

Contre-expertise de l'évaluation socio-économique du projet du CH Bretagne Atlantique



Septembre 2025

Préambule

La loi du 31 décembre 2012 instaure l'obligation d'évaluation socio-économique préalable des projets d'investissements financés par l'État 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 donc 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.

Ce rapport a été établi à partir des documents fournis par l'Agence de Santé et par les réponses apportées aux questions des contre-experts tout au long de la procédure. Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

Sommaire

Introduction

I. Analyse de l'offre de soins et du capacitaire

1. Contexte général du Territoire de Santé siège du projet d'investissement

1.1 Caractéristiques du Territoire de Santé n°4

1.1.1 Synthèse des principales caractéristiques socio-démographiques du Territoire de Santé n°4

1.1.2 Besoins en santé de la population et consommation de soins

1.2 Environnement du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique

1.2.1 Une densité hospitalière satisfaisante sur la zone géographique Sud Bretagne

1.2.2 Organisation du GHBA en direction commune regroupant 7 établissements

1.2.3 L'offre de soins de premier recours est supérieure à la moyenne nationale

1.3 Positionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray (CHBA), porteur du projet, sur le territoire

1.3.1 Le CHBA est l'établissement de santé de référence du Territoire de Santé n°4

1.3.2 Le CHBA propose une offre de soins très complète

2. Un projet de transformation de l'offre de soins qui s'inscrit dans les orientations prioritaires du Projet Régional de Santé

2.1 Le projet CHBA conforte la dynamique de gradation territoriale des soins déjà largement initiée au sein du TS n°4...

2.2 ... Et projette une organisation de l'offre de soins en adéquation avec le PRS...

2.3 ... Tout en affichant l'ambition d'un « sur-recours » hors GHT pour certaines activités

3. Un projet capacitaire qui apparait pertinent et adapté à la modernisation de l'offre de soins du CHBA et du Territoire

3.1 La nécessité d'une modernisation bâtementaire

3.2 La saturation du capacitaire existant

3.2.1 Le CHBA connaît une progression importante de son activité sur la période récente

3.2.2 La croissance de l'activité se caractérise plus particulièrement par plusieurs facteurs

3.3 Des projections d'activités très dynamiques...

3.3.1 Calibrage des prévisions d'activité MCO

3.3.2 La justification du redimensionnement capacitaire est formulée par l'établissement en déclinaison des 5 points suivants

3.4 ...Qui induisent une évolution capacitaire importante dont le périmètre reste, selon les experts, à confirmer au cours des phases successives du projet

3.4.1 Hypothèses de calibrage du capacitaire

3.4.2 Concernant l'hospitalisation

3.4.3 Concernant l'ambulatoire

3.4.4 Concernant le Plateau technique

3.4.5 Concernant le SMR

II. Volet Architectural et Immobilier

1. Introduction

1.1 Préambule

1.2 Contexte

2. Schéma Directeur Immobilier

2.1 Site de l'Auray

2.2 Site de Vannes

2.3 Potentialités foncières

3. Phasage des opérations

3.1 Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet

3.2 Stratégie d'achat

4. Programmation Technique

4.1 Bâtiment PHARE

4.2 Plateau Technique Médical PTM

4.3 Plateforme Pharmaco-Logistique

4.4 Parking SILO

4.5 VRD / Pôle énergie

4.6 Maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment

4.7 Développement durable

4.8 Flux, Mobilité et Stationnement

5. Evaluation du coût du projet

6. Recommandations

III. La soutenabilité financière du projet

1. Une situation de départ détériorée

1.1. Evolution de la situation depuis le passage en étape 2

1.2. Situation à mi 2025

2. Coût et plan de financement du projet

2.1. Cout Global

2.2. Plan de financement :

2.2.1. Concernant plus particulièrement l'endettement :

2.2.2. Concernant les cessions

3. Trajectoire financière et soutenabilité du projet

3.1. Hypothèses macro budgétaires

3.2. Impact des fiches actions

3.3. Evolution des grands indicateurs sur toute la période

3.4. La maîtrise des risques

3.5. Scénarios alternatifs - hypothèses basses limitées à la phase 1 et 2 ou à la seule phase 1

Conclusion

Introduction

Le projet de modernisation porté par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA) et soumis à la contre-expertise du SGPI, implique une restructuration de grande ampleur du site de Vannes.

Le périmètre du projet concerne essentiellement la construction du bâtiment PHARE ainsi qu'une rénovation lourde du bâtiment Plateau Technique Médical (PTM).

Ce projet a pour objet de conforter la place du CHBA en tant qu'acteur majeur de l'offre de soins sur le territoire de santé n°4 du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique.

La modernisation du CHBA va devoir se réaliser sur un temps long et en plusieurs phases, s'étalant selon le calendrier prévisionnel présenté par l'établissement de 2025 à 2034.

Ce projet permet une consolidation ainsi qu'une efficacité accrue des filières de soins et des flux patients. Il a pour socle un Projet Médical et de Soins Partagé en adéquation avec le Programme Régional de Santé.

Les différentes constructions projetées, dans le cadre du Schéma Directeur Immobilier, doivent permettre la constitution d'ensembles cohérents constituant des filières complètes de prise en charge des patients.

Toutefois ce projet repose sur une vaste opération de constructions d'un bâtiment neuf en site occupé (Bâtiment PHARE) et de réhabilitation d'un bâtiment existant (Bâtiment PTM), ce qui constitue comme toujours en milieu hospitalier un enjeu organisationnel et de conduite d'opération majeur.

Le tableau des surfaces créées ou rénovées, en synthèse est le suivant :

Opération	Création	Rénovation
PHARE	34 750 m ² SDO	
PTM	450 m ² SDO	15 400 m ² SDO
Plateforme Logistique	3 775 m ² SDO	1 250 m ² SDO
MPR SSR		3 538 m ² SDO
B30		10 130 m ² SDO
BMC		5 640 m ² SDO
EHPAD	10 640 m ² SDO	
Total par typologie	49 615 m²SDO	35 598 m²SDO
Total	85 573 m²SDO	

Au-delà de la complexité que constitue la réalisation de l'ensemble immobilier, le défi majeur du projet réside certainement dans sa soutenabilité financière considérant le montant d'investissement très significatif de 521,2 M euros et la situation financière de départ très dégradée.

A l'aune de ce qui précède, le présent rapport examinera la conformité de l'offre de soins et du capacitaire aux attendus de l'ARS et du CSIS.

Le rapport analysera ensuite la faisabilité du projet immobilier tant dans la pertinence du choix du type de marché de travaux et de maîtrise d'œuvre que concernant les choix techniques et de phasage.

Le rapport portera enfin sur une évaluation de la situation financière du CHBA en fonction des éléments les plus récents transmis par l'établissement et sur la capacité de celui-ci à soutenir financièrement le projet.

I. Analyse de l'offre de soins et du capacitaire

1. Contexte général du Territoire de Santé siège du projet d'investissement

Le Territoire de Santé couvert par le Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique (GHBA) présente des caractéristiques socio-démographiques qui le distingue assez sensiblement du reste de la Région Bretagne et dont l'amplification prévisible à moyen et long terme aura, selon toute probabilité, un impact considérable sur les besoins en santé du bassin de population.

Il est donc important, dans le cadre de la présente contre-expertise, d'appréhender ce « particularisme » du Territoire de Santé dans la mesure où il constitue un des éléments clé sous tendant le RESE produit par l'établissement au titre de l'évolution de l'offre de soins et du dimensionnement capacitaire.

1.1 Caractéristiques du Territoire de Santé n°4

En premier lieu les experts souhaitent souligner la qualité du travail d'analyse et de prospective sur les données populationnelles mené par le GHBA. Travail d'autant plus exigeant qu'il fonde en grande partie les axes du PSMP et le calibrage capacitaire du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA) comme nous le verrons plus loin.

1.1.1 Synthèse des principales caractéristiques socio-démographiques du Territoire de Santé n°4

L'établissement s'est appuyé sur plusieurs études réalisées par l'INSEE et l'Observatoire Régional de Santé entre 2017 pour les plus anciennes et 2023.

Il ressort des documents consultés dans le cadre de la contre-expertise les faits saillants suivants :

✚ Le bassin de population du GHBA, qui compte environ 400.000 habitants, connaît et connaîtra à l'avenir :

- Une croissance démographique importante :
 - Toutes les études démographiques convergent vers un scénario de forte croissance de la population. Le territoire du GHBA est après celui de Rennes le plus dynamique de la Région Bretagne. Laquelle Région Bretagne étant également une des plus dynamiques au plan national :

	Brocéliande Atlantique	Bretagne
Population totale au 1 ^{er} janvier 2018	402 593	3 335 414
Dont : moins de 25 ans	27 %	29 %
65 ans et plus	25 %	22 %
75 ans et plus	11 %	11 %
Variation annuelle moyenne de la population entre 2013 et 2018	+0,6 %	+0,5 %
due au solde naturel	-0,1 %	+0,0 %
due au solde migratoire	+0,7 %	+0,5 %
Projections de population à l'horizon 2050	497 880	3 905 345
Dont : moins de 25 ans	23 %	26 %
65 ans et plus	36 %	30 %
75 ans et plus	22 %	18 %
Indice de vieillissement en 2018	108,4	93,6
Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2018	41,9 %	44,2 %
Nombre de naissances vivantes en 2020	3 404	30 993
Taux de natalité 2013-2018 (‰)	9,6	10,1
Indice conjoncturel de fécondité (ICF) en 2018-2020	1,79	1,76

Sources : Insee – Recensement de la population 2018, Projections de population (modèle OMPHALE 2017) et État-civil.

En effet, les récentes études de l'INSEE indiquent qu'en Bretagne, la population augmenterait continuellement d'ici 2050, à un rythme 3,5 fois plus élevé que la croissance nationale (+0,25 % par an en moyenne, contre +0,08 % pour la France métropolitaine).

Les mêmes sources INSEE indiquent que pour les zones situées à Vannes et alentours, ces taux seraient les suivants : Vannes +0,39 ; Auray +0,52 ; Questembert +0,34.

Les grandes perspectives (horizon 2050) :

- "Une population bretonne toujours plus nombreuse d'ici 2050 dans tous les scénarios envisagés."
- "En 2050, la Bretagne compterait près de 260 000 habitants supplémentaires."
- "Ces évolutions démographiques seraient contrastées entre les territoires. L'Ille-et-Vilaine, la métropole brestoise et le littoral morbihannais resteraient dynamiques démographiquement. Le territoire s'étendant d'Auray à Redon et le sud-ouest finistérien seraient fortement confrontés à la problématique du vieillissement."

- Ainsi quel que soit le scénario retenu les indicateurs populationnels sont supérieurs aux tendances nationales

➤ Mais également un vieillissement significatif de la population :

- Un des éléments saillants du « particularisme » du territoire du GHBA est la conjonction d'un dynamisme démographique et d'un vieillissement de la population déjà significatif et en forte accélération quels que soient les scénarios retenus

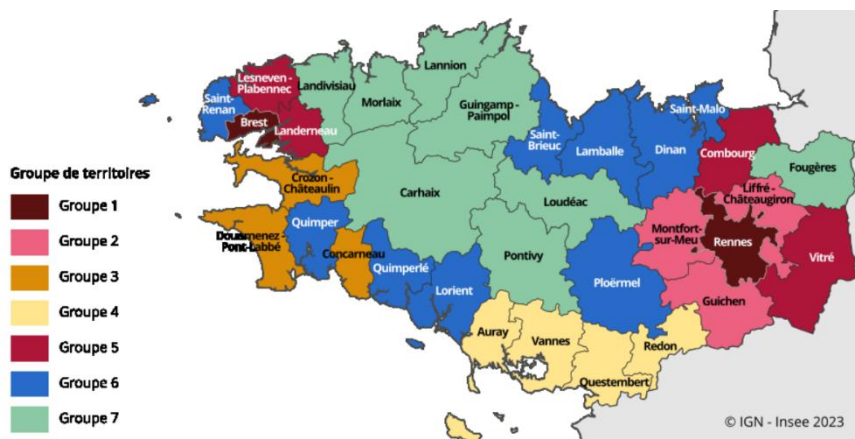
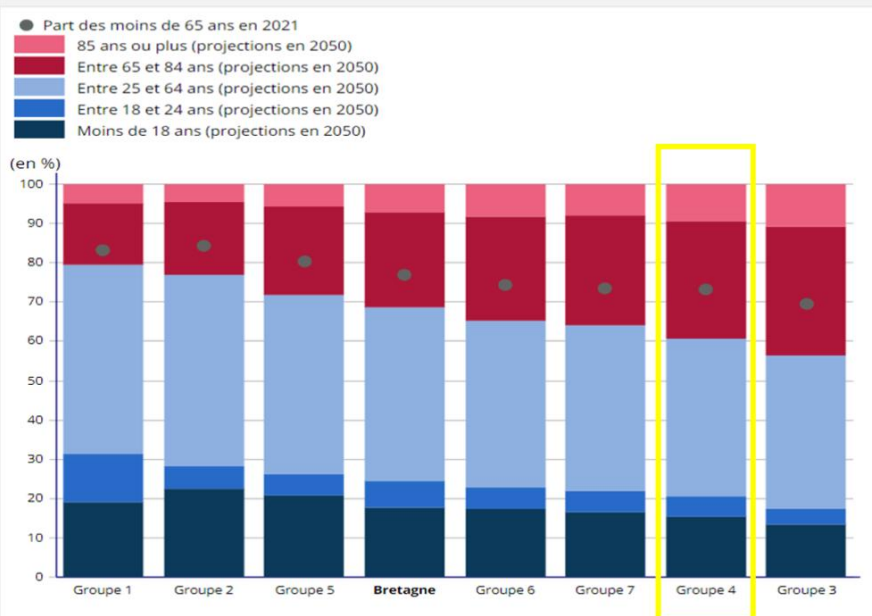


Figure 4 – Selon le groupe de territoires, part de la population de moins de 65 ans en 2021 et répartition de la population projetée par tranche d'âge en 2050



- L'augmentation de la population du territoire est ainsi induite par :
 - Un solde « migratoire » positif
 - Un afflux « massif » d'une population de 65 ans et + porté par les phénomènes de « fuite des grandes métropoles » et d'attractivité climatique de la façade atlantique
 - Et ce malgré un solde démographique naturel nul voire négatif selon les données issues du RESE
- Les tableaux ci-dessous illustrent l'ampleur de cette tendance au vieillissement de la population du Territoire de Santé du GHBA

Évolution de la population de 85 ans ou plus entre 2018 et 2040 - Scénario central
Source : Insee, Omphale 2017

Zone	Taux annuel d'évolution (en %)	Augmentation entre 2018 et 2040 en nombre
Vannes	4,11	7 929
Auray	3,55	4 517
Questembert	4,40	3 396
Ploëmel	2,28	2 227
Total		18 069

Pays de Vannes		Scénario central			Taux de croissance annuel moyen				Tx de croissance global		
Ages	2013	2030	2040	2050	2030/2013	2040/2030	2050/2040	2013/2050	2030/2013	2040/2013	2050/2013
20 à 69 ans	131 609	143 069	144 789	145 857	0,5%	0,1%	0,1%	0,6%	8,7%	10,0%	10,8%
70 ans et +	30 016	55 931	69 167	77 885	3,7%	2,1%	1,2%	5,8%	86,3%	130,4%	159,5%

En synthèse le scénario retenu par le CHBA pour fonder son Projet Médical et de Soins Partagé ainsi que son SDI est le suivant :

Cette croissance démographique est associée à un important vieillissement de la population de ce territoire : la tranche d'âge qui va connaître la plus forte croissance démographique sur le Territoire de Santé dans les années à venir est celle des 70 ans et plus, en raison de la structure par âge de la population, ainsi que de l'attractivité de ce territoire littoral pour les retraités ou futurs retraités.

En synthèse :

En fonction de ce qui précède, l'établissement a choisi de fonder les prévisions d'activité des services d'hospitalisation adulte du CHBA sur les taux de croissance suivantes :

- + 2,6% par an pour les 75 ans et +
- + 0,8% par ans pour les tranches plus jeunes

Point positif :

Les projections d'activité du RESE produit par l'établissement s'appuient sur un travail minutieux et particulièrement bien documenté de la structure et de l'évolution de la population.

En ligne avec les observations du CNIS, la présente contre-expertise souhaite toutefois attirer l'attention sur une corrélation trop « mécaniste » qui pourrait s'avérer excessive entre données populationnelles et projections d'activité. A fortiori dans un environnement concurrentiel qui pourrait ne pas bénéficier qu'au seul CHBA.

Le Conseil scientifique a estimé l'impact maximal démographique sur le capacitaire MCO du territoire à +0,66% par an (dont +0,21% au titre de la croissance démographique et +0,45% au titre du vieillissement). En outre, la saisonnalité sur le littoral implique des capacités d'hospitalisation modulables et adaptables.

Recommandation n°1 :

Si les études réalisées par l'INSEE et l'ORS, apportent un éclairage indispensable, Il est néanmoins préconisé par les experts un suivi pluriannuel de données populationnelles sous le pilotage conjoint de l'ARS et l'ORS afin, le cas échéant, de moduler les projections d'activité et de dimensionnement capacitaire de l'établissement.

1.1.2 Besoins en santé de la population et consommation de soins

Sur ce sujet les données succinctes mentionnées dans le dossier permettent de mettre en exergue les constats suivants :

- La consommation de soins en Bretagne est inférieure de 14% à la moyenne nationale
- Sur le territoire du GHBA plus spécifiquement il est constaté :
 - Un sous recours à l'hospitalisation en MCO et en SSR
 - Un recours en revanche plus élevé à l'HAD
 - Une hausse significative de la consommation de soins en médecine et en chirurgie ambulatoire.
 - Un tassement de la consommation de soins non ambulatoire entre 2019 et 2022
- La population du territoire de santé Brocéliande Atlantique présente « un niveau élevé de mortalité prématurée évitable au regard des taux standardisés régionaux »
- Une plus grande prévalence :
 - Des pathologies cardio-neurovasculaires,
 - Des cancers
 - Du diabète
 - Des pathologies psychiatriques
- Une plus grande prévalence des personnes en ALD et souffrant de pathologies chroniques avec des disparités entre les zones rurales du nord du département et la zone côtière.

