiers et des amortissements générés par le projet ce qui n'est pas le cas.

LES RECETTES

Le projet TERRAH génère un surplus global de recettes de 14 M€.

L'essentiel des produits supplémentaires identifiés comme liés au projet relèvent du titre 1 (produits d'assurance maladie), soit 11,6 M€. Les recettes tendancielles donc découlant de facteurs exogènes, de même que les actions engendrant des recettes avant même la mise en services du programme sont intégrées au RSI si ces recettes sont afférentes à des activités impactées par l'opération.

Plus de 60 % des recettes de titre 1 du projet sont constatées avant 2028, date d'ouverture du nouveau bâtiment. Cette approche extensive du RSI pose question quant à la réalité et la crédibilité de la méthode employée. Cette distorsion entre RSI affiché et RSI réel est particulièrement visible concernant le volet

recettes du projet. Les produits d'assurance maladie du projet intègrent un effet volume spontané de 0,1 % sans lien avec les activités concernées, les effets du virage ambulatoire (y compris avant la réalisation du chantier), l'effet des recrutements de praticiens en début de PGFP, l'impact des activités nouvelles liées à l'opération (ouverture d'une unité SMR, unité saisonnière, extension du plateau de chirurgie et médecine ambulatoire).

Le projet TERRAH ne produit pas de recettes de titre 2 supplémentaires. Cette anomalie est compensée par le mode de calcul des gains en recettes du titre 1, estimés sur la base d'un taux de prise en charge assurance maladie de 100 %.

Le projet immobilier proposé par le CH d'Avignon concerne principalement la restructuration des 2 tours d'hospitalisation A et B qui abritent à elles seules la moitié de la capacité d'hospitalisation de court séjour de l'établissement. Elles n'ont bénéficié d'aucune rénovation lourde depuis 1981. Les locaux actuels ne comportent que 22 % de chambres seules. Le programme de travaux TERRAH permettra une forte augmentation de la proportion de chambres particulières dans l'établissement. Le RSI comprend une hypothèse de gain de 2,4 M€ à ce titre. Ces recettes subsidiaires complémentaires sont constatées en totalité après 2027. Le nouveau bâtiment, dont l'ouverture intervient en 2028, se traduit par 258 K€ de recettes dès la première année.

Les recettes de chambres seules constituent les seules recettes de titre 3 directement rattachées au RSI

Point de vigilance :

Le périmètre du RSI englobe des gains en dépenses et en recettes sans liens avec le projet

Recommandation :

Un retraitement du RSI ne serait pas inutile. Malgré l'effet « jeu à somme nulle » (transfert d'une partie des écarts sur le tendanciel), il permettrait de mieux identifier l'apport propre au projet lui-même.

Conclusion concernant le RSI :

Au global le gain de marge brut engendré par le RSI du projet (+ 5,4 M€) ne permet pas de couvrir les surcoûts d'amortissements et les frais financiers occasionnés par le projet TERRAH (+ 9,3 M€). L'écart est de 3,9 M€. Le RSI retraité des années antérieures à la mise en service de la première tranche d'opération (2024-2027) est augmenté de 2,2 M€ compte-tenu du poids des recrutements engagés en début de période. Après retraitement, l'écart est réduit à 1,7 M€ (3,9 M€ - 2,2 M€).

3) La soutenabilité financière du projet

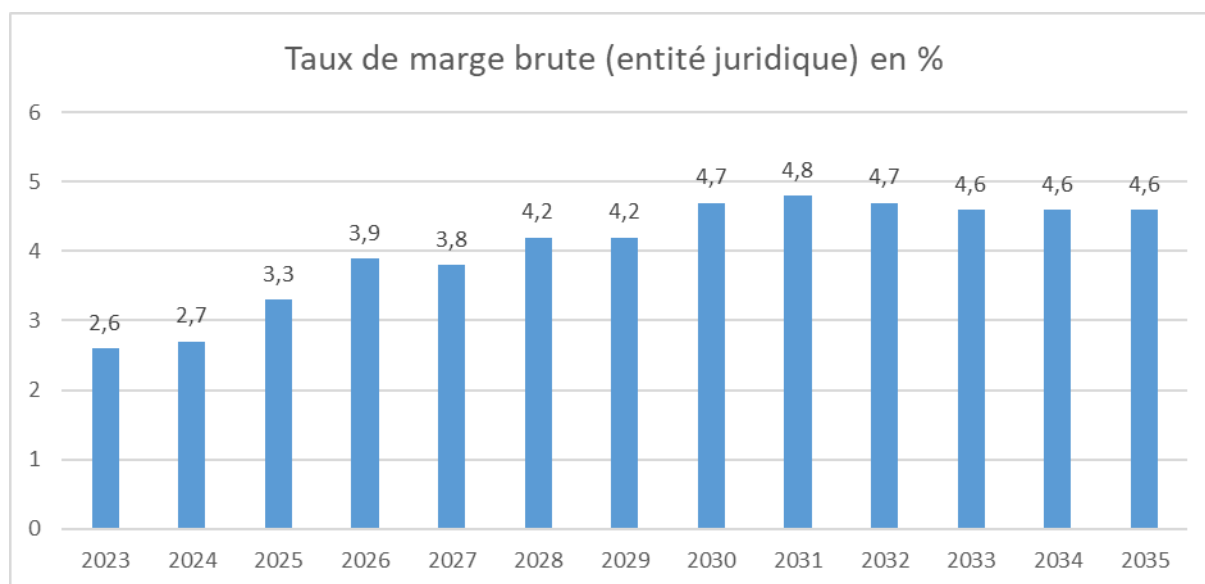
a) L'amélioration du cycle d'exploitation (marge, CAF) reste fragile au regard des besoins de financement

