



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre hospitalier régional d'Orléans – construction du Nouvel Hôpital d'Orléans (Département du Loiret)

Exercices 2011 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 14 novembre 2019.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
1 LA RÉALISATION DE L'OPÉRATION DE RECONSTRUCTION ET SON BILAN PROVISOIRE.....	11
1.1 Des marchés pas encore tous soldés	11
1.1.1 Les marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage	11
1.1.2 Le marché de maîtrise d'œuvre	11
1.1.3 Les marchés de travaux	11
1.2 Le bilan provisoire de l'opération de reconstruction	13
1.2.1 Un dimensionnement et des coûts maintenus malgré les demandes de la tutelle	13
1.2.2 Au 1 ^{er} février 2019, un bilan financier prévisionnel passé à 670 M€	14
1.2.3 Un coût total de l'opération estimé à 930 M€ dont 77 % subventionnés	15
1.2.4 La nécessité de dégager une capacité d'autofinancement <i>a minima</i> de 31 M€ par an à partir de 2029 pour rembourser la dette	17
1.2.5 Un niveau élevé des aides régionales versées au CHRO	18
2 LE BILAN ÉCONOMIQUE PROVISOIRE DE L'OPÉRATION.....	19
2.1 Un surdimensionnement manifeste.....	20
2.1.1 Un projet d'investissement fondé sur des prévisions d'activité démenties avant même l'engagement des marchés de travaux.....	20
2.1.2 Un bilan de la progression en volume de l'activité en demi-teinte.....	21
2.1.3 Le NHO n'a pas permis de gagner des parts d'activité sur la concurrence	22
2.1.4 L'objectif de développement d'une filière gériatrique n'est pas atteint	25
2.2 Le regroupement sur un seul site n'a que partiellement amélioré l'efficacité économique des activités	29
2.2.1 La performance médicale reste perfectible	29
2.2.2 Des taux d'occupation insuffisants	30
2.2.3 Le bilan des forces et faiblesses souligne l'absence de méthode pour construire le nouvel hôpital d'Orléans.....	32
2.3 En conséquence, la situation financière s'est détériorée.....	38
2.3.1 Le fonctionnement reste dépendant des aides de la tutelle	38
2.3.2 Les perspectives dressées par l'établissement sont inquiétantes	39
2.3.3 Le niveau d'endettement place l'établissement dans une situation de dépendance des aides très élevées	40
3 CONCLUSION	42
ANNEXES	43

SYNTHÈSE

La chambre a contrôlé l'opération de reconstruction du centre hospitalier régional d'Orléans qui a permis de regrouper les services de soins sur un seul site et de les moderniser, ainsi que son impact sur sa situation économique.

Initialement associée à une baisse du nombre de lits autorisés, l'opération s'est accompagnée d'une augmentation de près de 30 % du nombre de lits et places installés par rapport aux capacités des deux sites précédents (Porte Madeleine et La Source). Leur nombre passe ainsi de 926 lits et places en 2002, à 1 003 en 2004 puis à 1 185 en 2009.

La surface intérieure a augmenté de deux-tiers. La hausse des locaux dédiés aux soins, que la direction de l'hôpital justifie notamment par l'accroissement du nombre de chambres à un lit, est de 32 %. Si les surfaces affectées aux services administratifs ont été rationalisées avec une diminution de 19 %, celles dédiées aux circulations générales et locaux techniques ont plus que doublé. Tout cela aboutit à un surdimensionnement de l'équipement au regard des besoins, notamment en raison du développement de l'ambulatoire.

Cette dérive apparaît comme la conséquence du soutien financier exceptionnel dont a bénéficié cette opération, subventionnée à hauteur de 77 % du coût total de 930 M€, toutes dépenses et frais financiers inclus. L'hôpital a, de plus, sollicité une majoration définitive de sa dotation de près de 34 M€ par an, soit deux tiers supplémentaires, de façon à mener « le plus grand chantier hospitalier de France » et « le plus grand chantier public jamais mené à Orléans ». Pour autant, le projet n'était pas véritablement abouti, notamment en termes d'activité et de capacité cibles.