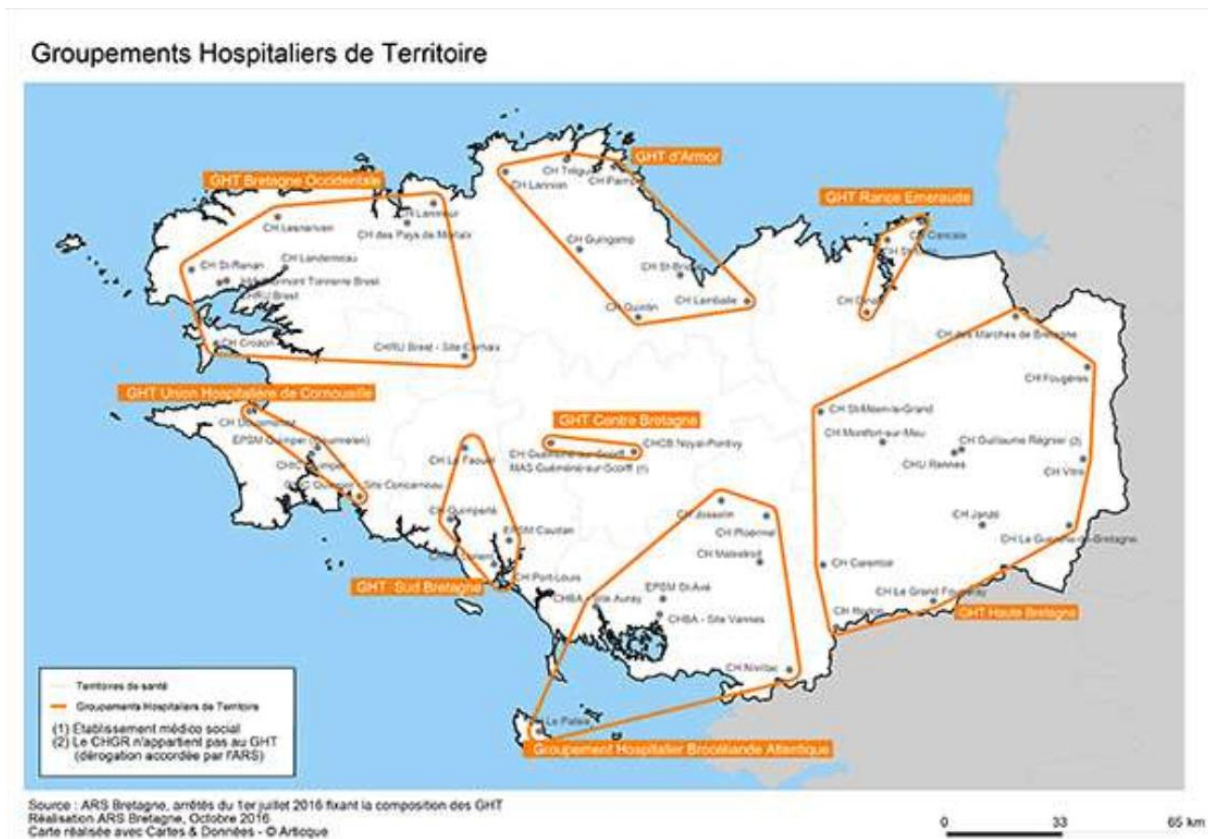
Point positif :

Ces données, bien qu'au niveau macro, corroborent la pertinence du PMSP sur l'axe de prise en charge des pathologies chroniques ainsi que la forte progression du capacitaire en HDJ portée par le projet du CHBA

1.2 Environnement du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique

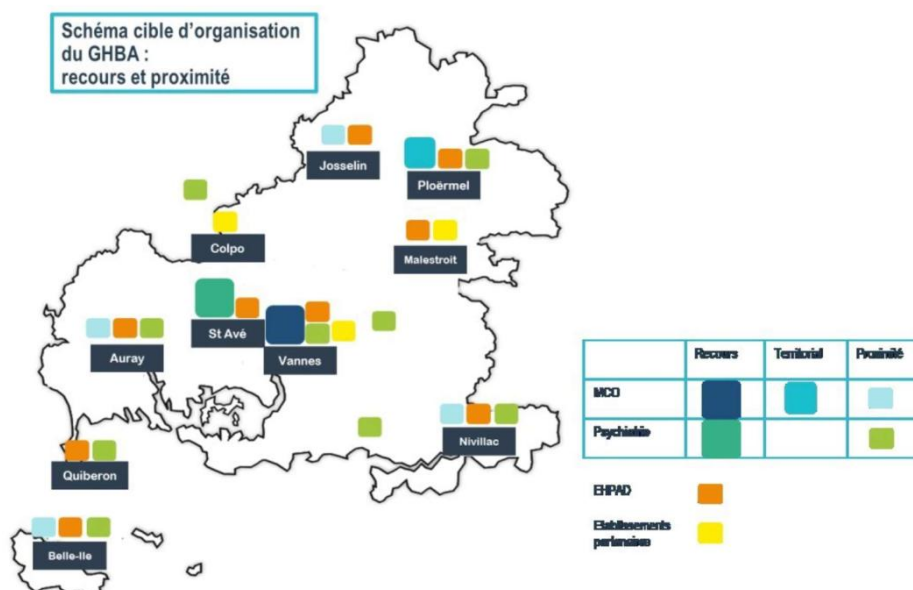
1.2.1 Une densité hospitalière satisfaisante sur la zone géographique Sud Bretagne

- Le GHBA, constitué en 2016, occupe une position centrale entre à l'ouest le GHT Sud Bretagne (CH de Lorient) et à l'est le GHT de Haute Bretagne (CHU de Rennes)



- Il existe donc sur cet arc atlantique du sud Bretagne une bonne densité d'infrastructures hospitalières ainsi qu'un maillage de l'offre de soins qui semble satisfaisante

1.2.2 Organisation du GHBA en direction commune regroupant 7 établissements



- Composition du GHBA issu du document RESE de l'établissement :

Le CHBA est le siège d'une **Direction commune** qui regroupe les six établissements suivants :

1. Le CHBA (près de 1 500 lits et places, Cf. infra) ;
2. Le CH de Ploërmel (CH "général" : 147 lits MCO ; 30 lits SMR ; 30 places HAD ; 177 lits EHPAD) ;
3. Le CH de Belle-Ile-en-Mer (12 lits de médecine ; 7 lits de SMR ; 15 USLD ; 68 EHPAD ; 40 lits FAM) ;
4. Le CH de Josselin (60 lits USLD ; 174 lits EHPAD) ;
5. L'EHPAD de Malestroit (110 lits et places) et un SSIAD de 109 places ;
6. L'EHPAD de Quiberon (85 lits places) et un SSIAD de 30 places.

Il est à noter un arrêt du processus de fusion administrative entre le CHBA et le CH de Ploërmel. Le dossier n'en mentionne pas la raison mais la présente expertise considère toutefois qu'une fusion faciliterait probablement l'évolution, dans les années à venir, du maillage et de la gradation des soins sur le territoire.

1.2.3 L'offre de soins de premier recours est supérieure à la moyenne nationale

- Concernant l'offre de soins de ville, celle-ci est caractérisée par une densité de professionnels de santé libéraux légèrement supérieure à la densité régionale et de 2 points supérieure à la moyenne nationale
- Toutefois la répartition géographique des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, présente une concentration sur la zone côtière (Vannes, Auray et Golfe du Morbihan...) ce qui induit une disparité territoriale notable entre le littoral et le nord du département.
- Il est à noter que le CH de Ploërmel doit assurer une mission d'accès aux soins de premier recours afin de compenser le déficit de l'offre de soins libérale

Points positifs :

- Une offre de soins publique bien structurée et diversifiée autour d'un GHT organisé en direction commune.
- Une offre libérale de premier recours dense malgré des disparités territoriales

Point d'attention :

La disparité de l'offre de soins de premier recours au sein du GHT pèsera certainement à l'avenir sur le maillage territorial

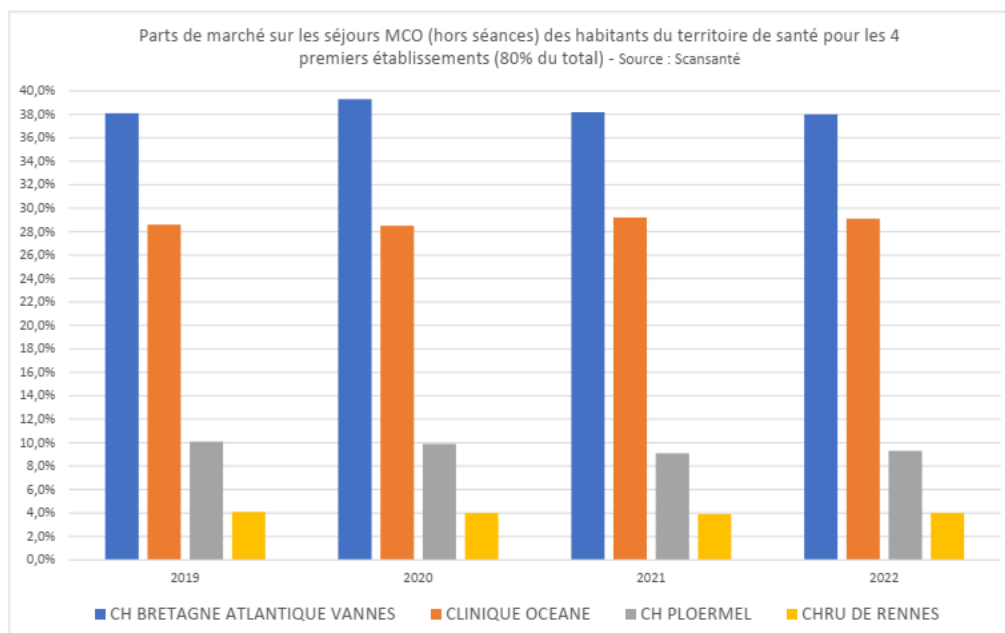
1.3 Positionnement du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray (CHBA), porteur du projet, sur le territoire

1.3.1 Le CHBA est l'établissement de santé de référence du Territoire de Santé n°4

- Le CHBA occupe une position dominante dans l'offre de soins hospitalière publique mais il est néanmoins confronté à un environnement concurrentiel avec une offre de soins du secteur privé portée par deux établissements privés :

- La clinique Océane
- La clinique des Augustines

- Ces deux cliniques exercent une activité sur les champs suivants :
 - Pour la clinique Océane une activité MCO et d’HAD (244 lits d’HC en MCO et 112 places en chirurgie ambulatoire) avec notamment une forte dynamique en chirurgie ambulatoire
 - Pour la clinique des Augustines (150 lits et places) à vocation de médecine gériatrique
- Les tableaux ci-dessous illustrent la répartition des parts de marché et la position ultra-dominante occupée par le CHBA et la Clinique Océane sur le territoire :



Les parts de marché en 2022 :

Etablissement	M	C	O
CH BA	64,9%	24,5%	65,1%
Clinique Océane	12,2%	51,4%	25,3%
CHU Rennes	2,9%	3,57%	
CHU Nantes	3,79%	2,16%	

Source : Soins et territoires

- CHBA : entre 2017 et 2019, une progression des parts de marché en médecine et en chirurgie mais une diminution en obstétrique, **variabilité en 2020-2021** :

Parts de marché du CHBA (Hospidiag)	2017	2018	2019	2020	2021
Médecine	54,7%	54,8%	55,2%	56%	53,4%
Chirurgie	39,7%	41,7%	41,5%	44,2%	41,9%
Obstétrique	60,6%	59,7%	59,9%	57,1%	63%

4 établissements représentant 80% des séjours	Séjours des habitants de la zone				Part d'activité				
	Raison sociale	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES		40 311	38 386	41 264	41 711	38,10%	39,30%	38,20%	38,00%
CLINIQUE OCEANE		30 289	27 812	31 540	31 970	28,60%	28,50%	29,20%	29,10%
CH PLOERMEL		10 694	9 710	9 856	10 264	10,10%	9,90%	9,10%	9,30%
CHRU DE RENNES		4 319	3 906	4 230	4 372	4,10%	4,00%	3,90%	4,00%

- On constate donc, ainsi que le met en exergue l'établissement : « une stabilité à un niveau élevé des parts de marché du CHBA sur son territoire ».
- Il est également remarquable de constater que contrairement aux autres établissements de santé de la région Bretagne : « La crise COVID n'a pas effrité les parts de marché du CHBA ».
- Il est à noter l'attractivité du territoire ainsi qu'un taux de fuite modéré (13,86% en 2020 / 14,40% en 2021) essentiellement sur les CHU de Rennes et Nantes et le CLCC de Rennes.
 - Le CHBA, est depuis plusieurs années (création du GHT en 2016 et fusion des CH de Vannes et d'Auray en 2000) l'établissement pivot du territoire. À ce titre le dossier permet de constater une dynamique de coopération inter-établissement ancienne et bien installée et une démarche de complémentarité avec les autres établissements de santé du GHT.

1.3.2 Le CHBA propose une offre de soins très complète

- Description des activités issue du dossier RESE

Le CHBA est l'établissement de recours territorial (et même départemental pour certaines prises en soins) dans le domaine des soins critiques et de la médecine interventionnelle.

Il dispose en effet de services spécifiques tels que :

- ✓ Réanimation et surveillance continue ;
- ✓ Plateau technique de cardiologie de pointe : USIC ; 3 salles de cardiologie interventionnelle (2 pour les coronarographies et angioplasties ; 1 pour la rythmologie interventionnelle) ;
- ✓ Unité Neuro-Vasculaire avec soins intensifs et salle d'imagerie interventionnelle biplan permettant notamment la réalisation de thrombectomies mécaniques (prises en charge des AVC) ;
- ✓ Service de traitement de l'insuffisance rénale chronique par exupuration extrarénale.

Le CHBA joue également un rôle de **recours départemental au niveau de l'obstétrique** : sa maternité de niveau 3 – à laquelle est donc adossé un service de réanimation néonatale – enregistre environ 2 000 naissances par an (1 964 en 2023).

Il propose en outre une offre coordonnée de soins en cancérologie : dépistage, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie (en coopération avec le secteur privé) et accompagnement.

Le CHBA dispose également du Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM) Morbihan.

Il bénéficie des équipements d'imagerie et médico-techniques les plus modernes :

- ✓ 4 scanners ;
- ✓ 3 IRM ;
- ✓ Mammographie numérique avec technique de macro biopsie ;
- ✓ Plusieurs laboratoires : biologie médicale (niveau P3, avec biochimie, hémato-bactériologie), anatomo-pathologie et cytologie (le seul laboratoire d'anatomopathologie publique hors CHU de Bretagne).

Il dispose également d'un service d'accueil des urgences 24h/24 et d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Le CHBA est aussi le siège du SAMU 56, du SAS 56 (Service d'Accès aux Soins 56), ainsi que du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU).

Le CHBA comprend des services spécialisés dans le domaine des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) spécialisés, polyvalents et gériatriques.

Un secteur important, réparti sur plusieurs sites, est consacré à la prise en charge des personnes âgées :

- ✓ Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ;
- ✓ Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ;
- ✓ Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
- ✓ Consultations mémoires ;
- ✓ Equipe Mobile de Gériatrie ;
- ✓ Plateforme de répit.

- L'activité de l'établissement s'appuie sur un capacitaire de 1 500 lits dont environ 1 000 lits MCO + SSR hors gériatrie

Le capacitaire du CHBA se décline (au 31/12/2023) de la manière suivante :

		Site de Vannes			Sites d'Auray			Total CHBA		
		Lits	Places	Lits et places	Lits	Places	Lits et places	Lits	Places	Lits et places
MCO	Médecine	387	92	479	80		80	467	92	559
	Chirurgie	117	19	136			-	117	19	136
	Obstétrique	38	3	41		1	1	38	4	42
	Sous-total	542	114	656	80	1	81	622	115	737
SSR		133	21	154	77	5	82	210	26	236
EHPAD-USLD	USLD	60		60	30		30	90	-	90
	EHPAD	120		120	259		259	379	-	379
	Sous-total	180	-	180	289	-	289	469	-	469
TOTAL		855	135	990	446	6	452	1 301	141	1 442
Hors EHPAD		735	135	870	187	6	193	922	141	1 063

Par rapport au tableau de synthèse ci-dessus, les détails suivants peuvent être apportés :

- ✓ Réanimation : 12 lits ;
- ✓ Unité de Soins Continus : 8 lits ;
- ✓ Pédiatrie HTC : 21 lits ;
- ✓ Unité de Surveillance Continue Pédiatrique : 4 lits ;
- ✓ Réanimation Néonatale : 24 lits ;
- ✓ Dialyse ; 16 postes ;
- ✓ UHCD-Unité Médicale d'Orientation : 16 places.

En synthèse,

La position dominante qu'occupe le CHBA dans l'offre de soins territoriale voire départementale et la stabilité à ce jour des parts de marché de l'établissement sur son territoire (pas d'effets de la crise COVID) constituent des atouts pour un projet ambitieux de modernisation.

Points positifs

- L'établissement peut s'appuyer sur une offre de soins qui apparaît complète et diversifiée
- La cohérence du Projet Médical et de Soins Partagé et du Schéma Directeur Immobilier et Architectural avec les objectifs prioritaires du Projet Régional de Santé
- L'attractivité de l'établissement, tant pour les patients que pour les personnels médicaux et non médicaux

Point d'attention

Le contexte concurrentiel marqué du Territoire avec un établissement de soins privé (Clinique Océane) en compétition directe notamment sur la médecine et la chirurgie ambulatoire qui est un des axes (légitime) du projet médical du CHBA

Recommandation n°2

Réévaluer de façon conjointe entre l'ARS et l'établissement l'évolution des parts de marché et l'impact éventuel sur l'activité de l'établissement.

2. Un projet de transformation de l'offre de soins qui s'inscrit dans les orientations prioritaires du Projet Régional de Santé

2.1 Le projet CHBA conforte la dynamique de gradation territoriale des soins déjà largement initiée au sein du TS n°4...

Sur un territoire comptant plus de 400.000 habitants et, comme cela a été vu plus haut, une croissance prévisionnelle de sa population de près de 100.000 habitants à horizon 2050, le CHBA affiche la volonté de se projeter sur l'ensemble du GHT.

- Le dossier met en évidence que le PMSP du CHBA répond aux enjeux du territoire en s'appuyant sur :
 - Un « diagnostic territorial solide »
 - Une « logique de gradation et de complémentarité entre les sites »
 - Un « maillage territorial de l'offre de soins renforçant la coordination des parcours »

- Le CHBA participe à cette dynamique de gradation territoriale :
 - Par la projection d'équipes médicales et paramédicales sur l'ensemble du territoire de santé.
 - La constitution de ces équipes médicales territoriales permet une gradation des soins au sein du GHT
 - Par une mutualisation des moyens favorable à l'organisation de la permanence des soins sur le territoire

2.2 ... Et projette une organisation de l'offre de soins en adéquation avec le PRS...

- Parmi les objectifs affichés par le PMSP et matérialisés par le projet immobilier et architectural, la présente expertise souhaite relever plus particulièrement la pertinence :
 - De la réponse aux besoins de soins non programmés avec la reconstruction des Urgences, du SAMU et du SAS ainsi que celle des soins critiques et des lits d'aval des Urgences.
 - De la restructuration du parcours de soins des personnes atteintes de cancer
 - De l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de pathologie cardio-neuro-vasculaire
 - De la modernisation et du développement le Pôle Femme Mère Enfant
 - Du développement d'une stratégie de prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée

2.3 ... Tout en affichant l'ambition d'un « sur-recours » hors GHT pour certaines activités

Compte tenu de l'armement de son plateau technique et des compétences médicales et paramédicales telles que décrites dans le dossier, le CHBA assume déjà et souhaite développer un recrutement de recours au niveau départemental sur certaines activités et plus particulièrement :

- En réanimation et surveillance continue
- Sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique
- En cardiologie interventionnelle
- En neuro-imagerie interventionnelle
- En obstétrique dans le cadre de la maternité de niveau 3

En synthèse,

L'analyse par la présente expertise des objectifs définis par le projet médical n'a pas permis de mettre en évidence des décalages ou des champs non couverts du PRS. Les experts souhaitent saluer ce travail de mise en cohérence entre projet médical, SDIA du CHBA et le PRS.

Points positifs :

- L'antériorité et la solidité du maillage territorial et de l'organisation des parcours de soins au niveau du GHT
- L'adaptation du projet médical du CHBA aux données populationnelles territoriale et départementale
- La réalité opérationnelle de la graduation territoriale des soins avec la constitution et le déploiement d'équipes territoriales
- Le développement de filière de soins hors territoire sur les expertises notamment en cardiologie et en neuro-vasculaire

Point d'attention :

La capacité de l'établissement à mener de front la restructuration profonde du site de Vannes et à poursuivre le déploiement (légitime et pertinent !) d'activités sur le GHT.

3. Un projet capacitaire qui apparait pertinent et adapté à la modernisation de l'offre de soins du CHBA et du Territoire

Compte tenu de ce qui précède le projet porté par l'établissement vise à poursuivre et accentuer une évolution capacitaire importante tant en HC qu'en ambulatoire tout redimensionnant de façon considérable son plateau technique chirurgical et interventionnel

3.1 La nécessité d'une modernisation bâimentaire

- Le premier constat, qui sera développé dans le volet de l'analyse immobilière et technique, est tout d'abord celui d'une **nécessaire adaptation du patrimoine immobilier du site de Vannes**.

En effet, les éléments du dossier permettent aux experts de valider le contexte décrit par l'établissement selon lequel :

« Les activités du site de Vannes se répartissent entre une dizaine de bâtiments, répartis sur 28 hectares, construits à des époques différentes (entre 1934 et 2020), sans cohérence architecturale et sans connexion entre tous. Ce patrimoine immobilier est donc hétérogène, éparpillé et avec un potentiel d'évolution limité. Une telle structuration est une évidente perte d'efficacité. »

- La refonte immobilière permettra de palier la vétusté de certains locaux médico-techniques et d'hospitalisation tout en permettant une efficacité dans la gestion des activités mais également des ressources PM et PNM

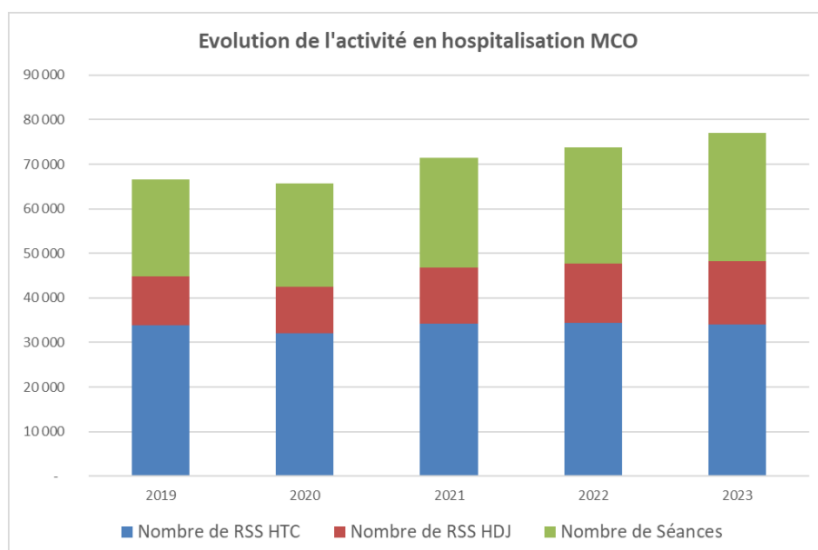
3.2 La saturation du capacitaire existant

3.2.1 Le CHBA connaît une progression importante de son activité sur la période récente

- Les éléments du dossier mettent en évidence sur une période récente une progression notable de l'activité du CHBA :
 - Progression du volume d'activité de +15,5% sur la période 2019-2023
 - Progression de la valorisation de l'activité de +25,9% sur la même période

3.2.2 La croissance de l'activité se caractérise plus particulièrement par plusieurs facteurs :

- Une forte progression de l'activité ambulatoire en médecine et en chirurgie. L'accentuation de ce virage ambulatoire induisant une montée de l'activité sur les HDJ et les séances (cf. tableau ci-dessous)



- La saturation des lits d'HC en médecine (cf. tableau ci-dessous)

Unités HTC de Médecine	Taux d'Occupation 2023
1141 HTC Médecine Interne	97,7%
1121 HTC Médecine Polyvalente	100,4%
1122 HTC Unité Saisonnière	99,1%
1041 HTC Gastro - Entérologie	99,3%
1022 HTC Neurologie	91,8%
1023 HTC Neurologie Vasculaire	93,3%
8041 HTC Endocrinologie Diabète Néphro	98,8%
1016 HTC Cardiologie	96,5%
1053 HTC Oncologie	98,9%
1054 HTC Pneumologie	100,2%
5006 HTC Decker Médecine Gériatrique	108,5%
4110 HTC Médecine A	98,5%
4120 HTC Médecine B	99,1%
5511 HTC Addictologie	87,8%

- Un niveau d'activité soutenu tout au long de l'année en raison de l'effet d'une « double saisonnalité » (épidémies hivernales / afflux touristique estival)
- Le développement d'activités de recours au bénéfice des autres ES (chirurgie, activité non programmée...) ou en « soutien » des CHU (interventionnel...)
- Il est toutefois à noter un tassement de l'activité d'HC de médecine ainsi qu'un maintien de l'activité d'obstétrique et de néonatalogie par rapport au niveau pré crise COVID

En synthèse,

L'exercice 2023 enregistre un niveau d'activité culminant supérieur à 2014 mais également à 2019 année de rupture post crise covid pour beaucoup d'établissements.