Le taux de marge brute consolidé du CH Henri Duffaut passe de 2,6 % en 2023 à 4,6 % en 2035 soit un redressement de 2 points. Le gain global de marge au titre de l'ensemble du PGFP 2023-2035 (au-delà du seul périmètre du projet) est de 8,5 M€. La marge brute est de 8,8 M€ en 2023. Elle atteindrait 17,3 M€ en 2035.

L'augmentation de la marge (8,5 M€) couvre à elle seule l'évolution du titre 4 pris globalement (amortissements et charge d'intérêts du projet et des autres investissements) qui passe de 14,4 M€ à 21,9 M€ soit + 7,5 M€.

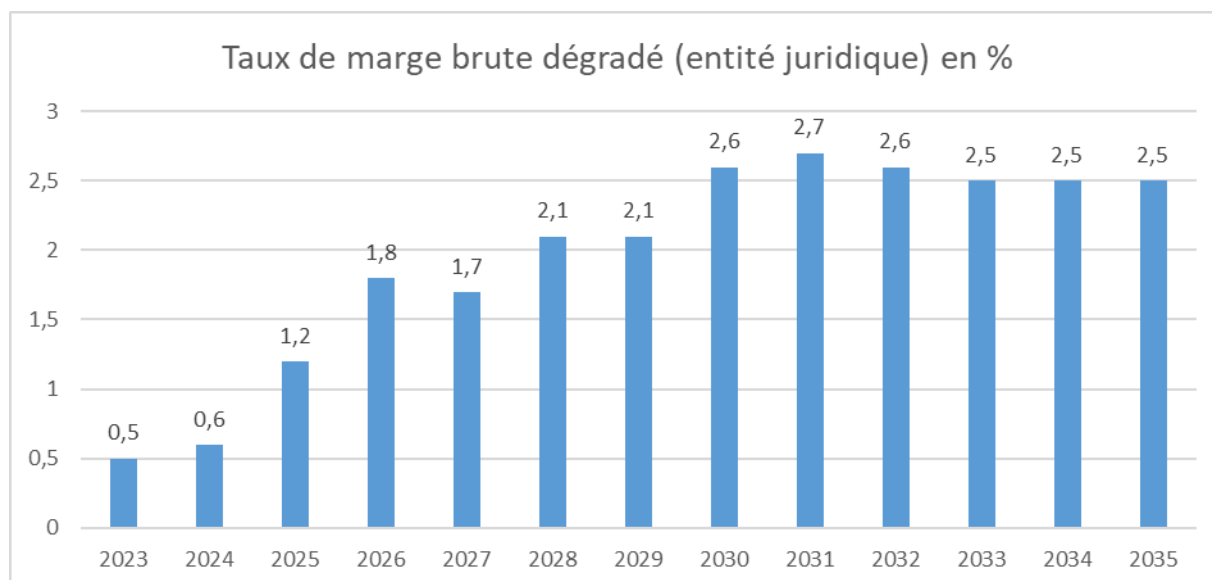
La subvention d'investissement reçue par l'établissement étant amortissable, la quote-part virée au résultat (5 M€ par an en fin de période) vient s'ajouter à la marge brute (gain de 8,5 M€ annuellement)

d'où le redressement du résultat net comptable une fois déduite la hausse du titre 4 de dépenses (+7,5 M€). Le résultat du budget principal progresse en effet de - 4,9 M€ en 2024 à + 0,9 M€ en 2035.