Compte tenu du capacitaire existant et des taux d'occupation constatés (> à 90% sur la plupart des segments MCO et > à 80 pour les soins critiques) la présente expertise partage le diagnostic de « **saturation du site** » du CHBA évoqué par l'avis du COPIL du CNIS.

Points positifs :

- Le CHBA enregistre une progression d'activité notable sur la période récente alors que beaucoup d'autres établissements de la Région Bretagne et au niveau national peinent à retrouver leur niveau d'activité d'avant 2019.
- L'établissement conforte ses parts de marché sur le territoire

Points d'attention :

- La stagnation voire le retrait de l'activité d'HC en médecine
- Le contexte fortement concurrentiel sur la chirurgie ambulatoire avec l'offre privée existant sur Vannes

Recommandation n° 3 :

De la même façon que les experts préconisent un **suivi régulier de l'évolution démographique** qui est une des données d'entrée fondamentales du projet, nous préconisons que le **suivi des données d'activités** soit régulièrement partagé avec l'ARS afin d'anticiper les effets potentiels d'une inflexion des niveaux d'activité de l'établissement.

3.3 Des projections d'activités très dynamiques...

Compte tenu des niveaux d'activités constatés lors des derniers exercices, de la saturation du capacitaire existant et de l'impact prévisionnel des données populationnelles, le projet du CHBA se fonde sur des projections d'activité en progression constante à horizon 2030/2040.

Ces projections d'activités sont décrites dans les tableaux ci-dessous :

	2023	2030	évol 2023-2030	évol moy annuelle
Total HC	36 801	46 650	27%	3,4%
Médecine	23 651	31 531	33,3%	4,2%
Chirurgie	7 718	8 845	14,6%	2,0%
Obstétrique	2 333	2 380	2,0%	0,3%
Soins critiques	3 099	3 894	25,7%	3,3%
HDJ	2023	2030	évol 2023-2030	évol moy annuelle
Médecine	5 555	12 777	130,0%	12,64%
Chirurgie	6 021	8 429	40,0%	4,92%
Total M+C	11 576	21 206	83,2%	9,03%

3.3.1 Calibrage des prévisions d'activité MCO

➤ En synthèse les prévisions d'activités sont fondées sur les hypothèses suivantes :

- **Hausse moyenne annuelle à horizon 2030 :**

- + 3,4 % en HC
- + 9 % en HDJ

- Ces projections d'activité sont induites, selon l'analyse de l'établissement, par les postulats suivants :

- L'impact démographique à horizon 2040 basée sur une évolution différenciée en fonction de deux grandes classes d'âge :
 - + 2,6 % pour les + de 75 ans
 - + 0,8 % pour les – de 75 ans
- La poursuite de la hausse de la demande en soins constatée sur le CHBA
- La réduction du taux de fuite sur l'activité de recours
- La stabilité de la répartition des parts de marché

3.3.2 La justification du redimensionnement capacitaire est ainsi formulée par l'établissement par la déclinaison des 5 points suivants :

1. Une croissance démographique forte aujourd'hui et demain ;
2. Un vieillissement marqué de la population ;
3. Des parts de marchés du CHBA massives et stables sur le territoire de santé au cours des dernières années ;
4. Une activité en nette croissance ces dernières années en dépit du COVID ;
5. Une saturation des services de médecine en HTC qui empêche d'ores et déjà une réponse adaptée à la demande de soins,

Point positif :

L'établissement a enregistré sur la période récente des niveaux d'activité et des parts de marché en constante progression qui peuvent légitimer des projections d'activité dynamique.

Recommandation n°4 :

Les prévisions de progression d'activité (+ 3,4 % en HC, + 9 % en HDJ) apparaissent **très optimistes** et devront être confirmées sur l'ensemble de la période de réalisation du projet. Là encore les experts préconisent un **suivi rapproché des tendances d'activité avec l'ARS**.

3.4...Qui induisent une évolution capacitaire importante dont le périmètre reste, selon les experts, à confirmer au cours des phases successives du projet :

Compte tenu de ce qui précède le projet prévoit, très logiquement, une augmentation du capacitaire tant en HC qu'en Ambulatoire mais inclut également une forte évolution du capacitaire du Plateau Technique.

Les tableaux ci-dessous détaillent le capacitaire projeté :

Type d'activité	Capacitaire 2023				Capacitaire cible				Ecart			
	Vannes		Auray		Vannes		Auray		Vannes		Auray	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
Médecine	354	76	80	6	450	159	80	6	96	83		
Soins Critiques	20				31				11			
Chirurgie	117	35			117	41				6		
Obstétrique	38	3		1	42	3		1	4			
Pédiatrie - Néonatal	53				55				2			
Sous-total Périmètre Projet	582	114	80	7	695	203	80	7	113	89	0	0

Type d'activité	Evolution des capacitaires					
	Capacitaire 2023		Capacitaire cible		Ecart avant/après	
	HC	HDJ	HC	HDJ	HC	HDJ
Médecine	434	82	530	165	96	83
Soins critiques	20		31		11	
Chirurgie	117	35	117	41		6
Obstétrique	38	4	42	4	4	
Pédiatrie - Néonatal	53		55		2	
Sous-total Périmètre Projet	662	121	775	210	113	89
SSR/MPR	210	26	210	26		
Psychiatrie	6		6			
Sous total	216	26	216	26		
Total Etablissement	878	147	991	236		

▪ **Plateaux médico-techniques**

	Evolution capacitaire		
	Nombre actuel (2023)	Nombre après projet	Ecart
Salle de Bloc opératoire	11	15	4
Salle de Bloc Interventionnel	3	10	7
Salle de Bloc obstétrique (Césarienne)	2	2	
Salle d'accouchement	5	6	1
Salle d'Imagerie	12	14	2
Salle d'Imagerie de coupe	6	6	
Box de consultations et d'explorations fonctionnelles	110	64	-46

➤ **En synthèse l'évolution capacitaire porte essentiellement sur :**

- **113 lits supplémentaires d'HC**
- **21 lits supplémentaires HET (Hôpital En Tension) en chambres doubles**
- **9 salles supplémentaires destinée à l'activité chirurgicale et interventionnelle**

3.4.1 Hypothèses de calibrage du capacitaire :

- Outre les projections d'activités évoquées plus haut l'estimation de la hausse du capacitaire produite par l'établissement pour socle les hypothèses suivantes :
- Un taux d'occupation de 90 % en HC et de 80% en soins critiques
 - Une standardisation du taux de rotation en ambulatoire à 1.3 applicable à l'ensemble des unités sauf exception (en bilan neuro par exemple)
 - Maintien des taux d'ouverture selon la typologie des unités :
 - 365 j/an en HC
 - 250 j/an en HS
 - 50 semaines /an en HJ
 - Normalisation de l'IPDMS à 1 soit – 5% par rapport à 2023

En ligne avec le COPIL la présente expertise partage également l'appréciation selon laquelle « les hypothèses de calibrage du capacitaire projeté sont cohérentes et pertinentes »

3.4.2 Concernant l'hospitalisation :

- La majorité des créations de lits (114 sur près de 140) concerne les unités de médecine :
- Médecine gériatrique
 - Médecine polyvalente
 - Unité médico-chirurgicale post urgence
 - Médecine de spécialité
 - L'UHCD / UMO

- **Paradoxalement, selon les experts, l'évolution capacitaire ne concerne que marginalement :**
 - Le pôle Femme Mère Enfant (+ 2 lits de réanimation néonatale) en raison selon l'établissement d'une part du transfert de l'activité FME dans un bâtiment neuf adapté aux standards contemporains de prise en charge et d'autre part de la disponibilité dans le futur de réserves surfaciques.
 - Le capacitaire de chirurgie (maintien de 117 lits / + 3 lits HET seulement...). **Ce choix soulève un questionnement de cohérence avec l'objectif affiché de progression de l'activité de chirurgie et l'extension significative du bloc opératoire.**
L'établissement y répond, au moins partiellement, en anticipant une mutualisation de l'activité médico-chirurgicale au sein d'une unité de médecine implantée dans le nouveau bâtiment.
- Le secteur des soins critiques (Réa+USC) voit son capacitaire évoluer significativement (31 lits soit + 11). **Cette évolution est cohérente avec le rôle de recours du CHBA et la saturation actuelle de l'unité ayant régulièrement entraîné des refus d'hospitalisation au niveau départemental voire régional par manque de place.**
- Enfin l'évolution capacitaire du projet prévoit la création d'une unité post interventionnel (cardio-neuro-imagerie) de 15 lits. **Les experts soulignent la cohérence de l'implantation de cette nouvelle unité avec l'extension programmée du plateau interventionnel.**

3.4.3 Concernant l'ambulatoire

Comme évoqué plus haut la progression d'activité du CHBA a principalement été portée par l'HJ et les Consultations Externes. **En conséquence le redimensionnement capacitaire du projet comporte un volet ambulatoire conséquent (près de 100 places supplémentaires...) mais cohérent selon les experts avec le virage ambulatoire déjà engagé et l'évolution prévisionnelle des besoins en santé du territoire.**

Les tableaux ci-dessous détaillent l'évolution de l'activité et le capacitaire projeté :

	2019	2020	2021	2022	2023	Evol. 2023/2019
HDJ médecine	17 130	19 011	21 680	23 108	25 254	47,4%
Taux de croissance		11,0%	14,0%	6,6%	9,3%	
Chirurgie ambulatoire	5 691	4 040	5 252	5 824	6 288	10,5%
Taux de croissance		-29,0%	30,0%	10,9%	8,0%	

Intitulé	Localisation	Capacitaire actuel	Capacitaire projeté	Intitulé/Localisation
HDJ Médecine Pluridisciplinaire	BMC R+2	16	68	HDJ B30 R+1
HDJ SPAGORA non-onco	BMC R-1	12		
HDJ Onco-hémato	BMC R-2	35	70	HDJ B30 R+3
HDJ Auray	Auray	6	6	HDJ Auray
HDJ Cardio SI	BMC R+1	4	15	HDJ BMC R+2
HDJ Méd. Gériatrique	Decker	2		
Sous-total HDJ Médecine		75	159	Sous-total HDJ Médecine
Unité de Chirurgie Ambulatoire	PTM	36	41	Unité de Chirurgie Ambulatoire
TOTAL GENERAL		111	200	TOTAL GENERAL

- Le capacitaire est en concordance avec la structure actuelle et projetée de l'activité ambulatoire et n'appelle pas de remarque particulière. **La seule observation des experts porte sur le capacitaire de chirurgie ambulatoire qui évolue peu (36 à 41 places) et qui selon l'établissement « devrait permettre d'absorber la croissance de l'activité chirurgicale » et ainsi pallier la stabilité de l'HC de chirurgie (cf remarque supra)**

3.4.4 Concernant le Plateau technique

Le dimensionnement capacitaire du Plateau technique est, sans aucun doute, ainsi que le mentionne l'établissement dans son dossier « l'un des axes stratégiques du projet du CHBA ». **C'est également, selon les experts, celui qui apparait en termes de périmètre futur et de prospective d'activité, le moins documenté.**

- Passer de 18 à 27 salles à horizon 10 ans soit 9 salles de plus représente un **enjeu organisationnel, humain et technique de première importance.**
- Les experts perçoivent à la lecture du dossier que l'établissement en a évidemment conscience et s'appuie sur des **arguments et des objectifs parfaitement recevables** parmi lesquels il convient de mentionner :
 - La vétusté et la dispersion des blocs actuels
 - La consolidation des parts de marché, notamment en chirurgie ambulatoire, face à la concurrence du secteur privé
 - La réponse aux besoins de santé de la population du territoire
 - La « sanctuarisation » de l'activité de recours en neuro-vasculaire et cardiologie

➤ **Toutefois les experts considèrent que cet axe du projet est porteur de risques :**

- Un risque **concurrentiel** tout d'abord (même si l'établissement l'écarte) compte tenu de l'activité développée par la Clinique Océane. Risque qu'il faudra savoir mesurer et intégrer lors des différentes phases de déploiement du Plateau Technique.

Ainsi que le mentionne également le COPIL « la hausse de la consommation de soins ces dernières années ne bénéficie pas systématiquement au CHBA »

- Un risque **organisationnel et humain** ensuite car l'armement RH et biomédical de 9 salles en 10 ans est un défi majeur (accessoirement il faut également prendre en compte l'autonomisation des 2 salles de gyneco-obs actuelles au sein du futur bloc obstétrical FME ce qui va probablement mécaniquement générer un espace d'activité au-delà des 9 salles du futur bloc reconfiguré).

Les experts ont questionné l'établissement au lancement de la Contre-Expertise sur le plan de recrutement et la politique de ressources humaine. L'établissement a apporté des **réponses satisfaisantes et circonstanciées**.

Il faut effectivement considérer que le CHBA développe une politique d'attractivité bien structurée et ne présente sur la période récente qu'un volume marginal de postes vacants.

Il est néanmoins à noter que l'ampleur du volet RH du projet est considérable et devra faire l'objet d'un suivi vigilant du plan d'action. Ceci est d'ailleurs mentionné par le COPIL :

En termes RH le plan d'actions sur l'ensemble de la période prévoit une réduction prévisionnelle de 132 ETP PNM et le recrutement de 261 ETP PNM (soit un solde net de +129 ETP PNM) et 33,5 ETP PM 19,5 ETP PM pour assurer la croissance d'activité liée à la mise en œuvre du projet.

- Un risque **financier** enfin compte tenu du coût unitaire par salle d'opération dans le cadre d'un projet dont la soutenabilité financière n'est pas garantie.

En synthèse :

Le capacitaire projeté est cohérent et répond à un double objectif :

- Desserrer la contrainte de la saturation du capacitaire actuel
- Permettre le déploiement d'activités nouvelles dans le cadre du projet médical de l'établissement

Recommandation n°5 :

Le capacitaire projeté tant en HC qu'en ambulatoire apparaît correctement calibré et **ne soulève pas d'observation majeure.**

Concernant plus particulièrement l'évolution du Plateau Technique, les experts reconnaissent tout l'intérêt et la légitimité de sa modernisation.

Toutefois compte tenu de l'ampleur de son redimensionnement (+ 9 salles sur 10 ans) **les experts préconisent un suivi rapproché en termes de projection d'activité, de nombre de salles et de phasage de l'opération.** Cet aspect du projet mérite selon les experts **une clause de revoyure dans le cadre d'une instruction régionale.** Il s'agira de déterminer les possibilités de flexibilité de cette partie du projet. La variabilité des locaux concernés devra être anticipée dès la phase de programmation et lors des phases itératives de conception

3.4.5 Concernant le SMR

Bien que cet aspect du projet ne soit pas dans le périmètre strict de la CE. Les experts souhaitent souligner la situation singulière de l'activité de SMR dans le cadre du projet.

En effet selon les éléments du dossier :

La densité de l'offre hospitalière sur le territoire est très variable selon le secteur :

- conforme à la moyenne nationale en MCO
- nettement inférieure en SSR et USLD (près de la moitié)
- très supérieure à la moyenne nationale en psychiatrie.

➤ Cette situation conjuguée...

- A la stabilité du capacitaire SMR du CHBA
- Au vieillissement de la population et à la montée en puissance de la dimension gériatrique du Projet Médical
- A la volonté affichée de développement de l'activité interventionnelle qui est pourvoyeuse de patient en structures d'aval en phase post aigue.

... nécessitera selon les experts une poursuite de la réflexion sur les perspectives de développement et de maillage territorial de l'activité de SMR.

Il est à noter que l'établissement ouvre d'ailleurs des pistes considérant que :

En ce qui concerne le SMR, c'est une stabilité du capacitaire qui est prévue pour le CHBA. Elle pourrait être compensée par une croissance globale à l'échelle du territoire de santé, dans l'hypothèse d'une recomposition de l'offre MCO et SMR interne au CHBA ou au sein du GHT. Une telle hypothèse viendrait compenser la sous-dotation du territoire de santé n°4 en matière de SMR.

II. Volet Architectural et Immobilier

1. Introduction

1.1 Préambule

La présente analyse se base sur l'ensemble des documents fournis initialement et sur la demande complémentaire d'information ayant suivie (cf dernière page). Ces derniers ont conduit à une logique de lecture nécessitant la bonne compréhension des **Schémas Directeurs Immobilier** mais aussi de l'**optimisation foncière** proposée donnant lieu à des cessions importantes.

La complexité de ces opérations réside principalement dans le **phasage** choisi et donc, le **calendrier prévisionnel** envisagé. Une certaine fragilité apparaît à ce niveau qui est également perceptible dans la **stratégie d'achat**.

La finesse du travail de **programmation** sur le bâtiment PHARE et la **gestion des flux** est remarquable. Il peut être dommage de n'avoir eu à ce stade que des documents de pré-programme sur les autres opérations. Au niveau du **développement durable**, on ne peut qu'encourager les ambitions de l'établissement pour aller encore plus loin.

Il est possible d'apprécier que l'**évaluation des coûts** ait été largement challengée durant les phases d'instruction et que cela va continuer dans les mois à venir.

Globalement, l'établissement a répondu aux attentes du COPIL étape 2 :

- Attendu 1 : Stabiliser les paramètres techniques du projet
- Attendu 2 : Sécuriser le schéma organisationnel et fonctionnel
- Attendu 3 : Fiabiliser le montant global TTC TDC VFE de l'opération

Les documents analysés, donnant lieu au complément d'avis d'octobre 2024, n'ont pas tous été mis à jour pouvant donner lieu à des redites avec la présente analyse ou des renvois vers l'analyse du COPIL comprenant certaines attentes non retravaillées à date.

1.2 Contexte

Le Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique, mis en place au 1er juillet 2016, regroupe les 7 établissements publics de santé suivants :

- **CH Bretagne Atlantique, à Vannes et à Auray (établissement support du GHT) : 1411 lits et places**
- CH de Ploërmel (en direction commune avec le CH Bretagne Atlantique) : 147 lits MCO, 30 lits SMR, 30 places HAD, 177 lits EHPAD
- EPSM du Morbihan (St Ave) : 335 lits et 333 places
- CH de Josselin : 60 lits USLD, 174 lits d'EHPAD
- CH Le Palais : 221 lits et places
- CH de Basse-Vilaine : 106 lits et 84 places
- CH de Malestroit : 110 lits et places) et un SSIAD de 109 places

Lors de l'élaboration initiale du projet d'investissement, le périmètre retenu était le Groupement Hospitalier de Territoire, afin d'envisager la reconstruction ou la restructuration de tous ceux de ses établissements qui n'avaient pas récemment bénéficié de telles opérations massives.

Au cours de l'étape 1, les échanges avec les experts du CSIS et l'ARS ont fait évoluer les choses : les projets de l'EPSM du Morbihan vont être instruits à l'échelle régionale et les projets du CH de Ploërmel ont dû être recalibrés pour pouvoir être soutenus directement par les crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) géré par l'ARS.

Le Périmètre retenu se concentre donc sur le CHBA composés des Sites de Vannes et Auray.

Le CHBA est issu de la fusion (en l'an 2000) des CH de Vannes (55 000 habitants) et Auray (15 000 habitants). Il est donc installé sur deux villes distantes de 20 kilomètres. Le site de Vannes est le site principal du CHBA.

2. Schéma Directeur Immobilier

2.1 Site de l'Auray

L'offre de gériatrie du CH d'Auray était initialement constituée de 3 établissements gériatriques :

- Les Bruyères et le Tripode situés sur le site de Kériolet, ces deux établissements comptaient au global, 105 lits d'USLD et 104 lits d'EHPAD ;
- La Maison de retraite du LOCH qui comprenait 73 lits d'EHPAD.

Dans le cadre du projet urbain de la ville d'Auray, le CHBA, en concertation avec la Municipalité, a décidé de libérer le site de Kériolet compte tenu de sa vétusté et de l'impossibilité de moderniser le bâti pour répondre aux exigences hôtelières actuelles.