Toutefois ce constat doit être nuancé pour deux raisons :

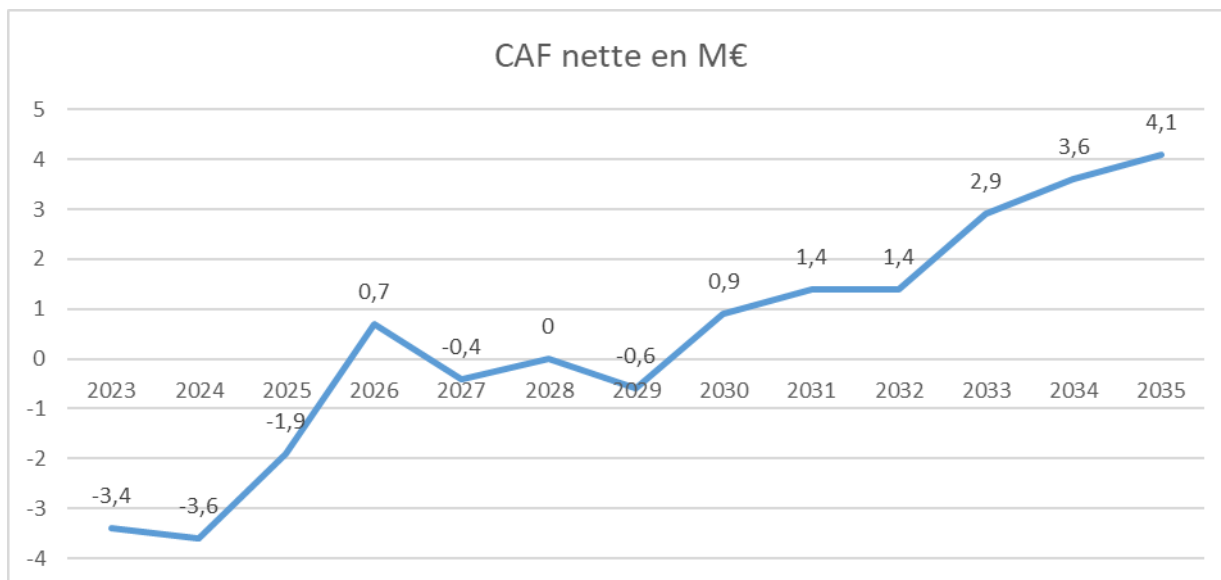
-Le taux de marge brute inscrit dans le PGFP doit être actualisé des réalisations les plus récentes qui s'avèrent très nettement en-deçà des résultats attendus. Retraité à partir des réalisations 2023, le taux de marge brute n'évoluerait pas de 2,6 % en 2023 à 4,6 % en 2024 mais de 0,5 % à 2,5 % soit à un niveau inférieur de 2,1 % à la trajectoire du PGFP. Le taux de 2,5 % estimé en 2035 marquerait de fait une stagnation par rapport au taux de marge prévu initialement en 2023 (et non atteint), lui-même déjà très insuffisant pour alimenter le remboursement du capital de la dette et les investissements courants (taux de 2,6 % prévu contre un besoin de financement de 6,6 % en 2023).



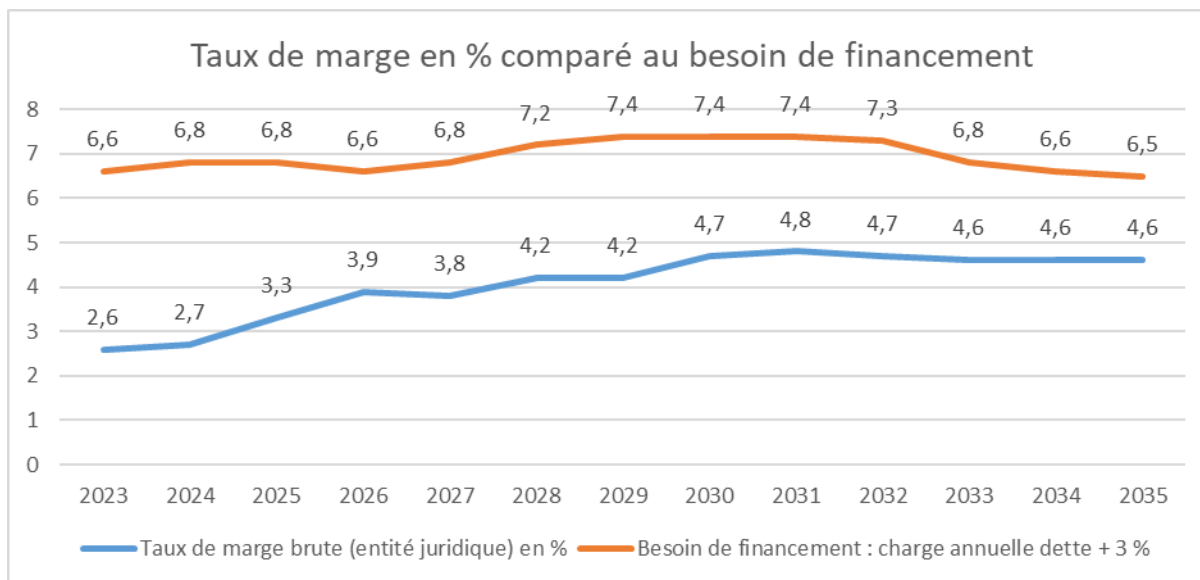
-L'amélioration du cycle d'exploitation ne permet pas de couvrir les engagements passés et futurs en termes d'investissements.

La capacité d'autofinancement (CAF), déjà faible en 2023 (6,3 M€) passe à 14,8 M€ en 2035. Le niveau de remboursement en capital dépasse la CAF sur une très longue période. La CAF nette ne redevient positive qu'en 2030, à une échéance anormalement lointaine, qui elle-même ne tient pas compte d'une base

d'entrée nettement plus dégradée qu'anticipée. Cette situation est contraire au cadre réglementaire et justifie à elle seule un plan de redressement. Jusqu'en 2030, l'établissement emprunte pour rembourser sa dette. Au-delà, la CAF nette, trop faible (3,6 M€), ne permet pas de couvrir le flux d'investissements pour la part non subventionnée, sans recourir à de nouveaux emprunts. Il convient de rappeler que le CH Henri Duffaut doit assurer environ 9 M€ d'investissements courants par an (hors projet) pour renouveler convenablement son patrimoine et ses équipements, soit 3 % de son chiffre d'affaire selon les standards reconnus par le CNIS.



La marge brute doit par ailleurs permettre de couvrir la charge annuelle de la dette et 3 % d'investissements courants sans recourir à de nouvelles lignes d'emprunts. Cette règle de bonne gestion n'est pas respectée, même en fin de période bien que l'hôpital d'Avignon s'en approche. L'écart avec la cible, reconnue comme essentielle par l'ex COPERMO et aujourd'hui confortée par le CNIS, est pour le CH Henri Duffaut de 4 points en début de période (2,6 % au lieu de 6,6 %). Cet écart reste encore significatif bien que sensiblement réduit en 2035. La marge brute atteint 4,6 % en 2035. La charge annuelle de la dette est de 3,5 points en 2035 dans le PGFP initial. Le solde net de 1,1 point (4,6 % - 3,5 %) couvre seulement environ un tiers des investissements courants (3 %). Ce différentiel de 2 points n'est pas marginal d'autant qu'il passerait à plus de 4 points en l'absence de correction de l'écart de déficit en base d'entrée entre le résultat 2023 prévu et le résultat réel. Considérant la remise à neuf de plus de 50 % du site, le besoin de financement courant effectif sera significativement diminué au cours des 10 premières années de fonctionnement du projet, dans la mesure où une partie des besoins d'équipements sera incluse dans le projet TERRAH. Toutefois l'écart est tel, qu'il signifie même pris isolément, l'extrême fragilité de la situation actuelle et future de l'établissement en termes de besoin de financement. Le RESE (page 79) précise par ailleurs que les prévisions d'investissements courants intégrés au PGFP s'élèvent à 2 % en moyenne entre 2024 et 2035. Même si ce ratio est inférieur à 3 % il reste deux fois plus important que le solde de marge disponible estimé dans la version la plus optimiste du PGFP (1,1%). Aucune réponse réellement convaincante n'a été apportée sur ce point par l'établissement.



Point de vigilance :

Le cycle d'exploitation ne dégage pas la marge nécessaire pour absorber la charge de la dette et les investissements hors opérations majeures. Il existe un différentiel de 2 points dans la version optimiste.

Recommandation :

On peut admettre qu'en raison de la remise à neuf de 50 % du parc, le CH Henri Duffaut peut s'affranchir partiellement de la cible de marge évoquée. Un standard de 3 % d'investissements courants ne s'impose pas sur les 5 ou 10 premières années. Toutefois, l'établissement reconnaît un besoin d'investissement de 2 % en moyenne au cours de la décennie 2030. La cohérence exige de revoir au minimum à due concurrence la trajectoire de marge afin de viser à terme non pas 4,6 % de taux de marge mais 5,5 %. Les investissements courants seraient alors couverts à hauteur de 2 points (sur les 3 % référencés).