Compte tenu de la vétusté de ces structures, deux projets ont été mis en chantier à l'été 2008 :

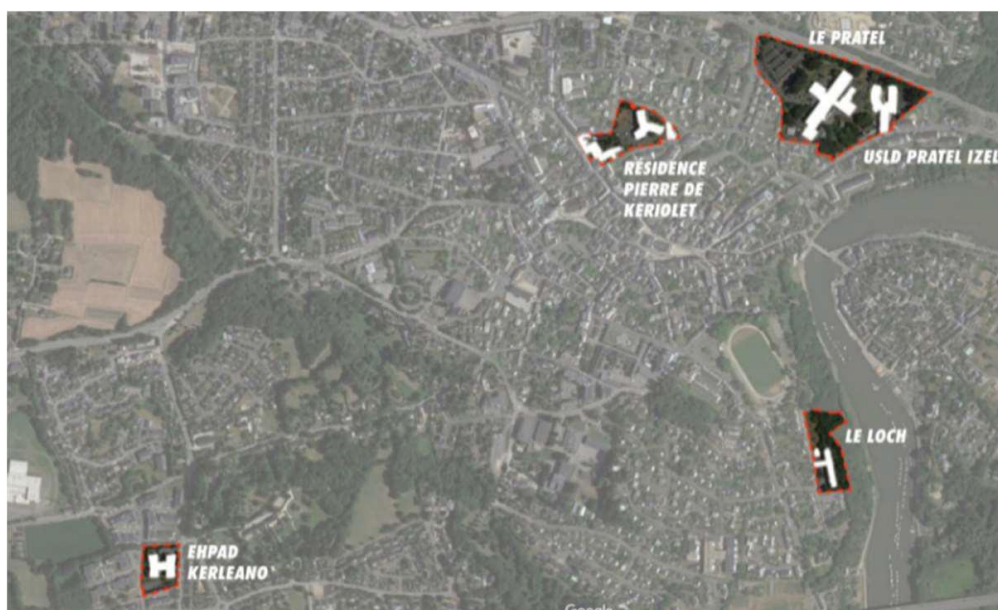
- La construction du nouvel EHPAD-USLD « Pratel Izel » de 90 lits sur le site de l'hôpital du Pratel,
- La construction de l'EHPAD de Kerléano de 85 lits.

À la suite de la réception de ce dernier projet, en 2010, le bâtiment Les Bruyères a été démolit et la résidence du Loch a été vidée de ses résidents, le bâtiment est actuellement désaffecté. Enfin, il est prévu la construction d'un EHPAD « centre de ressources territoriales » qui sera partie intégrante de l'hôpital du Pratel.

Le site de Pratel est situé au Nord-Est du centre-ville d'Auray, très bien desservi avec un double accès (Ouest et Sud Est). Le PLU a été révisé récemment avec l'inscription d'un espace boisé protégé, réduisant la constructibilité de la partie basse du site. L'emprise foncière représente 4,5ha. Les 2 bâtiments (Pratel et Pratel Izel) représentent une SDO globale de 24 506 m² pour une emprise au sol de 8 860 m².

Une rénovation architecturale a été menée ces 20 dernières années sur le bâtiment principal. Le gisement de surface constructible est donc de 27.760m² ce qui laisse un potentiel important tout en gardant le caractère paysager du parc du site.

La réflexion immobilière sur le site de Pratel a pour objectif d'y organiser un hôpital de proximité en développant une offre de médecine polyvalente, d'addictologie, de SSR et d'EHPAD/USLD, de consultations et d'imagerie.

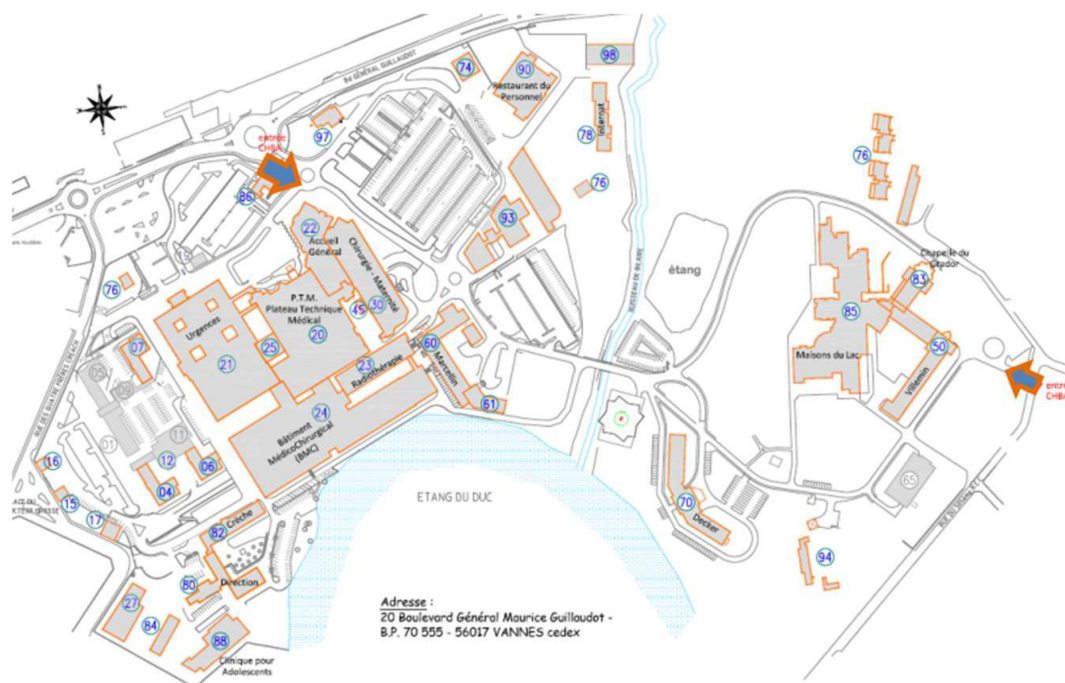


Le site de AURAY étant en phase de production avec un dialogue compétitif en Marché Global Sectoriel pour l'EHPAD et une évolution du site déjà exécutée, ce SDI n'appelle pas de remarques particulières.

La phase 1 du SDI global intègre une restructuration du site PRATEL la reconstruction d'un EHPAD pour un total de 20 470 000€ TTC TDC cependant, ces dernières ne font pas parties du périmètre du projet soumis à l'évaluation socio-économique.

2.2 Site de Vannes

Le CH de Vannes, se situe au Nord de la commune, entre le centre-ville et à proximité immédiate de la gare, sur une emprise importante de 28 ha environ dont un espace boisé classé (non constructible) de près de 2 ha ainsi qu'une zone inondable en bordure du lac (au sud) et de part et d'autre de la rivière (Nord Sud). Selon le PLU en vigueur et la surface utile au sol qu'il autorise, un gisement de surface constructible de près de 115 000 m² est envisageable permettant à la fois des extensions du bâti hospitalier mais également des projets de cessions d'emprises périphériques.



Depuis sa création en 1934 le site de Vannes a fait l'objet de plusieurs phases successives de travaux au gré des besoins émergents. De fait, on se retrouve face à un patrimoine immobilier dispersé, hétérogène et en partie obsolète voire non conforme avec pour conséquence un manque de lisibilité des parcours intra-hospitaliers.

Du fait du foncier important du site de Vannes, le bâti est dispersé avec entre le Nord et le Sud, des distances importantes et des bâtiments ne dépassant pas 4 niveaux (R+3).

Néanmoins il existe une sectorisation des activités :

- Au Nord-ouest de la parcelle, les activités MCO ainsi que les activités SSR,
- Au Sud-est, les EHPAD, activités à vocation gériatrique ainsi que la dialyse (ECHO),
- Au Nord-Est de la parcelle, la logistique et les locaux techniques,
- À l'Ouest, les pavillons historiques en partie désaffectés

La SDO globale est de 143 289 m² (dont 14 014 m² désaffectés) occupant une emprise au sol du bâti de 54.085m².

Le SDI s'inscrit dans une logique de « parcours patient » qui va se décliner à travers cinq "typologies d'espaces" organisant l'ensemble des circuits au sein du CHBA :

- **Le bâtiment Phare**, intégrant :
 - Les Urgences, en lien direct avec le futur plateau technique restructuré ;
 - Le nouveau plateau d'imagerie programmée et non programmée ;
 - L'ensemble des activités du pôle Femme Mère Enfant (FME), y compris le bloc obstétrical ;
 - Des unités de médecine regroupées par 3 et 4 unités de 30 lits ;
 - Le SAMU SAS 56, le garage du SMUR, l'hélistation ;
 - Des plateaux de tertiaire médico-soignant.

- **Le plateau technique**, positionné au cœur de l'hôpital, à l'interface des espaces bâtiment Phare, ambulatoires et d'hospitalisation. Il regroupera l'ensemble des services « chauds » de l'hôpital, et plus spécifiquement : la réanimation, l'Unité de Soins Continus (Soins Intensifs Polyvalents), les blocs opératoires (hors bloc obstétrical), les blocs interventionnels (imagerie, cardiologie, neurologie), les endoscopies en lien avec l'UCA, les laboratoires, la dialyse.

NB : La reconstruction de ce plateau technique sera rendue possible par les déplacements dans le bâtiment Phare des Urgences et de l'imagerie.

- **Le parcours ambulatoire**, regroupant l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés dans la journée. Ces deux espaces se trouvent volontairement à l'interface des activités médico-chirurgicales de l'hôpital afin d'organiser au mieux l'efficacité des professionnels :
 - **Un premier plateau** positionné dans l'actuel bâtiment chirurgie (B30), sur 2 niveaux. Il comprendra principalement l'UCA, les places HDJ ONCO-HEMATO et SPAGORA, les consultations de chirurgies et les consultations de SMR en lien avec le plateau technique dédié.
 - **Un deuxième plateau** positionné dans l'actuel bâtiment médico-chirurgical (BMC), au deuxième étage regroupant les HDJ pluridisciplinaires de médecine et les consultations associées, au plus près des activités d'hospitalisation complète de médecine, permettant un regroupement des spécialités et des soignants dans un même ensemble immobilier.

- **L'espace des hospitalisations**, regroupant l'ensemble des chambres des patients devant rester au minimum une nuit à l'hôpital. Le bâtiment BMC sera principalement dédié à cette activité et permettra d'offrir des conditions d'accueil hôtelier modernes et adaptées aux attentes des patients et de leurs proches. Au sein de ce dispositif seront en outre positionnés les activités de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Deux niveaux d'hospitalisation de chirurgie seront également conservés dans le bâtiment existant B30.

- **L'espace médico-social**, regroupant les activités EHPAD pour une capacité de 156 lits dont 36 lits "protégés" (unités Alzheimer) et les activités de soins de longue durée pour 60 lits dans un nouveau bâtiment dédié.

La traduction immobilière de ces espaces est complétée par les besoins de stationnement, logistiques et techniques suivant le phasage suivant :

- **PHASE 1** : Construction du bâtiment PHARE située à l'entrée principale du site **Opération 1** qui sera précédée d'une reconfiguration de l'offre de stationnement avec la construction d'un parking Silo **Opération 0**.
En avance de phase, l'intégration de tertiaire administratif, social ainsi que des activités Interface Ville Hôpital dans les pavillons historiques existants 1, 4 et 5 sera réalisée **Opération 2**.
Et en parallèle, la construction de la Plateforme Pharmaco-Logistique permettra de moderniser et optimiser la logistique globale du site **Opération 4**.

Une fois le bâtiment PHARE livré, les espaces libérés permettront la restructuration du PTM (Plateau Technique Médical), Blocs, Dialyse **Opération 3**.

Au cours de ces opérations, des travaux de modernisations et d'adaptations des voiries, des réseaux et des productions d'énergie seront réalisés **Opération 8⁽²⁾**.

- **PHASE 2** : La restructuration du PTM (plateau technique MPR SMR), RDC bas du B30 (consultations et HDJ SMR) **Opération 5** ne pourra se faire qu'une fois la première tranche du PTM livrée.
Dans le même temps, la restructuration des B30 et BMC Ambulatoire (compris MPR SMR) pourra être réalisée **Opération 6**.

Au cours de ces opérations, les travaux de modernisations et d'adaptations des voiries, des réseaux et des productions d'énergie seront finalisés **Opération 8⁽²⁾**.

- **PHASE 3** : La reconstruction d'un nouvel EHPAD – USLD des Maisons du Lac **Opération 7**.



Le projet de Schéma Directeur Immobilier et Architectural du GHBA a été validé en étape 1 en juin 2023. Les opérations soumises à l'avis du COFIL en étape 2 en mai 2024 ont été recentrées sur la phase 1 du Schéma Directeur 2024 - 2031. Le périmètre retenu :

Périmètre du projet soumis à évaluation socio-économique	Coût du projet TTC TDC valeur fin de chantier	Stade d'avancement du projet (pré-programme, PTD, etc.)
Vannes 00 - Parking silo 1ère et 2ème phase	10 000 000,00 €	Pré-programme
Vannes 01 - Opération PHARE	164 933 953,00 €	Programme Technique Détaillé
Vannes 02 - Pavillons historiques	1 896 149,00 €	Pré-programme
Vannes 03 - Plateau technique médical rdc haut	69 800 000,00 €	Pré-programme
Vannes 04 - Logistique Plateforme	21 591 637,00 €	Pré-programme / démarrage PTD
Vannes 08 - VRD Energie PHASE 1	29 180 565,00 €	Audit énergétique
Sous-total périmètre instruction PHASE 1	297 402 304,00 €	

L'enchaînement des opérations proposées sur le site de VANNES ne soulève pas de remarques particulières en rapport de la stratégie de développement, des réserves foncières et des obligations de maintien de l'activité.

Le périmètre de la phase 1 est compréhensible en laissant un doute sur l'intérêt de ne pas se concentrer exclusivement sur le parking Silo et le bâtiment Phare. Les justifications apportées sur la nécessité de moderniser et optimiser les fonctions logistiques donnent du sens à l'intégration de ce projet de rénovation-extension.

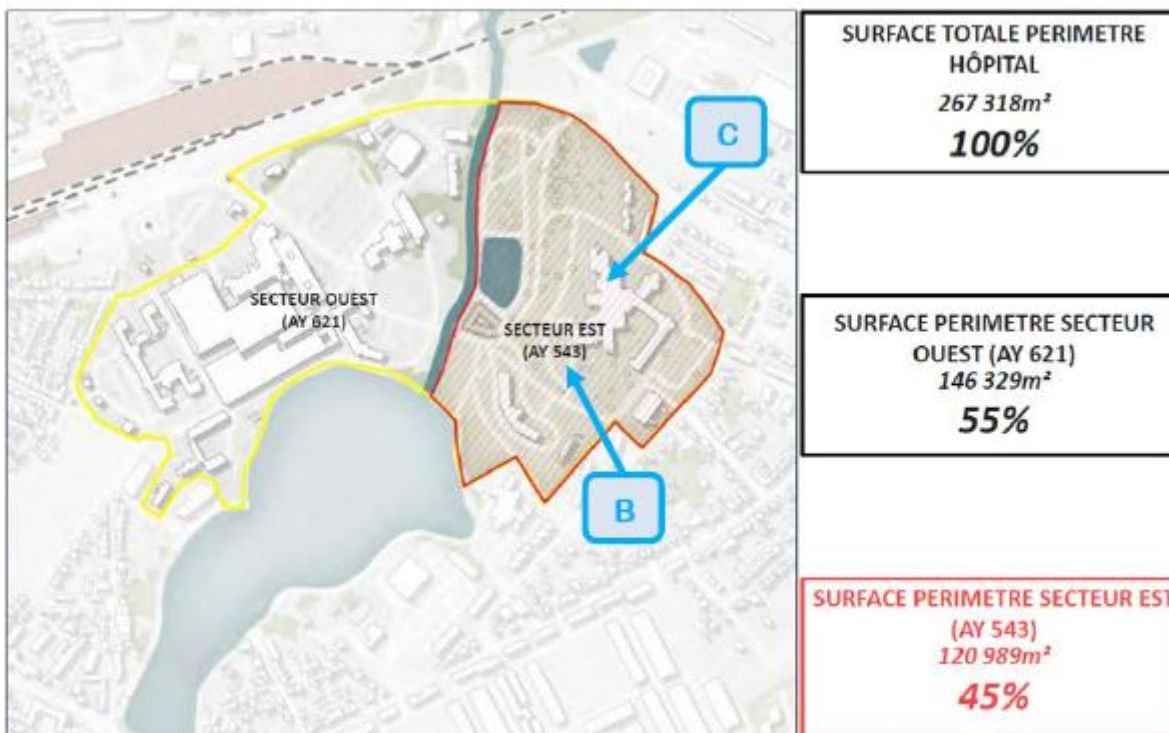
Le **déphasage de l'opération 3 – Plateau Technique Médical** rendu obligatoire par la livraison du bâtiment PHARE et le **manque de maturité des pièces techniques** fournies questionne sur son intégration à la Phase1.

La dernière phase consacrée au secteur médico-social manque de précision sur la viabilité du bâtiment actuel afin de saisir la notion d'urgence à cette réalisation. L'opération positionnée en phase 3 d'un SDI aussi ambitieux sur le volet sanitaire pourrait être inquiétante à la bonne réalisation de l'EHPAD-USLD en particulier par le fait que la réserve foncière existante est valorisable.

2.3 Potentialités foncières

L'estimation du potentiel de valorisations est de 48,7 M€ décomposée comme suit :

- AURAY : site KERIOLET = 2,5 M€ - Le positionnement du site KERIOLET à AURAY, en cœur de ville, est un atout majeur de valorisation foncière et de développement urbain pour la ville avec des enjeux socio-économiques, politiques et urbains forts.
- VANNES : quartier EST = 38,2 M€ (B)
- VANNES : EHPAD Maison du lac = 8 M€ (C)



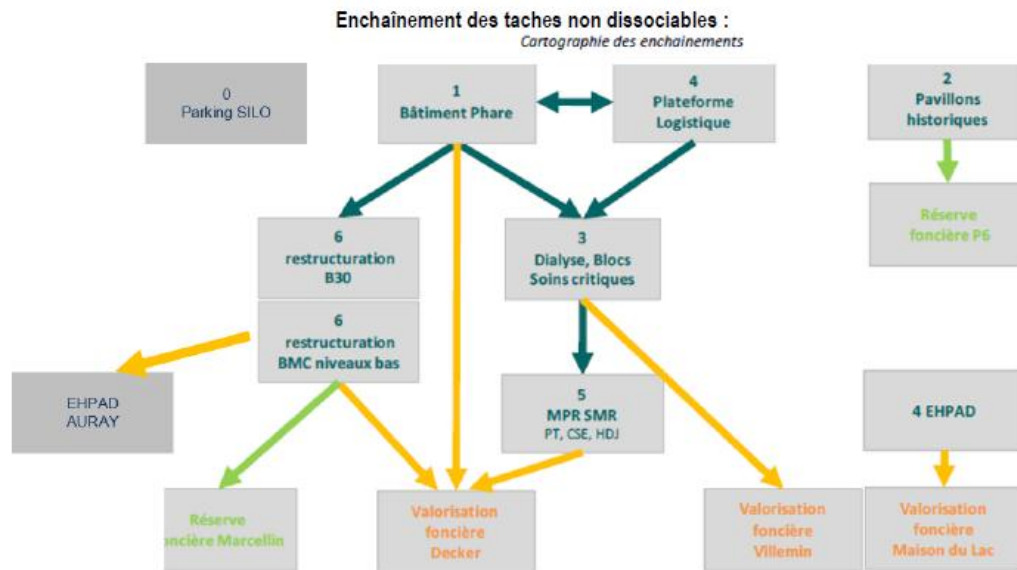
La valorisation foncière du secteur Est faite sous format d'Appel à Manifestation d'Intérêt est intéressante mais renforce la notion d'incertitude sur le projet d'EHPAD-USLD. Ce potentiel est intégré dans le plan de financement global mais ne présente pas une construction assez définie pour valider les chiffres avancés. L'aménagement d'une zone foncière libre est possible pour un établissement de santé sous plusieurs conditions qui n'ont pas été étayées ici en particulier par le fait qu'un vaste programme de logements et de bureaux sans lien avec les statuts du CHBA sont proposés. Des montages juridiques existent pour atteindre cet objectif et devraient être démontrés.

Il n'est pas évoqué un découpage des parcelles visant à une vente en direct qui pourrait s'avérer moins complexe à gérer.

L'analyse dans le fond de la valorisation du secteur Est – Vannes – doit être aboutie si le montant de ces cessions contribue à l'équilibre financier du projet.

3. Phasage des opérations

3.1 Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet



Le phasage des opérations est cohérent en termes de transferts des fonctionnalités, de limitation des impacts sur les activités et d'anticipation des besoins. En raison de l'avancement de l'instruction du SDI, il est possible d'identifier que certaines phases viennent à se rapprocher et perdent de la pertinence à être dissociées.

Le **planning prévisionnel de juin 2025 reste relativement synthétique à ce stade** d'avancement du projet avec en particulier l'intégration des démarches administratives ainsi que la coordination inter-opérations. Certaines précisions apparues en août 2024 sur le planning à la suite des demandes du COPIL ont disparu. Certaines démarches clefs (étude d'impact, loi sur l'eau, faune-flore...) sont bien identifiées dans le processus mais ne sont pas reportées dans le planning pour en mesurer l'impact. De plus, aucun élément ne semble indiquer qu'une **coordination territoriale pilotée par la préfecture** ait été mise en place afin de faciliter les échanges entre les services instructeurs et le porteur de projet.