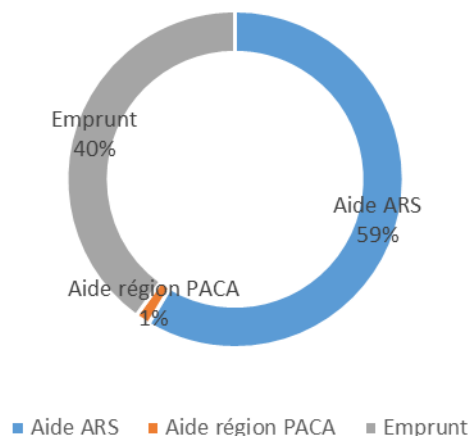
b) Des ratios d'endettement stables, sous certaines conditions

Compte-tenu de l'absence de réelle capacité d'autofinancement, le CH Henri Duffaut est totalement dépendant de financements extérieurs.

La puissance publique subventionne l'opération en très grande majorité. Le plan de financement est décliné de la façon suivante pour un total de 138,7 M€ :

- subventions publiques (aides en capital) : 83,3 M€ (60 %)
 - Aide ARS : 81,3 M€ (58,6 %)
 - Aide Conseil Régional (volet urgences) : 2 M€ (1,4 %)
- emprunt non aidé : 55,4 M€ (40 %)

Plan de financement du projet d'investissement TERRAH (138,7 M€)

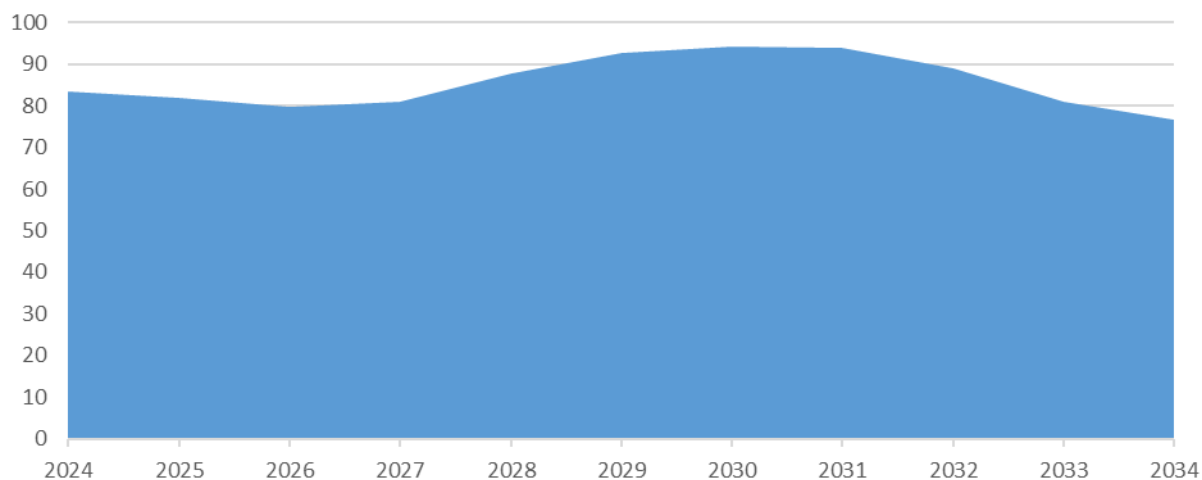


L'emprunt représente une part importante du projet (40 %) soit 55 M€, malgré le niveau déjà relativement élevé de l'encours de dette du CH d'Avignon avant même la mise en œuvre de l'opération.

En 2023, la dette s'élève à 86,8 M€ du fait des plans d'investissements passés (plan hôpital 2007) et de l'absence historique d'autofinancement. L'hétérogénéité des ratios d'endettement se lit à travers deux taux. Le taux d'endettement (25 % en 2023), qui rapporte l'encours de dette au budget d'exploitation annuel de l'hôpital, est sous contrôle. Il est moyennement élevé. Il reste inférieur au seuil réglementaire (30 %). En revanche, le taux de dépendance financière qui rapporte l'encours de dette aux capitaux permanents inscrits au bilan, dépasse de près de 10 points la cible inscrite dans le code de la santé publique (soit 58 % en 2023 au lieu de 50 %), illustrant ainsi la faiblesse des capitaux propres.