Le lancement du marché d'OPCi identifié par le maître d'ouvrage est très intéressant et devrait être mis en place rapidement.

En particulier, le lancement de l'opération PHARE se retrouve proche de l'opération de la plateforme pharmaco-logistique ainsi que du parking SILO. La réalisation de la plateforme pharmaco-logistique ne semble plus impactée, en termes d'accès, par les modifications de voiries publiques qui devraient se terminer en 2025. Il est également possible de constater que certaines autorisations administratives sont fortement inter-dépendantes à ce stade.

La pertinence de dissocier l'aménagement Urbain et Technique du site avec une maîtrise d'œuvre séparée est difficilement compréhensible alors qu'il est effectivement intéressant que le CHBA dispose d'une expertise technique et d'une assistance en termes de coordination sur ces items s'apparentant plus à de l'assistance à maîtrise d'ouvrage.

Il est intéressant de se questionner sur l'analyse de risque de conserver des opérations menées en « silo » avec des missions annexes de coordination pouvant complexifier le processus. La dilution des responsabilités ainsi que les limites d'interventions risquent de polluer le pilotage des chantiers mais présente aussi un risque en termes de gestion des garanties.

Il est important de souligner la robustesse organisationnelle proposée par la maîtrise d'ouvrage ainsi que la bonne anticipation des différents intervenants externe concourant à la qualité et la sécurisation du projet.

A ce stade, le planning prévisionnel doit être beaucoup plus détaillé (démarches administratives, coordination inter-opérations, énergies, réseaux).

Concernant les études préalables, il faut s'assurer qu'une coordination territoriale est bien pilotée par la préfecture.

Bien que la restructuration du PTM soit nécessaire, cette phase pourrait faire office d'une validation ultérieure afin de se concentrer sur les opérations du parking Silo, du bâtiment PHARE et de la plateforme pharmaco-logistique.

Il est à noter qu'un regroupement de ces opérations embarquant une partie de la restructuration urbaine et technique du site permettrait de disposer d'une opération immobilière mieux maîtrisée par une maîtrise d'œuvre unique qui pourrait optimiser d'avantage l'enchaînement des opérations.

3.2 Stratégie d'achat

OPERATION_Vannes			CONCESSION (Travaux & Service Public)	MARCHE GLOBAL SECTORIEL	MARCHE DE MOE
0	Construction	Parking silo	Procédure retenue avec négociation		
1	Construction	Opération PHARE			CONCOURS MARCHE MOE
2	Réaménagement	Pavillons historiques			CONCOURS MARCHE MOE
3	Restructuration / extension	Réanimations/ Blocs Opératoires- Salles interventionnelles/ tertiaire médical/ Dialyse			MARCHE MOE
4	Construction	Plateforme Pharmaco-logistique		DIALOGUE SUR APD	Marché MOE variante
5 & 6	Restructuration	Ambulatoire & Hébergements (B30 & BMC)			MARCHE MOE
7	Construction	EHPAD USLD_VANNES		DIALOGUE SUR APD variante	MARCHE MOE
8	VRD Aménagements extérieurs	Réseaux de site, Pôle Energies & Aménagements urbains			MARCHE MOE de site (Accord cadre)

Les choix des procédures sont cohérents avec une orientation massive vers l'option d'une maîtrise d'œuvre séparée en revanche, le choix d'isoler les opérations entre-elles avec quelques points de liaisons (MOE global urbain/technique, OPCi) ne favorise pas une **cohérence architecturale de l'ensemble immobilier**. De plus, cela alourdira le nombre de procédures à gérer et ne permettra pas de rationaliser certains marchés de travaux spécifiques interopérations. La question pourrait également se poser sur le parking Silo qui se trouve proche de l'entrée du site et visible depuis la voie publique pour lequel, aucune prescriptions architecturales fortes ne sont portées.

Le choix des procédures retenues par le CHBA est individuellement argumenté et en cohérence avec les projets présentées mais manque de cohérence d'ensemble du fait d'un financement global de la Phase 1.

Il pourrait être imaginé à ce stade, une stratégie légèrement différente :

- Accord-cadre de maîtrise d'œuvre attribué sur les 3 Marchés Subséquents MS. La sélection des lauréats pourrait se faire sur :
 - Esquisse ou APS/APS+ pour le projet PHARE
 - Esquisse Parking SILO
 - Esquisse Plateforme Pharmaco-logistique

A noter que les rendus architecturaux pourraient embarquer une vision d'aménagement globale du site ce qui faciliterait l'appréciation de la gestion des flux.

Il pourrait également être embarquée la vision de séquençage des installations de chantier et des impacts sur les usagers.

- Le séquençage de ces 3 MS pourrait être dissocié ainsi que les taux de MOE et le contenu des missions (en particulier le Parking Silo).
- D'autres marchés subséquents pourraient être chiffrés sans livrable (PTM Rdc Haut, PTM Rdc Bas, B30) ou du moins proposer un bordereau de prix suffisamment défini pour pouvoir les engager ultérieurement.
- Une grande partie des travaux prévus dans l'opération VRD et énergie pourrait être embarquée également à travers les premiers MS.

***NB :** Ce montage pourrait contraindre à financer la construction du Parking Silo par le CHBA mais n'empêcherait pas son passage en DSP.*

Au-delà de la cohérence architecturale, cela permettrait de disposer d'une synthèse globale sous la responsabilité de l'équipe de maîtrise d'œuvre sur tous les aspects flux intérieurs/extérieurs, réseaux, productions d'énergies, continuité de service, ... Mais aussi une vision plus claire d'anticipation de certains travaux dont le découpage pourrait évoluer ultérieurement.

De plus, la MOE apporterait dès la consultation initiale un conseil plus éclairé pour le CHBA sur la consolidation de leur stratégie d'achat sur les marchés de travaux avec en particulier, l'attractivité et la pertinence de l'allotissement ou la création de lots techniques transverses.

Proposition de montage 2 :

Sans entrer dans le détail, il serait également possible de proposer une approche basée sur un marché à tranche qui pourrait également être adapté.

Une stratégie d'achat sur la partie maîtrise d'œuvre plus adaptée pourrait être mise en œuvre afin de faciliter la gestion des premières opérations tout en apportant une meilleure cohérence d'ensemble.

A ce stade, il est important que le CHBA définisse une approche stratégique des entreprises de travaux basée sur la stratégie d'allotissement envisagée afin de conserver une attractivité forte et ainsi, une concurrence de qualité.

4. Programmation Technique

4.1 Bâtiment PHARE

Dans l'ensemble, le PTD est bien construit et de qualité mais certains points de détail pourraient être améliorés.

Le ratio SDO/SU semble à ce stade élevé. Au-delà de ces phases estimatives, il sera intéressant de challenger les équipes de maîtrise d'œuvre sur ce sujet afin d'optimiser au mieux le projet en particulier, **les surfaces des locaux techniques et des circulations générales sont très élevées.**

Un ensemble d'extensions ou d'adaptations des locaux a bien été réfléchi et mis en place.

NB : Document non transmis cité §2.4 du PTD : *En collaboration avec le maître d'œuvre Super8, un plan guide sur l'ensemble est en cours de rédaction dans le cadre de la consolidation du SDIA. Ce document traitera des prescriptions architecturales et techniques à prendre en compte pour le projet. Ce document sera fourni dans le cadre du Dossier de Consultation des Concepteurs.*

Le **positionnement de la zone d'UHCD** hors du service des Urgences appelle à des questionnements et le point d'alerte relevé dans le document *GHBA-Avis étape 2 COPIL 30 05 2024* est partagé malgré les justifications apportées ultérieurement. Le CHBA apporte des garanties organisationnelles de fonctionnement mais par essence, isoler une activité de la sorte conduira à des dérives organisationnelles. Il est dommage à l'occasion d'une construction de ne pas atteindre une implantation idéale. S'agissant d'un concours de maîtrise d'œuvre, il serait tout à fait possible de laisser la possibilité aux candidats de proposer des alternatives avec la possibilité par exemple, d'un repositionnement de la partie consultation FME.

Certaines surfaces utiles sont relativement faibles : différents box (20m² SAUV, 12m² filière allongée...), attente pré-triage... et pourraient être réévaluées avec les équipes médicales.

Dans l'ensemble, les surfaces proposées sont en adéquation avec le nombre de box et l'activité.

Le **lien avec la future maison médicale de garde** (pavillon historique) est peu lisible et ne rentre pas dans le fonctionnement global du service.

Les imageries, en particulier l'imagerie non programmée, devraient être mieux décrites sur la partie **flux et organisation** en rapport des autres services non présents dans le bâtiment PHARE. Le travail réalisé sur les surfaces permet d'optimiser les surfaces proposées.

Le secteur FME n'appelle pas de remarques particulières à l'exception des **espaces extérieurs** non décrits et seulement souhaités alors qu'ils pourraient apporter une qualité d'accueil plus importante.

Les unités d'hospitalisation conventionnelle ont la particularité d'avoir une **proportion de chambres individuelles à 100%** sans chambres doubles.

Le chapitre concernant l'**hélistation** met en avant de nombreuses incohérences avec l'annexe correspondant à l'étude qui a été confiée au bureau d'étude Pélagos. Cette annexe identifie de nombreux scénarios possibles avec des pistes d'optimisations alors que le PTD propose une implantation autre avec en particulier la mise en option du hangar. Une prise de position plus claire devrait être apportée afin de ne pas désorienter les candidats.

Le travail d'optimisation des surfaces doit continuer ou servir de base afin de challenger les futurs MOE sur le sujet.

Une réflexion est à continuer sur le positionnement de l'UHCD et l'efficacité de la MMG.

Le PTD mériterait encore d'être affiné avec les remarques relevées dans le paragraphe précédent.

4.2 Plateau Technique Médical PTM

Le découpage de cette opération en rapport du Schéma Directeur Immobilier permet de créer un ensemble fonctionnel disposant d'un niveau de technicité homogène autour d'une restructuration phasée en post-réception du bâtiment PHARE.

Le Préprogramme fourni ne permet pas d'apprécier le périmètre complet de l'opération. Le document néglige les travaux d'impact sur l'ensemble du bâtiment existant. On ne retrouve pas de détails précis sur les travaux concernant le Rdc Bas (hors dialyse) ainsi que l'étage.

Les **ratios surfaciques** proposées devraient pouvoir **être optimisés** lors de la production du PTD en gardant une attention particulière à la mise en cohérence avec l'architecture existante des locaux et leurs contraintes techniques. Les fonctionnalités identifiées n'appellent pas de remarques particulières et laissent effectivement une réserve foncière de 439m²SDO.

NB : La restitution du COPIL du 17 octobre 2024 détaille justement les actions à réaliser.

L'**activité ambulatoire** est difficile à apprécier car seule l'extension est approchée car le reste de l'activité est hors périmètre de l'opération et de l'instruction.

Au niveau des **soins critiques**, les surfaces pourraient être optimisées avec un objectif de réduction entre 10% et 20% même s'il faut tenir compte d'une USIP existante. La contiguïté du secteur pourrait être accrue en revoyant l'aménagement du secteur tertiaire mais cette solution viendrait en opposition avec le phasage actuel. De plus, les surfaces disponibles risquent d'être relativement réduites. A noter également que la Réa actuelle qui deviendra USIP ne nécessite pas d'investissement lourd tout en gardant une grande proximité avec la nouvelles zone Réa-Usip.

Le Service de dialyse n'appelle pas de remarques particulières.

Au niveau des **blocs opératoires**, le phasage des blocs ne suit qu'une logique surfacique sans envisager un phasage fonctionnel qui sera laissé aux mains du futur concepteur. Dans le cas d'une revue à la baisse du nombre de blocs à restructurer en phase 2, des tranches adaptées devront être identifiées.

Le PTD à produire devra se baser sur une projection des besoins dans un environnement existant qui permettra d'optimiser les surfaces proposées de manière réaliste.

4.3 Plateforme Pharmaco-Logistique

La centralisation des flux et sa réorganisation ainsi que l'automatisation permettent de rationaliser la gestion des flux mais aussi l'organisation interne.

En revanche, le **document pré-programme est très synthétique** et ne permet pas à ce niveau de l'instruction d'identifier si le calibrage effectué est pertinent. De nombreuses fonctionnalités sont simplement survolées et en permettent pas de s'assurer de la conformité de certains circuit ou locaux comme la PUI par exemple. De même, les travaux d'impact sur le bâtiment existant ne sont pas travaillés.

La réutilisation du bâtiment existant de fait de ses fonctions actuelles et de son positionnement en font un bon candidat pour ce projet.

Le document présenté ne permet pas une analyse du niveau d'une validation de projet.

4.4 Parking SILO

Le pré-programme proposé est orienté vers un délégataire pour la mise en place d'une DSP. Les préconisations architecturales sont très faibles et n'apportent pas une cohérence d'ensemble avec les autres projets du site.

Une possibilité d'extension est prévue mais avec certaines incohérences entre les documents présentés. Il n'est pas envisagé de rendre plus modulable ou réversible le parking en particulier sur les zones du rez-de-chaussée qui pourrait potentiellement migrer vers d'autres fonctionnalités comme des locaux commerciaux, du stockage, ...

L'approche architecturale devra être renforcée.
La modularité des locaux devra être réellement incluse.

4.5 VRD / Pôle énergie

Représentant un coût TTC TDC d'environ 38M€ dont 29 180 565 € sont positionnés dans la phase 1, il aurait été intéressant de disposer d'un document de programmation plus précis.

Le programme de travaux devrait être figé afin de mieux mesurer les impacts sur les différents chantiers envisagés ainsi que sur la gestion des flux. A ce jour, ces travaux n'ont pas l'air d'avoir d'impact sur le planning consolidé.

La maîtrise technique des travaux à réaliser doit être claire afin d'en maîtriser les coûts.

4.6 Maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment

Globalement, le document devrait faire office d'une mise en à jour en cohérence avec le choix de la procédure retenue confirmant une maîtrise d'œuvre séparée. Des incohérences apparaissent sur le niveau d'intervention du concepteur. Les points de coordination nécessaires entre le concepteur et la/les entreprise(s) de travaux doivent être développés.

Le CHBA semble disposer d'une charte BIM (document non fourni). Il serait intéressant de vérifier l'adéquation de cette charte avec les besoins du CHBA en rapport des opérations structurantes qui vont se mettre en place tant au niveau de son usage en conception que son usage en exploitation. Cette tâche pourrait être confié en avance de phase au BIM Manager du projet.

4.7 Développement durable

Au niveau **du cadre réglementaire, la loi APER** n'est pas identifiée. Concernant les projets de construction, il est possible de retrouver assez d'éléments (loi climat et énergie) dans les documents présentés pour identifier leur prise en compte en revanche, le SDI n'en tient pas compte pour les bâtiments existants ou pour les parkings. L'étude d'approvisionnement sur les Energies Renouvelables met en avant l'obligation d'équipement (solarisation) de certains parkings existants non valorisée et non identifiée dans le SDI.

La récupération des eaux est peu développée en particulier dans son intégration dans les bâtiments neufs ou cela semble le plus facile.

La **Réalisation d'un Schéma Directeur Immobilier Energétique** permettrait de synthétiser l'ensemble des études préalables déjà réalisée. Les études proposées ne mettent pas en avant un plan de travaux validé alors que certaines actions sont en cours comme le réseau de chaleur urbain.

Accompagnement / actions spécifiques :

Il n'est pas fait mention d'accompagnement dédié par opération de type **AMO Commissionnement** qui reste indispensable lors d'opération montées en loi MOP.

Le CHBA pourrait se questionner sur la mise en place d'une ou des **labélisation(s)** de type « Bâtiment Durable Bretagne » qui serait le reflet de leurs ambitions.

La démarche de développement durable présentée donne l'image d'être entièrement portée par la concrétisation du SDI même s'il est relevé certaines actions en marge de ce dernier comme l'éco-conception des soins. Le suivi d'une labélisation HQE sans forcément son obtention permettrait de dynamiser les axes performanciers suivis.

La modernisation des outils bâtementaires et organisationnelles ne devrait être qu'un aboutissement d'une démarche de progression collective ce qui passe en priorité par une bonne appropriation par les équipes dirigeantes afin de se traduire efficacement dans les équipes.

Autres :

L'approche au niveau des déchets est suffisante et bien intégrée.

Il est évoqué à plusieurs reprises un travail sur les achats responsables mais il n'est pas évoqué la mise en place d'un SPASER (Schéma de Promotion des Achats Publics Socialement et Écologiquement Responsables).

La convention avec Vannes Agglo/ EPSM/ SILGOM est intéressante mais porte sur un nombre d'axes limité ou ne présentant pas de développement à la hauteur de ce type de partenariat :

- Energie : intérêt avec le raccordement au réseau de chaleur urbain
- Mobilité : intégré dans les réflexions des réaménagements publics à proximité
- Gestion de l'eau : il est dommage dans ce partenariat de ne pas pousser des solutions de réutilisation de l'eau pouvant servir au besoin de la commune.
- **Alimentation : Il n'est pas fait mention d'axe de réflexion sur le sujet** alors que ce type de partenariat, à l'image des Projets Alimentaires Territoriaux PAT, peut avoir une vraie valeur ajoutée dans le respect de la loi EGALIM. De plus, ce type d'axe peut rentrer dans des objectifs performanciers des projets immobiliers.

La proposition actuelle mériterait d'évoluer pour être plus efficiente :

- Réflexion à pousser par le CHBA sur des labélisations ;
- Mettre en place une mission d'AMO Commissionnement pour chaque opération ;
- Intégrer la Loi APER pleinement.

La stratégie de développement durable du CHBA est existante mais devrait être plus ambitieuse et mieux intégrée.

La tension qui apparaîtra en particulier autour du service des urgences lors de la construction du bâtiment PHARE nécessitera une vigilance accrue à l'échelle du site.

Il est à noter une implication forte du CHBA avec l'Agglomération leur permettant de fluidifier les phases transitoires lors des chantiers mais aussi de faire valoir leurs besoins en particulier issus de leur plan de mobilité employeur. Il est en revanche dommage qu'un ouvrage Silo avec le pôle d'échange multimodal de la gare de Vannes n'est pas pu être créé.

La densification du site couplée à la valorisation foncière envisagée réduira considérablement les poches vertes sur le site. Malgré une densification des stationnements, le modèle urbain du site reste basé sur la mise en avant d'un usage de la voiture avec encore de nombreux parking aérien.

5. Evaluation du coût du projet

Périmètre du projet soumis à évaluation socio-économique	Coût du projet TTC TDC valeur fin de chantier
Vannes 00 - Parking silo 1ère et 2ème phase	10 000 000,00 €
Vannes 01 - Opération PHARE	164 933 953,00 €
Vannes 02 - Pavillons historiques	1 896 149,00 €
Vannes 03 - Plateau technique médical rdc haut	69 800 000,00 €
Vannes 04 - Logistique Plateforme	21 591 637,00 €
Vannes 08 - VRD Energie PHASE 1	29 180 565,00 €
Sous-total périmètre instruction PHASE 1	297 402 304,00 €

Bâtiment PHARE

Le coût HT Travaux (hors VRD et Hélistation) s'élève à 96 226 600€ pour un coût TTC TDC en valeur finale de 164 933 953 €. Le niveau de définition des pièces techniques donne un objectif de précision des estimations d'environ 10%.

Le poids financier de l'opération caractérise presque la moitié de la Phase 1 du projet.

La consolidation des coûts doit continuer lors de la dernière phase d'instruction.

Certaines variables pourraient être affinées ou corrigées :

- Adaptation taux TVA sur l'assurance
- Quid du % OPC avec un marché inter-chantiers mais réhausse à voir par opération avec seulement 0,7%
- Quid du niveau de rendu pour l'indemnité du concours ? Plutôt élevé pour une Esquisse et à adapter si un changement de stratégie d'achat est opéré.
- La part d'aléas technique de 8% est forte pour un projet neuf additionnée au 3%+3% de tolérance
- Le taux de maîtrise d'œuvre semble légèrement sur évalué

Certains ratios coût travaux en €/HT/m² (secteur ambulatoire, tertiaire, logistique, circulations générales, locaux techniques) sont assez bas.

Plateau Technique Médical PTM

Le coût HT Travaux s'élève à 39 833 088€ pour un coût TTC TDC en valeur finale de 69 800 000€. Le niveau de définition des pièces techniques donne un objectif de précision des estimations d'environ 15%.

Le poids financier de l'opération représente plus de 20% du projet et mériterait d'être affiné.

Certaines variables pourraient être affinées ou corrigées :

- Les ratios des coûts travaux de rénovation en €/HT/m² semblent élevés
- Une indemnité de concours est provisionnée alors qu'un concours semble écarté. Il n'est pas précisé si un autre type de procédure permettant la fourniture d'un livrable est envisagée.

Pas de remarques particulières sur les opérations : Pavillons historiques, Logistique plateforme et VRD/Energie Phase 1.

Frais d'actualisation :

De manière générale, ces derniers devraient être plus détaillés (taux applicable par année apposé sur le planning utilisé) dans un souci de mise à jour durant la vie du projet. Les mises à jour entre planning et estimations est source d'erreur de lecture.

Sujétions techniques particulières :

Cette ligne embarque, selon la réponse du CHBA au CNIS à l'étape 2, des travaux prévisibles qui devraient être intégrés dans le programme de chaque opération et se recentrer ainsi sur une provision pour aléas.