En fin de PGFP (2035), l'endettement reste assez stable, voire en légère baisse. L'emprunt contracté sur la période au titre du projet TERRAH (55 M€) représente la moitié du flux d'emprunt du tableau pluriannuel de financement du PGFP entre 2024 et 2034 (environ 120 M€). En contrepartie les flux de remboursement de la dette historique sont quasi équivalents au total des emprunts réalisés sur le même intervalle de temps. Il convient de préciser que l'établissement a été recapitalisé par l'ARS au titre de l'article 50 à hauteur de 22 M€.

Encours de dette en M€



La relative stabilité et même la baisse progressive de l'endettement après 2031 s'expliquent par la part du projet subventionnée (60 %) et par le redressement du niveau de CAF sur la période.

Cela signifie que toutes choses égales par ailleurs, le projet, bien qu'intervenant dans un contexte de fragilité financière marquée, ne dégrade pas le niveau d'endettement de l'établissement. Le taux d'endettement ne dépasse jamais 30 % dans le PGFP initial transmis. Le taux de dépendance financière reste élevé mais passe en dessous de 50 % à partir du début de la décennie 2030.

Toutefois cette analyse est conditionnée à la réalisation effective du RSI et du plan de performance générale. Elle est aussi conditionnée aux mesures correctrices que l'établissement sera amené à prendre en début de trajectoire pour corriger l'écart de marge de près de 5 M€ observé par rapport au PGFP transmis au CRI en 2023. En l'absence de rattrapage rapide du différentiel enregistré dans le compte financier 2023, le cumul sur l'ensemble du PGFP du même besoin de financement annuel pourrait mécaniquement générer un besoin d'emprunt supplémentaire de l'ordre de 40 à 50 M€ difficilement soutenable.

Le niveau d'endettement projeté est également conditionné au respect de l'enveloppe prévue au titre des travaux. Or le risque de surcoûts n'est pas nul. Les ratios de coût de construction retenus sont légèrement inférieurs aux coûts constatés en moyenne lors d'appels d'offres récents. Les provisions pour imprévus et aléas sont estimées par ailleurs à minima par l'établissement.

La trésorerie du CH Henri Duffaut n'évolue pas entre 2024 et la fin du PGFP. Elle se maintient à un niveau proche de 10 jours par mois. Le niveau de trésorerie projeté par l'établissement offre peu de marge de manœuvre. La marge d'optimisation du BFR est modeste. Avec une moyenne générale de 30 jours sur la période, il est assez proche de la moyenne des établissements. Dans cette configuration (BFR proche de la moyenne, Fond de roulement à peine supérieur au BFR), tout écart dans l'exécution du PGFP (dégradation du cycle d'exploitation, dérapage des dépenses d'investissement) se traduira par un surcroît d'endettement.

Point de vigilance :

La soutenabilité de l'opération est partiellement assurée. Le projet en lui-même ne modifie pas substantiellement la situation financière et patrimoniale du centre hospitalier. L'augmentation du taux de marge ne permet certes pas d'atteindre le ratio requis (6,6 % en théorie, 5,6 % en tant compte du besoin prévisionnel réel des investissements courants entre 2030 et 2040). Toutefois l'écart avec la cible de marge est réduit de deux points en 2035 par rapport à 2023 grâce à une progression de marge équivalente. Le taux d'endettement ne progresse pas durant cette période grâce à un haut niveau de subventions. Toutefois l'établissement dispose d'une marge de manœuvre très faible compte tenu de ses ratios financiers et de sa trésorerie très limitée. La situation très dégradée observée en début de période alerte sur un risque de non-respect de la trajectoire de financement. Celle-ci engendrerait un dérapage de l'endettement.

Recommandation :

La sécurisation des gains en exploitation doit constituer une priorité. Le niveau de déficit et de CAF invite par ailleurs à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre. L'ensemble des mesures associées au PGFP devra faire l'objet d'un co-pilotage ARS - établissement étroit.

CONCLUSION GENERALE :

Les ambitions affichées dans le projet médico soignant du CH Avignon paraissent en décalage avec les perspectives d'évolution des séjours, au vu des paramètres d'activité retenus.

A titre d'exemple, l'objectif fixé à l'horizon 2035, d'un IPDMS égal ou supérieur à 1 dans de nombreuses spécialités.

Le projet affiche des engagements généraux dont la mise en œuvre est à construire par des plans d'action au sein de chaque pôle, à partir de 2024.

L'évolution vers plus d'ambulatoire est très modeste en chirurgie, le taux ambulatoire restant le plus souvent inférieur à 40% à la cible 2035.