Pour exemple, Il est clairement identifié la restructuration de l'entrée de l'hôpital dans le PTD du projet Phare et relevé comme faisant partie des sujétions techniques. Ce type de coûts prévisionnels devraient être intégrés une ou des lignes de travaux d'impact ou d'adaptation afin d'y apporter un montant estimatif défini au même titre que les autres besoins.

Parking à Silo

Le pré-programme du parking à SILO propose un principe de Conception-Réalisation-Exploitation sur 15ans avec un objectif de tarification « Participer au financement de la conception de l'ouvrage, réduisant ou portant à zéro une subvention d'équilibre par le CHBA. » ce qui ne justifie pas une mobilisation de 10M€ TTC TDC qui correspondrait donc à une subvention d'équilibre.

Les informations portées à connaissance ne sont pas claires. Le choix entre une DSP et un projet en maîtrise d'ouvrage et exploitation par le CHBA devra être clarifié, au-delà du montage opérationnel, que ce soit pour l'investissement initial à mobiliser ou que ce soit pour la sécurisation des recettes d'exploitation.

Les coûts estimatifs doivent encore être travaillés avec un travail spécifique sur les frais d'actualisation et les sujétions techniques.

Le manque de précision technique du PTM et de la plateforme logistique ne permet pas d'affiner les coûts travaux.

La même remarque peut s'appliquer aux coûts de la partie VRD / énergie.

La dilution du pilotage et des responsabilités entre plusieurs opérations pourrait avoir un impact important sur le montant global de la phase 1.

6. Recommandations

Recommandation n°1

Bien que la Phase 1 du SDI du CHBA ait du sens, il apparaît important de considérer la restructuration du Plateau Technique avec un besoin à stabiliser sur une phase ultérieure d'instruction afin de se concentrer sur les opérations du parking Silo, du bâtiment PHARE et de la plateforme pharmaco-logistique. Le regroupement de ces dernières, embarquant une partie de la restructuration urbaine et technique du site, permettrait de disposer d'une opération immobilière mieux maîtrisée par une maîtrise d'œuvre unique qui pourrait optimiser d'avantage l'enchaînement des opérations.

Recommandation n°2

Il est nécessaire à ce stade de détailler certains points afin de sécuriser le dossier comme :

- La valorisation foncière du secteur Est – Site de Vannes
- Le planning prévisionnel avec en particulier les démarches administratives, la coordination inter-opérations, les énergies, les réseaux

Recommandation n°3

Une réflexion sur la stratégie d'achat concernant la partie maîtrise d'œuvre devrait être mise en œuvre afin de faciliter la gestion des premières opérations tout en apportant une meilleure cohérence d'ensemble. La dilution du pilotage et des responsabilités entre plusieurs opérations pourrait avoir un impact important sur le montant global de la phase 1.

De même, il est important que le CHBA définisse une approche stratégique des entreprises de travaux basée sur la stratégie d'allotissement envisagée afin de conserver une attractivité forte et ainsi, une concurrence de qualité.

Recommandation n°4

Le travail sur la programmation technique doit se poursuivre et en particulier, sur le plateau Technique Médical, la Plateforme Pharmaco-Logistique et le Parking Silo ; ils devront évidemment être adaptés si la stratégie d'achat venait à évoluer. Un programme technique plus lisible devrait être produit pour la partie VRD et Pôle énergie.

Concernant le PTD de PHARE, le travail d'optimisation des surfaces doit continuer en particulier sur les locaux techniques et les circulations générales. Une réflexion est à continuer sur le positionnement de l'UHCD et l'efficacité de la MMG. Certains détails pourraient être améliorés comme la cohérence des prescriptions de l'hélistation, la description des espaces extérieurs du secteur FME et la description flux/organisation de l'imagerie.

Recommandation n°5

Bien que l'approche en termes de développement durable soit de qualité, elle mériterait d'évoluer pour être plus efficace avec :

- Une réflexion à pousser par le CHBA sur des labélisations ;
- La mise en place d'une mission d'AMO Commissionnement pour chaque opération ;
- La pleine intégration de la Loi APER.

Recommandation n°6

Les coûts estimatifs doivent encore être travaillés avec un travail spécifique sur les frais d'actualisation et les sujétions techniques.

Le manque de précision technique du PTM, de la plateforme logistique et de la partie VRD / énergie ne permet pas d'affiner les coûts travaux.

Documents étudiés

Etape 3 -20241220 Rapport CHBA CNIS SGPI
GHBA-avis COPIL 01_06_2023
GHBA-Avis étape 2 COPIL 30 05 2024
GHBA complément avis étape 2 COPIL 17102024

= RESE du projet
Avis successifs COPIL

SDI :

A2 SDIA-CHBA Consolid SDIA V1 - Ind D

Potentialités foncières :

A11 SDIA-CHBA-Analyse des potentialités foncières
A11 SDIA-CHBA-Valorisation foncière-programme de cessions AMI

Calendrier prévisionnel et état d'avancement du projet

A1 SDIA-Phasage des opérations
A1 SDIA-Planning consolidation_aout2024
A01 SDIA-Planning consolidation_juin2025
A14 SDIA-RC mission MOE SITE VANNES
A17 SDIA-Planning démarches administratives projets_DETAILLE
A17 SDIA-Planning démarches administratives projets_SYNTHESE
A16 SDIA-Missions_annexes et controles externes_SYNTHESE
A16 SDIA-Missions_annexes et controles externes_DETAILLE
A15 SDIA-Organisation MOA CHBA-DTA organigramme
A6 SDIA Op,ration SILO-Calendrier pr,visionnel DSP stationnement

Stratégie d'achat :

A02 CHBA-Consolid SDIA V9 - Ind C

Programmation Technique - Bâtiment PHARE :

A0 CHBA - PTD PROJET PHARE Tome 1 v0
A0 CHBA - PTD PROJET PHARE Tome 2 v0
A8 SDIA-FME-Justification dimensionnement consultations externes
A21 SDIA-RAPPORT FINAL PELAGOS_Faisabilité Hélistation_CHBA Vannes

Programmation Technique - Plateau Technique Médical PTM :

A3 SDIA Op,ration PTM-Pr,programme_juin2024

Programmation Technique - Plateforme Pharmaco-Logistique :

A4 SDIA-Op, PLT PHARMACOLOG-Pr,programme_sept2024
A4 CHBA Consolid SDIA V2 - Ind C – Diagnostic
A4 CHBA Consolid SDIA V2 - Ind C – Faisabilité

Programmation Technique - Parking SILO :

A6 SDIA Op,ration SILO-Pr,programme_sept2024
CHBA - CONCESSION stationnement - Projet de contrat V-30-01-25

Maintenance des installations et d'exploitation du bâtiment :

A2 CHBA Consolid SDIA V7a-exp-maint – IndC

Développement durable :

A18 CHBA Consolid SDIA V8 audit devdur - Ind B
A18 CHBA Politique Hopital Eco-Responsable - Janv2024
A19 SDIA-Etude des opportunités énergétiques du CHBA-072024
A19 SDIA-Etude d'approvisionnement énergies ENR-Etude Phase_2&3-042025

Flux, Mobilité & Stationnement :

A4 CHBA Consolid SDIA V2 - Ind C – Diagnostic
A4 CHBA Consolid SDIA V2 - Ind C – Faisabilité
A4 CHBA Consolid SDIA V2 - Ind C - Cartographie tous flux
A20 CHBA-Plan de Mobilité Employeur PME
A6 SDIA-CHBA Consolid Circulation, accès et stationnement
A5 SDIA-Evolution des flux et stationnements phasage
A5 SDIA-Evolution des flux et stationnements frise
A5 SDIA-Enjeux du plan de mobilité,

Evaluation du coût du projet :

A9 SDIA-CHBA-Consolid SDIA V1- Ind D - estimations financières

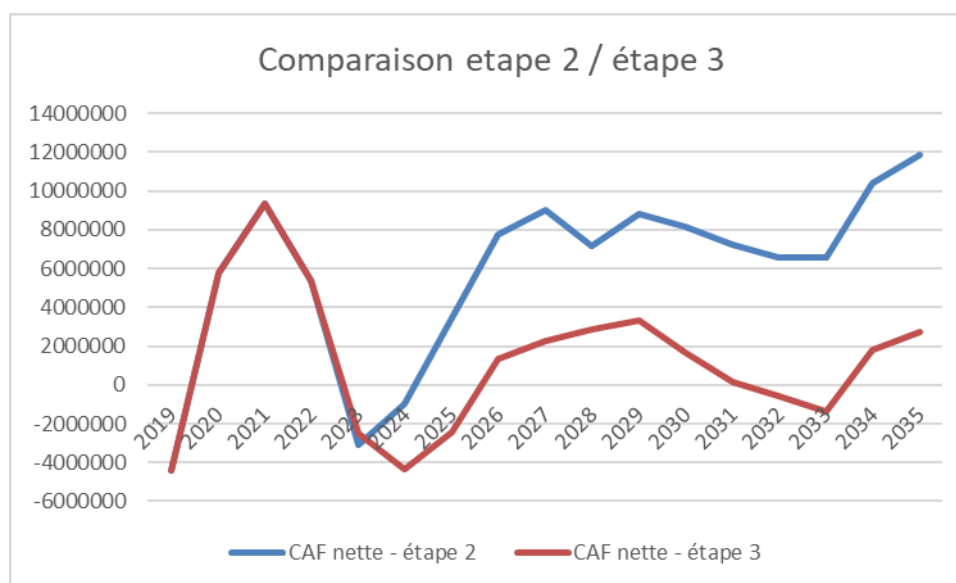
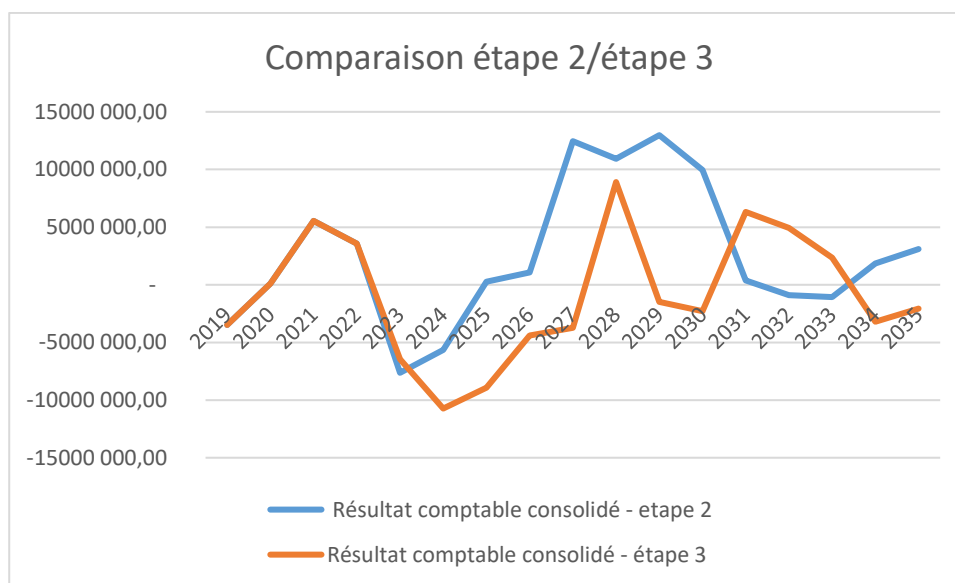
III. La soutenabilité financière du projet

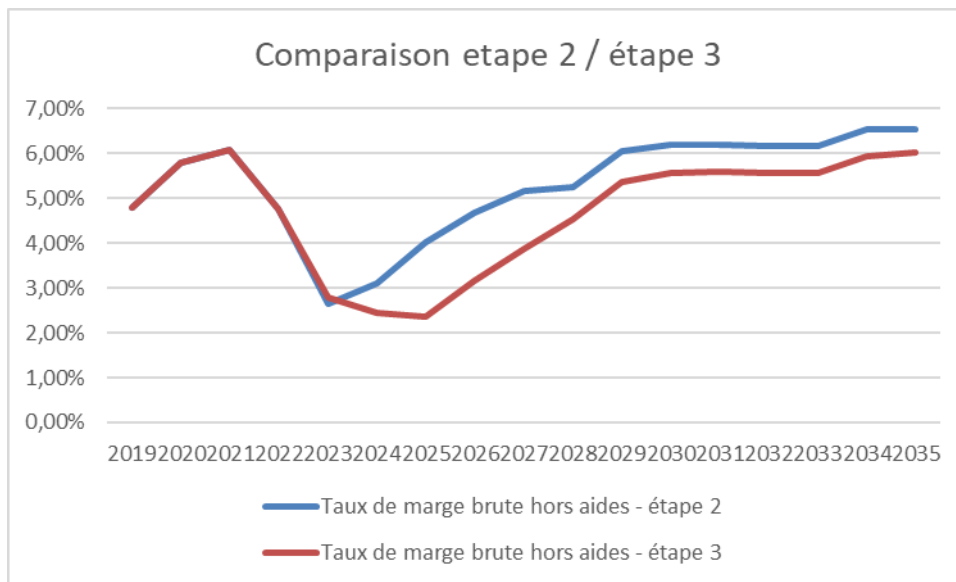
1. Une situation de départ détériorée

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Marge brute entité juridique hors aides	13 127 484	17 270 423	20 652 309	17 229 558	10 580 195	
Taux de marge brute entité juridique hors aides	4,78%	5,80%	6,07%	4,76%	2,78%	1,8%
Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)	-3 487 057	96 702	5 530 641	3 558 350	-6 451 996	-12 056 850
Résultat comptable consolidé en % des produits	-1,23%	0,03%	1,59%	0,96%	-1,66%	-2,9%
CAF nette	-4 400 023	5 771 811	9 336 653	5 382 922	-2 476 563	-6 246 000
taux de CAF nette	-1,6%	1,93%	2,74%	1,49%	-0,65%	-1,63%

1.1 Evolution de la situation depuis le passage en étape 2

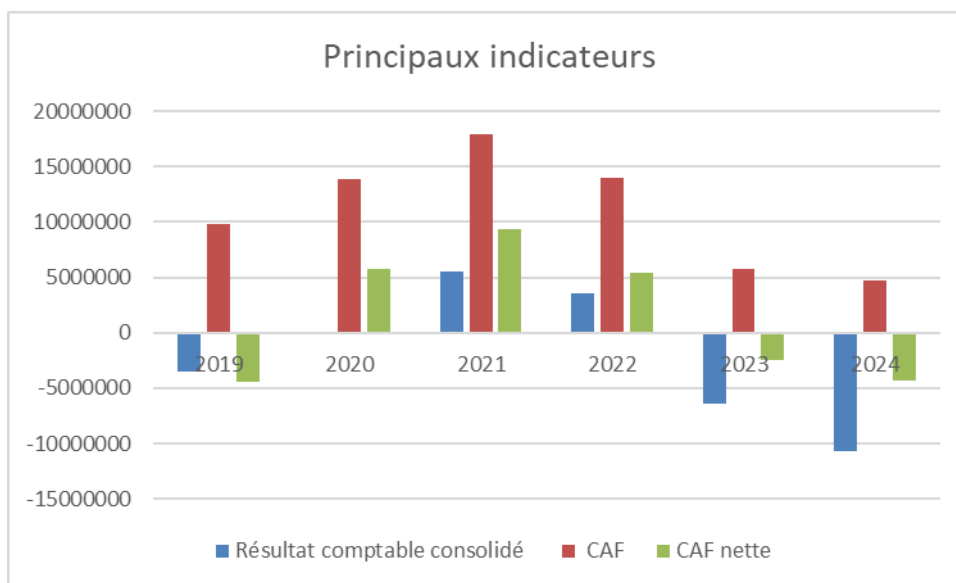
La situation financière de départ en étape 2 du COPIL CNIS, basée sur les données prévisionnelles de 2023, était déjà qualifiée de tendue tant sur la partie bilancielle qu'en exploitation. En effet, après une amélioration pendant et en sortie de crise sanitaire, le résultat et la marge de l'établissement ont nettement faiblis en 2023. C'est d'ailleurs ce que souligne la CRC dans son rapport récent « En dépit d'une activité médicale en progression, les résultats financiers du CHBA sont fortement dégradés. Ils dépendent pour une large part des aides de la tutelle, dont la pérennité n'est aucunement assurée compte tenu de l'ampleur des crédits fléchés comme non reconductibles ».



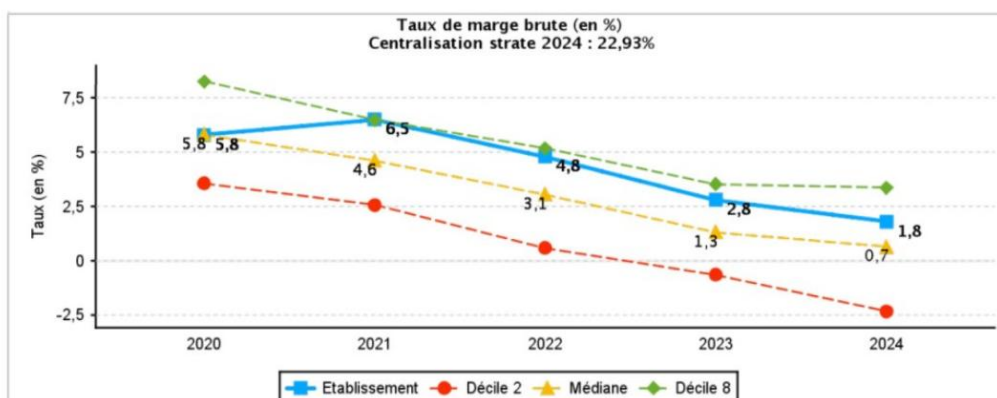


Le COPIL avait noté en étape 2 que lors de l’avis final, il serait attentif à l’évolution réelle de la marge brute au regard des prévisions présentées en étape 2 : il ressort une dégradation assez sensible du résultat, de la marge et de la CAF nette

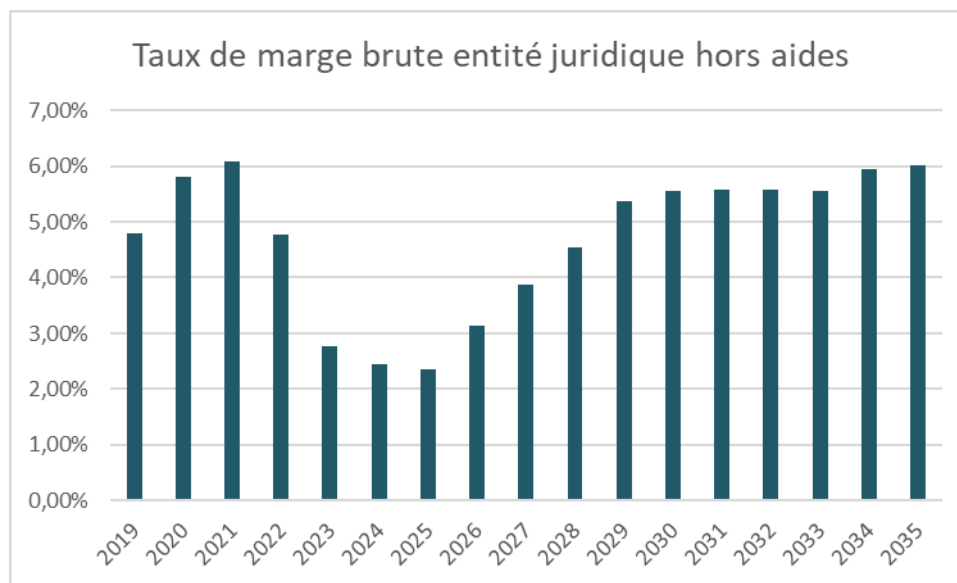
En effet, en 2024, le compte financier montre à nouveau une dégradation assez significative. Le CHBA s’approche d’un taux de déficit de 3% et sa CAF nette est négative ce qui induit un nécessaire recours à l’emprunt pour rembourser une partie de la dette et pour tout investissement, aucun autofinancement ne restant disponible pour le financer. Cette situation résulte d’une progression plus soutenue des dépenses, notamment de personnel (+5,6%) et de médicaments/DM (+6,9%) que de l’activité (+4,6%). Le taux de marge hors aide s’est finalement établi à 1,8% alors que la projection du PGFP partait d’un taux à 2,44% (et était même prévue à 3,09% en étape 2), dès lors la trajectoire sera dégradée d’autant.



Le graphique, fourni par l’établissement, montre bien la dégradation de la marge brute, celle-ci restant néanmoins au dessus de la médiane des établissements :



Conscient que cette détérioration et très péjorative à la veille d'un projet majeur d'investissement, le CHBA indique vouloir mettre en œuvre des mesures de redressement via un plan d'action performance complété d'actions de 4M€ pour retour à l'équilibre. Celui-ci sera indispensable compte tenu de la trajectoire d'amélioration nécessaire à la soutenabilité du projet :



1.2 Situation à mi 2025

La situation actualisée 2025 n'a pas été portée à la connaissance de la contre-expertise SGPI : il conviendra dès lors que, pour le passage en COPIL, l'établissement produise un PGFP actualisé des données les plus récentes 2025

Point d'attention :

Le point de départ financier de la grande opération d'investissement du CHBA est dégradé depuis 2 ans (2023 et 2024). La réalisation effective d'un plan de retour à l'équilibre et du RSI projeté est donc impérative, faute de quoi la soutenabilité du projet risque de ne pas être acquise.