L'hospitalisation conventionnelle en chirurgie se caractérise par la faiblesse de l'activité programmée.

Les PDM du CH Avignon en chirurgie se situent seulement à 13,4% sur son bassin de recrutement.

L'ambulatoire médical constitue le seul domaine pour lequel le CHA projette une évolution significative des PDM, notamment par substitution d'activités externes. La reprise de PDM s'effectuerait au détriment des établissements du secteur public environnant.

La recherche de substitution à l'activité d'hospitalisation conventionnelle en médecine n'est pas documentée.

Des modalités organisationnelles intéressantes sont projetées, en particulier la cellule territoriale de gestion des lits et d'ordonnement des parcours.

Paradoxalement cette organisation n'a pas de traduction concrète dans les projections d'évolution de l'activité et notamment dans l'optimisation des durées de séjour.

Ce dispositif devrait en effet favoriser un turn over des patients plus important et donc des projections plus dynamiques.

Le principe de précaution semble avoir été pris en compte pour ce qui concerne les projets de création de 20 lits d'hospitalisation conventionnelle de médecine, d'une unité saisonnière de 14 lits à vocation gériatrique, en lien avec le SAU et d'une unité "en attente" de 14 lits également.

L'argument avancé du point important des hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans, à partir des urgences, pour justifier de ces créations, n'est pas confirmé par les données statistiques relatives à l'activité d'urgence, y compris les projections faites à l'horizon 2035.

Les évolutions capacitaires sont peu argumentées.

Ce projet interroge sur la dynamique médicale de l'établissement.

De nombreux départs de praticiens, notamment en chirurgie, ont été enregistrés entre 2020 et 2022.

Le projet TERRAH du CHA correspond à un besoin immobilier avéré.

Il importe de saisir cette opportunité pour fiabiliser le projet sur le plan de l'évolution de l'offre de soins, en étant plus volontariste sur l'ambulatoire et en prenant en compte les effets attendus d'une gestion plus performante des séjours et des parcours, sur les différents paramètres d'évolution de l'activité et des capacités en lits au niveau de l'établissement et du GHT.

D'une manière générale, l'hypothèse globale du projet immobilier TERRAH 2030 est assez complexe et pourrait être simplifiée et optimisée en vue d'une réduction des risques et des coûts.

Plusieurs points sont à améliorer :

- le capacitaire final trop excédentaire
- l'efficacité du service des urgences et de ses accès
- l'optimisation des surfaces à construire, à restructurer et à démolir

L'ensemble de ces optimisations ayant pour conséquence directe la diminution des coûts d'investissement.

Par ailleurs, la contrainte forte et incontournable de l'approbation du PPRI Durance sur Avignon au second semestre 2026 rend impossible la validation d'un permis de construire avant cette date.

En revanche, les enjeux d'amélioration de la qualité hôtelière et de la capacité d'accueil de l'hémodialyse, des urgences et de l'ambulatoire sont incontestables.

Pour toutes ces raisons, il semble utile que le schéma directeur immobilier puisse être revu dans le sens de l'optimisation, sans pour autant être remis intégralement en question.

Le temps d'instruction du PPRI permettra ainsi d'améliorer un projet immobilier nécessaire mais encore perfectible.

Après cette phase de révision du programme, il pourrait être intéressant de laisser aux concepteurs une certaine marge de manœuvre dans leurs propositions.

Une consultation sous forme de dialogue compétitif prenant en compte la totalité des besoins, permettrait d'obtenir des projets améliorés, optimisés, économiques et qualitatifs, avec un délai global mie

La question de la soutenabilité financière du projet constitue un enjeu important au regard du montant de l'opération (138,7 M€) et de la situation financière structurellement très fragile de l'établissement.

Le rapport d'évaluation socio-économique initial intégrait une hypothèse de résultat nettement plus favorable que le résultat constaté en fin d'exercice 2023. Déjà déficitaire, la situation budgétaire du CH d'Avignon s'avère plus dégradée que prévu. Après une légère amélioration pendant la période Covid, l'accélération du trend déficitaire à partir de 2023 et le doublement du déficit par rapport à la trajectoire initiale (9 M€ attendus vs 4,2 M€ en 2023) constitue un point d'alerte. Les projections 2024 ne montrent aucune amélioration soit un déficit attendu de 9 M€ vs une prévision EPRD à - 4,9 M€. Le fort rebond des recettes enregistré en sortie de crise Covid n'a pas empêché la forte dégradation des comptes. Les plafonds de dépenses fixés en début de PGFP sont d'ores-et-déjà largement dépassés. L'effet masse salariales constitue le principal facteur explicatif. La politique très ambitieuse de recrutement n'a pas à ce stade permis d'enclencher un cycle budgétaire vertueux. La marge brute de début de période présente un déficit de 4 points par rapport à la cible théorique définie par le CNIS (2,6 % vs 6,6 %) sans tenir compte des réalisations 2023 plus dégradées que prévu. L'écart serait de 6 points après prise en compte du résultat de 2023 actualisé. Des mesures correctrices s'imposent à court terme afin de rattraper l'effet base d'entrée. Le niveau actuel d'endettement de l'établissement est par ailleurs relativement important au regard de la CAF. Le caractère négatif de la CAF nette révèle une situation d'extrême fragilité.