Recommandation F1 :

L'établissement devra fournir un PGFP actualisé des données 2025 de sorte à voir si la trajectoire prévue en 2024 pour 2025 s'améliore ou se détériore

2. Coût et plan de financement du projet

2.1. Coût Global

Le coût global du projet est relativement stable entre les étapes 1, 2 et 3 du CNIS, pour rappel :

- Etape 1 CNIS : 504,1M€
- Etape 2 CNIS : 516,7M€
- Etape 3 CNIS : 521,2M€ dont 344M€ pour le sanitaire, 110M€ pour l'équipement courant et 67M€ pour le médico-social

Comme évoqué dans la partie immobilière, sur le bâtiment PHARE certains ratios coût travaux en €/m² sont assez bas mais ces coûts intègrent une part d'aléas technique de 8% qui est forte pour un projet neuf

additionnée au 3% de tolérance. Sur le plateau technique médical, les ratios des coûts travaux de rénovation en €/HT/m² semblent élevés. Le montant global n'apparaît donc pas sous-évalué.

Au sein de l'opération globale, il y a plusieurs phases à l'issue desquelles il serait possible de faire une « pause » et donc de ne pas poursuivre immédiatement la suite du chantier le temps, si le besoin s'en faisait sentir, de rétablir les équilibres du CH :

- Phase 1 (Vannes/Auray) : 317,8M€
- Phase 2 (SMR et ambulatoire BMC) : 44,2M€
- Phase 3 (médico-social) : 49 M€
- Il faut ajouter à ces 3 phases, un plan d'équipement de 110M€

La phase 1 est elle-même subdivisée en deux sous-phases (hors site d'Auray) :

- La construction d'une nouvelle opération neuve « PHARE » pour les Urgences et leur aval, l'imagerie et l'ensemble du pôle Femme Mère Enfant (FME) avec son plateau technique ; nécessitant des opérations préalables (construction d'un parking silo, construction d'une plateforme pharmacologique, restructuration des pavillons historiques pour y intégrer des activités d'interface Ville-Hôpital) pour 225,7M€
- La restructuration de certains des bâtiments existants qui devront être conservés, afin de reconstruire tout le plateau technique (PTM) pour 71,7M€

Par contre, le plan de financement présenté est global et embarque les 3 phases. Dans la réponse de l'établissement aux remarques du COPIL, l'établissement ne fournit pas de PGFP correspondant au strict périmètre de la phase 1, ce qui avait pourtant été un regret du COPIL mais donne les résultats de scénarios alternatifs.

Les durées d'amortissement sont conformes et n'appellent pas de commentaire.

Le taux de renouvellement de 2,5% des investissements courants est certes inférieur à la cible de 3% mais est justifié

2.2. Plan de financement :

Tableau de financement global (2024-2037)					
EMPLOIS	M€	%	RESSOURCES	M€	%
Investissements	551.2 M€		CAF	337 M€	
Remboursement de la dette	177.9 M€		Subventions et apports	78.9 M€	
			Emprunts	276.9 M€	
			Cessions	49 M€	
			Autres ressources (Ségu1)	15,8 M€	
TOTAL DES EMPLOIS	729.1 M€		TOTAL DES RESSOURCES	757.6 M€	
Apport en fonds de roulement	+28.5 M€		Prélèvement en fonds de roulement		

Le plan de financement du PGFP repose sur :

- Un montant d'aide Ségu2 de 65M€ par l'ARS qui a autorisé un versement des fonds en amont des travaux afin de retarder l'exposition à l'emprunt
- Un recours à l'emprunt à hauteur de 277 M€ (soit 50% du financement) ce qui implique des ratios d'endettement dégradés jusqu'en 2034 alors que la situation d'endettement de départ n'est pas favorable
- Une CAF qui représente 31% du financement et qui est basée sur un RSI ambitieux (voir ci-après)

Il n'a pas évolué depuis l'étape 2

2.2.1. *Concernant plus particulièrement l'endettement :*

A l'issue de l'exercice 2023, le centre hospitalier se positionnait défavorablement sur deux des trois indicateurs prudentiels définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, de telle sorte que son recours à l'emprunt est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS : le ratio

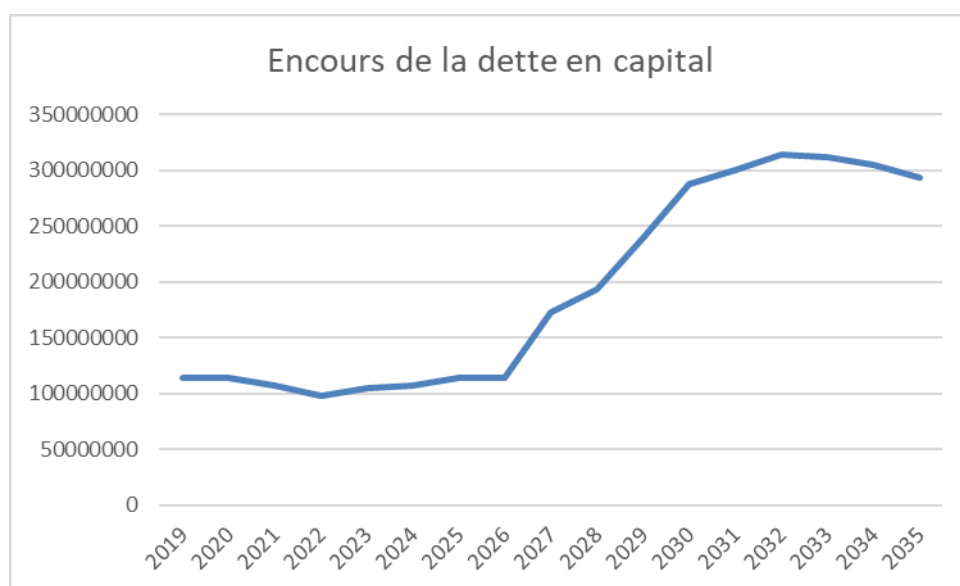
d'indépendance financière supérieur à 50 % (rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents) et la durée apparente de la dette (supérieure à 10 ans). » (Rapport CRC)

En €	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Emprunts & dettes financières (hors dépôts & cautionnements / ICNE)	114 633 010	114 239 723	114 140 462	106 828 405	98 235 028	104 979 325
CAF Brute	10 536 549	9 793 264	13 871 072	17 880 710	13 976 298	5 765 314
Durée apparente de la dette (en années) - Max : 10 ans (décret 14/12/2011)	10,9	11,7	8,2	6,0	7,0	18,2
Taux de dépendance financière - Max : 50% (décret 14/12/2011)	63,9%	65,5%	66,2%	55,3%	50,8%	53,0%
En-cours de la dette / Total des produits - Max : 30% (décret 14/12/2011)	42,3%	41,1%	37,7%	31,0%	26,6%	26,0%

Les ratios d'endettement actualisés 2024 sont les suivants :

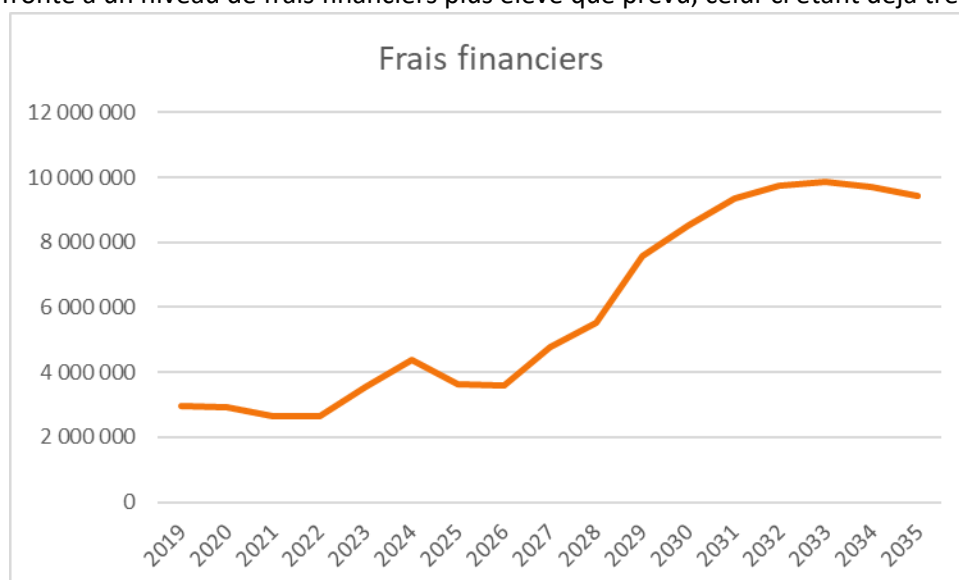
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Indicateurs patrimoniaux													
CNS - FRNG en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	24,85	29,44	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	25,49	31,97
CNS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,56 %	50,43 %	44,12 %	48,59 %	45,09 %	49,93 %	53,53 %	52,58 %	51,96 %	50,57 %	49,59 %
CNS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,20 %	23,46 %	21,82 %	30,61 %	32,00 %	42,03 %	50,77 %	50,64 %	51,61 %	49,96 %	48,12 %

La dette sera donc particulièrement difficile à supporter :



Par ailleurs, se posera la question d'une éventuelle difficulté à mobiliser des partenaires bancaires à cette hauteur compte tenu de la situation d'endettement initial. L'établissement indique avoir d'ores et déjà contacté la Banque des Territoires qui pourrait s'engager pour 140M€. Le reste du financement sera à aller chercher auprès des autres partenaires bancaires et via une émission obligataire

L'hypothèse pour l'emprunt d'une durée de 25 ans est un taux d'intérêt à 4% en 2024 puis à 3,5% de 2025 à 2027 puis 3% à partir de 2028 se situe plutôt en fourchette basse. L'établissement pourrait se trouver confronté à un niveau de frais financiers plus élevé que prévu, celui-ci étant déjà très haut :



2.2.2. Concernant les cessions

Le montant des cessions estimé est à un potentiel de valorisations de 48,7 M€

- AURAY : site KERIOLET = 2,5 M€ (A)
- VANNES : quartier EST = 38,2 M€ (B)
- VANNES : EHPAD Maison du lac = 8 M€ (C)

Il a été demandé à l'étape 2 de préciser le calendrier de cession et de le sécuriser :

Le CHBA a lancé une mission d'assistance à la valorisation foncière et financière du patrimoine hospitalier secteur EST. Ce travail de valorisation est en cours avec un consortium d'AMO sur le périmètre concerné par les cessions s'étendant sur 12 hectares de foncier et bâtis. Ces études ont pour objectif de préparer le montage d'un appel à manifestation d'intérêt courant 2026. Les études et premières approches de cessions foncières et potentialités du site ont été partagés et travaillé en concertation avec la ville de VANNES en cohérence avec le PLU et l'OAP spécifique sur le site.

Les domaines ont été questionné sur les valeurs de cessions sur cette base. La valeur reprise dans la trajectoire financière SDIA s'appuie sur les négociations foncières actuellement conclues avec la ville de VANNES dans le cadre des échanges fonciers au NORD du site (travaux du pôle d'échange multimodal en cours d'exécution).

Une délibération du conseil de surveillance établi la valeur du patrimoine foncier acheté par la ville de VANNES pour un montant de cession à 420 €/m²). Le prix de cession de 420 €/m² est entendu net vendeur, il n'a pas été prévu de modalité de revalorisation de prix.

Un protocole d'accord foncier avec la ville de VANNES (acquéreur de la parcelle concernée dans les échanges fonciers) est en cours de signature avec les notaires

Les montants de cessions ne sont sollicités que tardivement dans la trajectoire financière SDIA.

Sur la phase 1, l'apport des cessions est peu sollicité, 8 M€ en 2028. Le reste du montant des cessions seront à mobiliser en phase 2 à compter de 2031 pour un montant de 10 M€, 2032 pour un montant de 10 M€ et 2033 pour un montant de 10 M€.

Points d'attention

Sur le plan de financement, la partie « emploi » n'appelle pas d'alerte particulière, il y a même des facteurs prudentiels embarqués dans les hypothèses.

A contrario la partie « ressources » nécessitera d'être confirmée dans le temps sur 2 points :

- D'une part la capacité de l'établissement à remonter sa CAF compte tenu de la dégradation forte sur les 2 dernières années
- D'autre part la capacité de l'établissement à accéder à l'emprunt

Les ratios d'endettement sont à la limite des seuils en début de période et le demeurent jusqu'en 2029 mais deviennent dégradés à partir de 2030 jusqu'en 2033 sans que ce soit pour autant réhibitoire. La clause de revoyure à la fin de la phase 1 d'exécution du projet est impérative

3. Trajectoire financière et soutenabilité du projet

3.1. Hypothèses macro budgétaires

- Recettes

La croissance des recettes « T1 activité » repose sur

- Une croissance soutenue de l'activité basée sur un taux de croissance de 2,6% par an pour les patients de 75 ans et + et 0,8% par an pour les plus jeunes, soit au global 1,1%
 - Au global, la tendance des recettes GHS a été retenue à +2,1%
 - Charges :
 - Sur le Titre 1 des dépenses, l'hypothèse posée est à 2% ce qui est réaliste dans l'absolu, mais cette projection basse est ambitieuse compte tenu du trend historique dans l'établissement de progression de ces charges (entre 6 et 13%)
 - Sur le titre 2, l'établissement retient également 2% ce qui est volontariste compte tenu de l'évolution entre 7% et 10% des 5 dernières années
 - Sur le titre 3, l'hypothèse retenue n'appelle pas de commentaire particulier
- ⇒ L'impact du tendancier sur la marge s'élève donc à +6M€ ce qui est très élevé, a fortiori dans le contexte d'un ONDAM contraint. Dès lors l'établissement a accepté de réaliser un PGFP avec un impact ramené à 0 des hypothèses macro-budgétaires mais dans la même simulation les recettes des comptes de résultat annexes E et B ont été revalorisées de 2 à 5%. Dès lors, la situation ne serait que très légèrement dégradée par rapport à la situation projetée, décalant d'1 an l'amélioration des ratios :

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Indicateurs de performance du cycle d'exploitation								
CNIS - Taux de CAF Nette	1,46 %	- 0,64 %	0,65 %	1,95 %	2,88 %	3,02 %	2,70 %	2,82 %
CNIS - Taux de marge brute	4,65 %	2,78 %	3,00 %	3,53 %	4,16 %	4,62 %	4,69 %	5,47 %
Indicateurs patrimoniaux								
CNIS - FRNG en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	25,21	29,91	22,00	22,00	22,00
CNIS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,23 %	50,03 %	43,74 %	48,23 %	44,90 %	49,93 %
CNIS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,01 %	23,29 %	21,66 %	30,35 %	31,84 %	42,01 %

	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
	2,44 %	1,95 %	1,78 %	1,74 %	2,44 %	2,66 %	2,91 %	3,06 %
	5,61 %	5,58 %	5,56 %	5,54 %	5,90 %	5,85 %	5,80 %	5,75 %
	22,00	22,00	22,00	24,17	29,28	31,65	35,11	39,23
	53,75 %	53,05 %	52,68 %	51,43 %	50,60 %	48,77 %	46,77 %	44,59 %
	50,95 %	51,06 %	52,29 %	50,59 %	48,71 %	44,80 %	41,13 %	37,61 %

3.2. Impact des fiches actions

On retrouve le gain RSI concentré sur les principales fiches suivantes :

- Fluidifier le parcours patient, optimiser la gestion des lits et améliorer l'IP DMS : 4,1M€. Cette fiche paraît particulièrement ambitieuse. En effet, elle se base sur un gain de 5% de DMS, ce qui est en soit un premier défi considérant la tendance de l'IP DMS ces dernières années dans l'établissement (alors qu'il y avait une tension en lits), et ensuite mécaniquement sur une augmentation de 100 séjours de médecine induits par ces gains de lits alors qu'en parallèle 66 lits de médecine sont créés.
- Optimiser et digitaliser le parcours médico-administratif du patient : 2,8M€. Cette fiche repose pour partie sur une optimisation de la facturation des chambres particulières qui semble atteignable mais se base également sur une amélioration des financements via IFAQ ce qui n'est pas garanti dans le cadre de la réforme de ce financement
- Développer le plateau technique interventionnel et le bloc opératoire : 2,1M€. La méthodologie pour chiffrer le gain de marge en lien avec les nouvelles salles de bloc est très peu détaillée (cela avait déjà été noté en étape 2), dès lors, à l'instar de toutes les fiches « capacitaires » (voir infra), le gain calculé est possiblement optimiste

- Maitriser le cout de la suppléance du PNM : 1,9M€. Le risque social associé à cette fiche (réduction des heures supplémentaires) peut contre carrer son plein effet économique.
- Développer des prises en soins éco-responsables : 1,2M€. Cette fiche se base sur une réduction de 2% des dépenses de médicaments et DM ce qui peut paraître atteignable mais d'une part constituerait une vraie rupture de tendance compte tenu du trend historique :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Charges à caractère médical nettes des remboursements - Evolution n/n-1	-	7,41%	10,02%	9,06%	8,53%	6,89%

et d'autre part l'établissement signale dans sa réponse au SGPI que le plan d'action est encore en cours d'élaboration

- A celles-ci s'ajoutent les fiches qui fondent la marge sur une augmentation capacitaire pour un total de 3,2M€ (20 lits de médecine gériatrique pour 0,8M€, 16 lits de médecine polyvalente pour 1M€, 30 lits de médecine de spécialité pour 1,4M€). Les experts CSIS les ont validées car réalisées en cout complet néanmoins l'écart entre l'hypothèse d'augmentation des recettes d'activité T1 et les dépenses de T1 est beaucoup plus élevé (globalement les recettes sont supérieures de 50% par rapport aux dépenses de personnel) que l'écart T1/T1 historique du CHBA (qui oscille entre 18 et 25%), on peut donc penser que ces hypothèses sont en fourchette haute
 - Les autres fiches sont de plus faible impact ou n'appellent pas de commentaire particulier
- ⇒ Au global l'augmentation de la marge grâce au RSI est de 20,9M€ et à l'instar de ce qui avait été relevé par le CSIS, il est à noter qu'une part importante des fiches est à risque de réalisation partielle. Comme évoqué dans l'analyse capacitaire, autant l'augmentation capacitaire en lits est ambitieuse mais atteignable, autant l'armement de 9 salles est considérable
- ⇒ Par voie de conséquence, la marge donc la CAF serait amputée alors que cette source de financement est indispensable compte tenu du recours à l'emprunt qui ne peut pas être poussé plus loin

Points d'attention sur le RSI :

- Les hypothèses macro-budgétaires sont trop élevées et impliquent une bonne maitrise des charges sur la durée et une très forte dynamique d'activité
 - Certaines fiches actions du RSI reposent sur des hypothèses ambitieuses, dès lors la marge telle que projetée ne sera probablement que partiellement atteinte
- ⇒ L'opportunité de réinterroger l'ampleur des investissements du PGFP grâce au phasage du projet reste donc pleinement utile

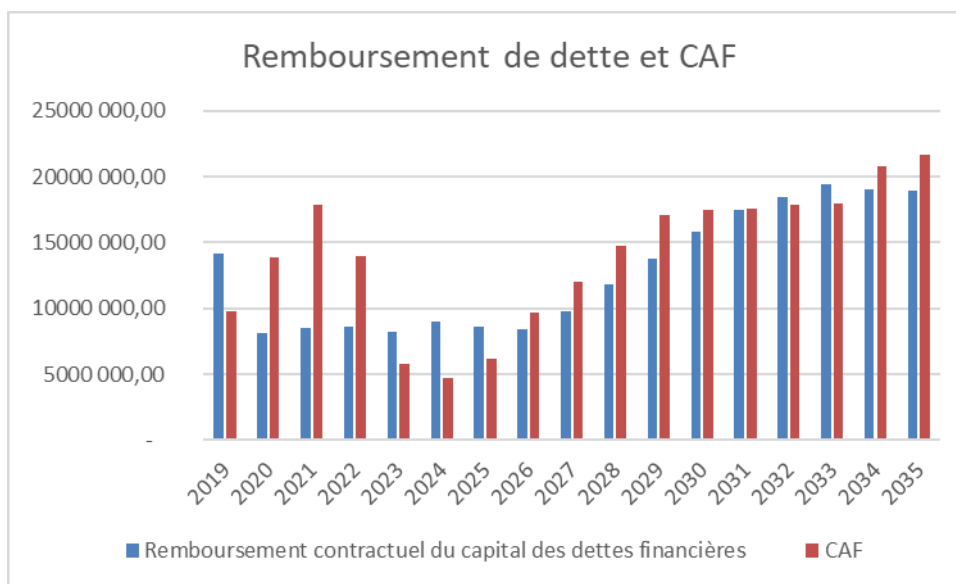
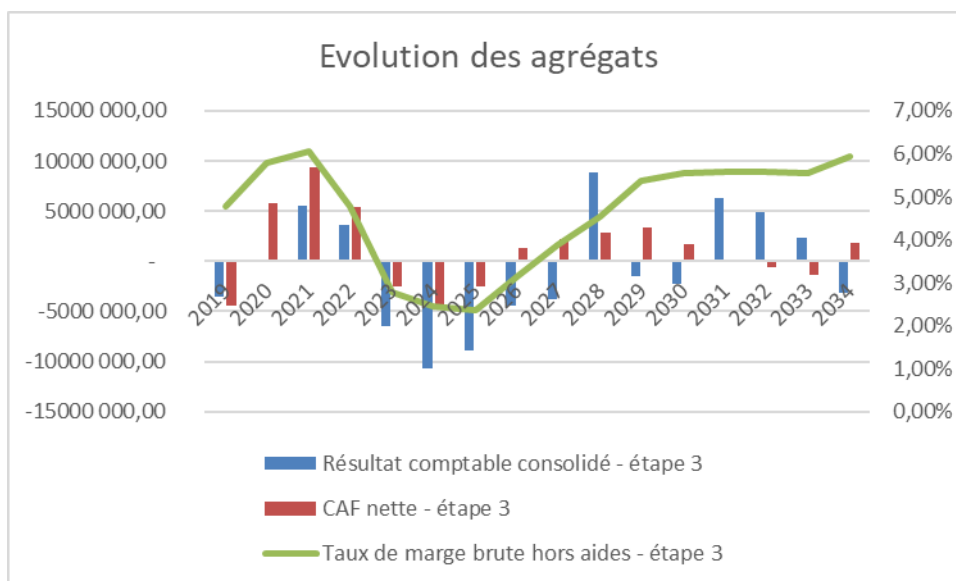
Recommandation F2 :