L'amélioration du cycle d'exploitation constitue dans un tel contexte un axe prioritaire du projet et une condition de la soutenabilité de l'opération. Les hypothèses tendancielles de recettes et de dépenses restent globalement prudentes, et ne présentent pas d'anomalie majeure. Le caractère parfois optimiste de certaines hypothèses (masse salariale, inflation, effet volume) est potentiellement couvert par la non prise en compte dans le PGFP de la hausse nettement plus favorable que prévu des tarifs T2A pour 2024. Cette hypothèse devra être vérifiée. Le CH d'Avignon prévoit par ailleurs deux types de gains en exploitation : les gains générés par un plan de performance général, et les gains liés au projet. Le plan général d'efficience (8,26 M€) repose essentiellement sur des mesures d'optimisation des ressources humaines (6,2 M€). Les principaux leviers mobilisés à ce titre (temps de travail, absentéisme, fonctions support) sont dans l'ensemble correctement documentés hormis le volet réduction de l'absentéisme qui présente de toute évidence un caractère général et peu opérationnel. La concentration des efforts sur les dépenses de personnel constitue toutefois un pari risqué dans le contexte de tensions sur les ressources humaines. Les autres gains relèvent des achats (2 M€). Aucune optimisation du processus recettes n'est malheureusement prévue. Le retour sur investissement associé au projet atteint quant à lui au total 5,4 M€. Le gain est limité au regard du volume financier du projet, ce dernier étant essentiellement une opération de restructuration de l'existant. Contrairement au plan d'efficience, le RSI repose principalement sur les recettes (14 M€ d'ici 2035). Les dépenses nettes augmentent au titre du projet de 8,6 M€. Les recrutements liés aux activités nouvelles, limitent de façon forte le rendement net de l'opération TERRAH. Le RSI comprend 3 types de gains (redimensionnement des unités, activités nouvelles, chambres particulières). La documentation de ces gains n'appelle pas de remarque particulière. Toutefois la méthode retenue pour l'estimation du RSI est critiquable à plusieurs titres : intégration dans le RSI de facteurs d'évolution exogènes sans lien avec l'opération, prise en compte de gains réalisés en

amont de la réception de la première tranche de travaux (60 % des recettes du RSI). Cette distorsion ne modifie pas la trajectoire globale mais crée un effet de périmètre qui nuit à la lisibilité financière du projet.

Au terme du PGFP (2035), le cycle d'exploitation ne dégage pas la marge nécessaire pour absorber la charge de la dette et les investissements courants. Il existe une différence de 2 points dans la version optimiste (à base d'entrée inchangée). La soutenabilité globale du projet n'apparaît donc que partiellement assurée. Pour couvrir à minima les 2/3 des investissements courants théoriques (2 % au lieu des 3 % requis), la cohérence exige de revoir au minimum à due concurrence la trajectoire de marge afin de viser à terme non pas 4,6 % de taux de marge mais 5,5 %. Dans le même temps, force est de constater que le projet TERRAH lui-même ne modifie pas substantiellement la situation financière et patrimoniale de l'établissement. Le taux d'endettement ne progresse pas sur la période. Cette situation s'explique par un très haut niveau de subvention (60 %) et par la hausse du taux de marge. Toutefois l'établissement dispose d'une marge de manœuvre très faible compte tenu de ses ratios financiers et de sa trésorerie très limitée. La CAF nette reste négative jusqu'à une échéance anormalement lointaine (2029 inclus). La situation dégradée observée en début de période alerte sur un risque de non-respect de la trajectoire de financement. Ce risque engendrerait un dérapage de l'endettement.

La sécurisation des gains en exploitation doit donc constituer une priorité. Le niveau de déficit et de CAF invite par ailleurs à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre. L'ensemble des mesures associées au PGFP devra faire l'objet d'un co-pilotage ARS / établissement extrêmement étroit.