- Réaliser un « stress test », c'est-à-dire un nouveau PGFP qui d'une part soit actualisé des données 2025 et d'autre part embarque des gains de marge revus à la baisse de 50% pour les fiches RSI « Fluidifier le parcours patient, optimiser la gestion des lits et améliorer l'IP DMS », « Développer des prises en soins éco-responsables » et « Développer le plateau technique interventionnel et le bloc opératoire », soit – 3,7M€ de gains RSI

3.3. Evolution des grands indicateurs sur toute la période

Le PGFP, avec le RSI et les hypothèses macro-budgétaires, aboutit aux indicateurs suivants :

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Indicateurs de performance du cycle d'exploitation													
CNS - Taux de CAF Nette	1,46 %	- 0,64 %	0,50 %	1,86 %	2,84 %	3,04 %	2,77 %	2,96 %	2,64 %	2,21 %	2,08 %	2,07 %	2,78 %
CNS - Taux de marge brute	4,65 %	2,78 %	2,86 %	3,45 %	4,14 %	4,66 %	4,78 %	5,61 %	5,81 %	5,83 %	5,83 %	5,82 %	6,21 %
Indicateurs patrimoniaux													
CNS - FRNG en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	24,85	29,44	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	25,49	31,97
CNS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,56 %	50,43 %	44,12 %	48,59 %	45,09 %	49,93 %	53,53 %	52,58 %	51,96 %	50,57 %	49,59 %
CNS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,20 %	23,46 %	21,82 %	30,61 %	32,00 %	42,03 %	50,77 %	50,64 %	51,61 %	49,96 %	48,12 %



Le taux de marge brut hors aides s’améliore progressivement pour atteindre 3% en 2026 et 6% uniquement en fin de PGFP (2035) et il faut attendre 2028 pour un taux de CAF supérieur à 3%. Les ratios patrimoniaux sont, comme vu précédemment, tendus sur une durée importante du PGFP.

L’établissement parvient en fin de période à un taux de marge brute supérieur à 6% mais la situation ne se stabilise pas à l’équilibre, le taux de résultat oscillant entre -2% et +2% sur la période

Dès lors cette évolution n’appelle pas de remarques concernant la marge car elle est tout-à-fait favorable, le sujet porte plutôt sur la crédibilité des sous-jacents (voir recommandation F2 ci-dessus).

Par contre, la CAF peine à être positive et demeure insuffisante pour couvrir les investissements courants sur l’ensemble de la période

Le taux d’endettement est aggravé par rapport à l’étape 2 où le pic était atteint en 2032 avec 47%, il atteint désormais 51,61% en 2032 et ne rejoint pas un niveau conforme aux seuils prudentiels sur la période.

3.4. La maîtrise des risques

Facteurs prudentiels :

Le PGFP embarque certains éléments de prudence :

- Il n'a pas été anticipé de reflux des prix unitaires de gaz et d'électricité par rapport à 2023, ce qui est extrêmement prudentiel et dégage potentiellement 1,2M€ de bonification ce qui représente 0,3 point de marge brute.
- Il n'a pas été pris en compte d'impact favorable des réformes urgences ou SMR dans lesquelles le CHBA, aux dires de l'établissement, serait gagnant.
- Dans la projection financière transmise en étape 3, les surcoûts d'exploitation induits par la mise en service de l'EHPAD Maison du Lac ont pour conséquence une dégradation budgétaire du résultat des budgets E et B. Ce projet n'a pas encore été validé par le Conseil Départemental ; dès lors, la trajectoire de relèvement du tarif n'a pas été intégrée alors qu'en 2024, les tarifs pratiqués par le CHBA sont en moyenne inférieurs de 10 € par rapport à ce plafond. Il existe donc un potentiel de recettes qui viendra lisser les impacts des surcoûts d'exploitation de cette reconstruction qui concerne 180 lits.
- L'établissement n'a pas comptabilisé d'amélioration de son Besoin en Fonds de Roulement or il dispose d'une marge significative.

Ces facteurs prudentiels permettent d'assurer une marge de manœuvre partielle en cas de sous exécution du RSI

Facteurs non prudentiels :

A l'inverse, le paramètre des couts de déménagement et des pertes d'activités au moment de ces transferts n'a pas été intégré dans les hypothèses budgétaires. Dès lors, même si le phasage est étudié de sorte à limiter les pertes d'exploitation, l'établissement constatera de facto des charges supplémentaires et des pertes de recettes significatives sur les mois concernés.

Cette réserve n'est pas majeure.

3.5. Scénarios alternatifs - hypothèses basses limitées à la phase 1 et 2 ou à la seule phase 1

- Comme suite aux recommandations, l'établissement a travaillé sur un scénario limitant la charge d'investissement aux phases 1 et 2 et en renonçant à la reconstruction de l'EHPAD du Lac :

Ratio CNIS en cas de non-reconstruction de l'EHPAD Maison du Lac (Phase 1+2)														
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	
Indicateurs de performance du cycle d'exploitation														
CNIS - Taux de CAF Nette	1,46 %	0,64 %	0,50 %	1,86 %	2,84 %	3,04 %	2,77 %	3,04 %	2,87 %	2,61 %	2,58 %	2,65 %	3,44 %	
CNIS - Taux de marge brute	4,65 %	2,78 %	2,86 %	3,45 %	4,14 %	4,56 %	4,78 %	5,61 %	5,81 %	5,83 %	5,83 %	5,82 %	6,21 %	
Indicateurs patrimoniaux														
CNIS - FRNG en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	24,85	29,44	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	24,63	
CNIS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,56 %	50,43 %	44,12 %	48,59 %	45,34 %	49,19 %	52,11 %	50,85 %	49,80 %	47,29 %	45,04 %	
CNIS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,20 %	23,46 %	21,82 %	30,61 %	32,00 %	40,03 %	46,53 %	45,25 %	45,07 %	41,99 %	38,94 %	
Evolution de la durée apparente de la dette														
2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
7,03	18,21	9,3	6,09	4,72	6,13	6,45	7,22	8,25	8,26	8,21	7,52	6,3	5,67	5,09

Cet allègement partiel de la charge d'investissement améliore la situation en termes d'indicateurs patrimoniaux à partir de 2029. Le taux d'endettement continue de dépasser très significativement le seuil des 30% sur 2027/2034 mais l'indépendance financière est un peu moins dégradée. Evidemment ce scénario présente les inconvénients en lien avec la non réalisation des investissements : grande vétusté maintenue dans l'EHPAD et maintien d'une non-conformité et renoncement à la recette de 8M€ liée à la vente de l'ancien EHPAD

- Le CHBA a également réalisé un PGFP qui se concentre sur le strict périmètre de la phase 1 :

Ratios CNIS si seule la phase 1 est réalisée														
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	
Indicateurs de performance du cycle d'exploitation														
CNIS - Taux de CAF Nette	1,46 %	0,64 %	0,50 %	1,86 %	2,84 %	3,04 %	2,77 %	3,05 %	2,97 %	2,83 %	2,93 %	3,07 %	3,87 %	
CNIS - Taux de marge brute	4,65 %	2,78 %	2,86 %	3,45 %	4,14 %	4,66 %	4,78 %	5,61 %	5,81 %	5,83 %	5,83 %	5,82 %	6,21 %	
Indicateurs patrimoniaux														
CNIS - FRNG en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	24,85	29,44	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	32,30	39,25	
CNIS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,56 %	50,43 %	44,12 %	48,59 %	45,34 %	48,99 %	50,83 %	48,50 %	46,23 %	43,17 %	40,68 %	
CNIS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,20 %	23,46 %	21,82 %	30,61 %	32,00 %	39,72 %	44,24 %	41,33 %	39,37 %	36,11 %	33,36 %	
Evolution de la durée apparente de la dette														
2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
7,03	18,21	9,3	6,09	4,72	6,13	6,45	7,16	7,78	7,42	6,98	6,27	5,25	4,71	4,23

Ce scénario permet de conserver sur quasiment toute la durée du PGFP deux ratios sur trois en dessous des seuils et donc est plus rassurant. Il faudrait impérativement suivre à minima ce schéma : dérouler la phase 1 uniquement et s'interroger au moment du lancement de la phase 2 (soit en 2028) sur la capacité ou non de l'établissement à la supporter. En cas de non réalisation de la phase 2, un travail devra être mené avec l'ARS pour assurer la réponse territoriale aux besoins en SMR.

- Une hypothèse encore plus prudentielle serait de se limiter dans un premier temps à la construction de PHARE (et opérations afférentes) et introduire une clause de revoyure avant le Plateau Technique Médical (70M€) :

VANNES		
PHASE 1	Vannes 00 - Parking silo 1ère et 2ème phase	10 000 000,00 €
	Vannes 01 - Opération PHARE	164 933 953,00 €
	Vannes 02 - Pavillons historiques	1 896 149,00 €
	Vannes 03 - Plateau technique médical rdc haut	69 800 000,00 €
	Vannes 04 - Logistique Plateforme	21 591 637,00 €
	Vannes 08 - VRD Energie PHASE 1	29 180 565,00 €
	Sous-total périmètre instruction PHASE 1	297 402 304,00 €
	Auray 02 - Restructuration PRATEL	2 470 000,00 €
Auray 03 - EHPAD	18 000 000,00 €	
Sous-total PHASE 1	317 872 304,00 €	

Point d'attention :

Comme à l'issue de l'étape 2, le levier principal de sécurisation est la possibilité de s'arrêter en fin de phase 1, néanmoins, force est de constater qu'à l'issue de cette phase la situation du CHBA, si le RSI et le plan de retour à l'équilibre n'ont pas été suivis d'effet, pourrait être extrêmement dégradée.

Recommandation F3 :

La clause de revoyure en 2028 avant lancement de la phase 2 est indispensable. Il serait même plus prudent d'introduire une première clause de revoyure entre la construction du bâtiment PHARE et la rénovation/reconstruction du Plateau Technique Médical.

Conclusion - Retour sur les attendus du COPIL étape 2

Attendu 4 : « Consolider le plan de financement du projet »

- Sécuriser les produits de cessions dont le calendrier doit être compatible avec le plan de décaissement

Le travail de sécurisation est en cours via un recours à une mission d'assistance à la valorisation foncière et financière, par ailleurs des négociations foncières sont entamées avec la ville de Vannes. La valorisation foncière du secteur Est faite sous format d'Appel à Manifestation d'Intérêt est donc intéressante mais ne présente pas une construction assez définie pour valider les chiffres avancés.

Ceci étant, concernant le calendrier, sur la phase 1, l'apport des cessions n'est sollicité qu'à hauteur de 8M€, dès lors cela est peu significatif considérant les montants en jeu.

- Présenter la stratégie envisagée pour sécuriser la levée de fonds nécessaires à l'emprunt au regard de la part importante du financement par la dette du projet

Le CHBA a bien développé sa stratégie de financement : 40% de la réponse au besoin de financement sera assuré par la banque des territoires qui a donné un accord de principe. Pour les 60% autres, l'établissement aura recours aux banques de la place et à une émission obligataire. La stratégie est crédible mais bien sûr les réponses bancaires dépendront de la concrétisation de l'amélioration projetée de la situation financière. Si la CAF ne s'améliore pas, celles-ci pourraient être réticentes à répondre à une consultation émise par l'établissement

Attendu 5 – Présenter une nouvelle trajectoire financière intégrant le coût du projet fiabilisé

- En cas de dégradation des indicateurs financiers actuels dans la nouvelle trajectoire, renforcer le plan d'efficience présenté par des mesures complémentaires permettant le retour au niveau des cibles projetées en étape 2

Les indicateurs financiers 2023 et 2024 ont été plus mauvais qu'anticipés en étape 2.

Le plan d'efficience a légèrement évolué entre l'étape 2 et l'étape 3 :

Les hypothèses macro-budgétaires conduisaient à générer un effet positif sur la marge de 4,1M€ dans la version étape 2, elles génèrent désormais un effet positif de 6M€ : cette augmentation n'étant pas crédible, l'établissement a accepté de réaliser un PGFP alternatif en les revoyant à la baisse mais en réhaussant la situation des budgets annexes.

Le plan d'efficience générerait 19M€ d'effet positif en étape 2, il génère désormais 20,9M€ avec une fiche plus développée sur l'éco-soins mais qui reste non aboutie. Par contre le niveau de risque déjà noté à l'étape 2 reste le même, les fiches avec l'impact le plus fort sont très ambitieuses et présentent une probabilité élevée de réalisation partielle

- Si ces mesures complémentaires n'étaient pas mobilisables ou suffisantes pour résorber les écarts à la cible, préciser les modalités et conséquences de la révision des phases ultérieures du projet

L'établissement a scindé le projet en trois phases :

- Phase 1 (Vannes/Auray) : 317,8M€
- Phase 2 (SMR et ambulatoire BMC) : 44,2M€
- Phase 3 (médico-social) : 49 M€

Dans sa réponse au COPIL CNIS, l'établissement évoque principalement le fait de supprimer la phase 3 ce qui allègerait partiellement le plan d'investissement sans impact sur le plan d'efficience et permettrait d'amorcer un désendettement en 2032 et une amélioration des ratios comme suit :

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Indicateurs de performance du cycle d'exploitation													
CNIS - Taux de CAF Nette	1,46 %	0,84 %	0,50 %	1,86 %	2,84 %	3,05 %	2,77 %	3,01 %	2,88 %	2,66 %	2,65 %	2,71 %	3,48 %
CNIS - Taux de marge brute	4,65 %	2,78 %	2,68 %	3,45 %	4,14 %	4,66 %	4,78 %	5,61 %	5,81 %	5,83 %	5,83 %	5,82 %	6,21 %
Indicateurs patrimoniaux													
CNIS - FRING en jours de charges courantes	34,43	25,18	22,00	24,85	29,46	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	24,80
CNIS - Indépendance financière	49,87 %	53,64 %	54,56 %	50,43 %	44,12 %	48,59 %	45,97 %	49,63 %	52,13 %	50,92 %	49,87 %	47,70 %	45,37 %
CNIS - Taux endettement	26,63 %	27,05 %	25,20 %	23,47 %	21,82 %	30,60 %	32,59 %	40,31 %	46,09 %	44,73 %	44,27 %	41,57 %	38,38 %

Mais, considérant l'amélioration marginale, il semble important d'envisager de pouvoir renoncer également à la phase 2 même si évidemment cela nuira à la cohérence globale de l'ensemble de l'opération et entrainera de moindres gains d'efficience. L'établissement en a conscience et le propose dans son rapport socio-économique comme hypothèse basse. Il faudra également introduire une clause de revoyure au sein de la phase 1

Éléments de conclusion

La situation de l'endettement du CHBA reste préoccupante. Cette inquiétude s'accroît d'autant plus avec la situation d'exploitation de départ (2024) qui s'est dégradée depuis les étapes 1 et 2, détériorant de fait la marge brute et par voie de conséquence **la capacité d'autofinancement de l'établissement qui est trop faible pour supporter la charge de la dette**

Le phasage proposé par l'établissement est indispensable et il sera important de mettre **une clause de revoyure exigeante pendant le déroulé de la phase 1 et avant le démarrage de la phase 2** en 2028/2029.

Pour ce qui concerne la stricte réalisation du périmètre « phase 1 », l'investissement reste conséquent (318M€ hors investissement courant) et dès lors il conviendra d'être particulièrement **vigilant au respect du RSI et mesures complémentaires permettant un retour à l'équilibre**. Si tout se déroule selon les hypothèses de l'établissement, avec la seule phase 1, le projet est soutenable mais cette soutenabilité est pour partie basée sur des sous-jacents (fiches RSI) ambitieux. Par voie de conséquence **il est recommandé à l'établissement de réaliser un stress test de sorte à consolider, ou non, la soutenabilité financière en cas de réalisation partielle des objectifs d'activité notamment.**

Recommandation F1 :

Fournir un PGFP actualisé des données 2025 de sorte à voir si la trajectoire prévue en 2024 pour 2025 s'améliore ou se détériore

Recommandation F2 :

Réaliser un « stress test », c'est-à-dire un nouveau PGFP qui d'une part soit actualisé des données 2025 et d'autre part embarque des gains de marge revus à la baisse de 50% pour les fiches RSI « Fluidifier le parcours patient, optimiser la gestion des lits et améliorer l'IP DMS », « Développer des prises en soins écoresponsables » et « Développer le plateau technique interventionnel et le bloc opératoire », soit – 3,7M€ de gains RSI

Recommandation F3 :

Confirmer la clause de revoyure en 2028 avant lancement de la phase 2 et même introduire une première clause de revoyure entre la construction du bâtiment PHARE et la rénovation/reconstruction du Plateau Technique Médical

Conclusion

Les experts qui ont travaillé sur ce dossier tiennent à souligner la qualité des documents transmis, la complétude et la pertinence des éléments communiqués.

Comme annoncé en préambule, le périmètre de l'expertise a essentiellement concerné les deux principales opérations du Schéma Directeur Immobilier et Architectural ; la création du bâtiment Phare et la restructuration du Plateau Technique qui constituent l'épicentre du projet médico-soignant du CHBA.

Ce projet très ambitieux, d'un montant de 521 M€, répond à un double objectif ; d'une part moderniser des structures devenues vétustes ou inadaptées aux standards les plus récents d'hospitalisation et de prise en charge des patients et d'autre part permettre le développement d'activités nouvelles en desserrant la saturation actuelle du capacitaire du CHBA.

Ce projet de construction et de rénovation lourde en site occupé, par nature complexe, a pour socle une transformation de l'offre de soins et une évolution du capacitaire qui apparaissent adaptées et pertinentes. Le volet relatif au dimensionnement du futur Plateau Technique doit néanmoins être complété.

La présente expertise soulève toutefois des réserves concernant le phasage global du volet immobilier et technique mais également et surtout un point d'alerte concernant la soutenabilité financière du projet.

Les **recommandations** concernant **l'offre de soins et le capacitaire** qui peuvent être formulées à ce stade sont les suivantes :

- ✚ Assurer un suivi à l'échelon régional de l'évolution des données populationnelles ayant servi de support aux projections d'activité et au calibrage capacitaire.
- ✚ Assurer un suivi à l'échelon régional de l'évolution des parts de marché et de l'activité du CHBA compte tenu du contexte concurrentiel constaté sur le territoire de santé mais également en raison des hypothèses d'évolution d'activité qui apparaissent optimistes.
- ✚ Prévoir une clause de revoyure et un pilotage régional spécifique du dimensionnement du futur Plateau Technique, dont l'intérêt est indiscutable mais dont l'ampleur pose question.

Concernant la **faisabilité immobilière et technique** les observations portent essentiellement :

- ✚ Sur l'aboutissement de certains points sécurisant le projet comme valorisation foncière du secteur Est – Site de Vannes, la planification, le travail de programmation technique, l'approche en termes de développement durable ou l'évaluation financière
- ✚ Sur le phasage des sous-opérations du parking Silo, du bâtiment PHARE et de la plateforme pharmaco-logistique.
- ✚ Sur la stratégie d'achat globale dans un but de cohérence technique et architecturale mais aussi pour sécuriser techniquement et financièrement les opérations.

La synthèse de l'**analyse de la soutenabilité financière** fait ressortir les éléments suivants :

- ✚ Une situation initiale dégradée qui, malgré une bonne dynamique d'activité, est caractérisée par une forte dégradation des indicateurs de performance et une CAF insuffisante pour couvrir la charge de la dette. L'établissement devra fournir un PGFP actualisé des données 2025 de sorte à voir si la trajectoire prévue en 2024 pour 2025 s'améliore ou se détériore
- ✚ La mise en œuvre impérative d'un plan de retour à l'équilibre
- ✚ La nécessité de confirmer la partie « ressources » du plan de financement
- ✚ Si la soutenabilité financière du projet est démontrée dans le PGFP, celui-ci repose toutefois sur des hypothèses ambitieuses qu'il conviendrait de « stresser ». Il est par ailleurs impératif de planifier une clause de revoyure relative au PGFP au cours de la phase 1