Le CHRO n'est pas aujourd'hui à même d'établir un bilan technique, financier et économique d'une opération dont le montant total approche le milliard d'euros. Or, aujourd'hui comme hier, aucune organisation ne déciderait d'un investissement dont le coût total représente près de deux ans et demi de chiffre d'affaires et engage le travail de plus de 4 300 salariés, sans bâtir avec le plus grand soin un plan d'affaires (« *business plan* »). Cette règle de bonne gestion commune à tous les investisseurs aurait dû d'autant plus s'appliquer que le financement est assuré par des contributions publiques.

L'agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire, alors nouvellement mise en place, avait pourtant exigé, dès 2011, un audit du plan global de financement pluriannuel. Mais celui-ci s'est heurté à l'incompréhension de la communauté hospitalière, avant tout soucieuse de maintenir l'objectif de regroupement des services de soins et insuffisamment informée par des rapports aux conseils d'administration peu nourris. Tout au moins, cet audit a-t-il permis d'améliorer le projet d'organisation des unités de soins dans le futur hôpital.

Le centre hospitalier dispose aujourd'hui d'un atout non négligeable : une productivité satisfaisante de son personnel. Le pilotage prudent des ressources humaines depuis 2011, avec certes pour corolaire un important volant d'agents sous contrats à durée déterminée, lui a permis d'adapter ses effectifs à son activité.

La chambre observe cependant que la stratégie défensive actuelle de contractions successives des effectifs et du nombre de lits et places ouverts, malgré une amélioration ces trois dernières années, n'est pas encore suffisante pour garantir un retour pérenne à l'équilibre financier. Cette analyse s'appuie sur plusieurs éléments. Tout d'abord, la situation sanitaire de

la région Centre-Val de Loire se caractérise par la perte chaque année de plus de 60 000 séjours hospitaliers en direction de Tours ou des régions voisines. Cette porosité constitue un frein au développement des activités hospitalières de proximité comme de recours. Elle est aggravée, s'agissant du centre hospitalier d'Orléans, par l'importance des échanges avec la région Île-de-France et la forte concurrence privée locale sur les activités de soins, de soins de suite et de réadaptation.

L'hôpital comptait, et compte toujours, sur des décisions à venir de restructuration de l'offre de soins environnante pour capter davantage d'activité. Mais cette perspective semble s'éloigner car la nouvelle stratégie nationale (2018-2022) fait le choix de garantir l'accès à une offre de santé adaptée au plus près du domicile. Pour autant, la mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourrait ouvrir des opportunités permettant au CHRO de jouer son rôle d'établissement territorial et régional.

Son projet de plan de retour à l'équilibre ne comporte aucune mesure permettant de réduire les charges de structure du nouvel hôpital d'Orléans (NHO) en ne traitant pas la cause des difficultés actuelles qui provient principalement de son surdimensionnement qui pèse de façon disproportionnée sur le coût d'exploitation des lits et places et donc sur la situation financière d'ensemble.

Un redressement durable des comptes du CHRO nécessite, d'abord, qu'il améliore sa performance économique, ensuite, qu'il assume son rôle de recours en s'ouvrant davantage sur le réseau départemental d'hôpitaux, enfin, qu'il renoue avec sa stratégie initiale de modernisation de l'offre de soins mais associée à une révision à la baisse des infrastructures. Cela permettrait d'optimiser la part utile de l'équipement construit et d'en externaliser l'autre part. La chambre formule cinq recommandations en ce sens. L'établissement doit dégager les marges nécessaires à son équilibre financier à l'achèvement de l'opération (la déconstruction de l'ancien hôpital de La Source doit encore être menée à terme) en anticipant dès à présent la fin des aides prévue en 2028.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Mener, avec l'ensemble des acteurs du système de santé régional, une étude de marché pour agir sur les déperditions actuelles au profit des régions voisines. L'enjeu est de pouvoir chiffrer des perspectives d'évolution de l'activité pour regagner une part des 63 000 séjours perdus annuellement.

Recommandation n° 2 : Réaliser une analyse médico-économique pour définir des objectifs d'activité cohérents avec l'environnement territorial, la stratégie nationale de santé (gradation de l'offre sanitaire) et les capacités de production de soins des équipes médicales œuvrant au sein du CHRO. L'enjeu est de bâtir des objectifs d'activités et d'évolution des besoins en mètres carrés, lits et places, économes en utilisation d'infrastructures.

Recommandation n° 3 : Auditer l'équipement réceptionné afin d'identifier les réorganisations possibles des espaces en optimisant ceux affectés aux soins et à la gestion. L'enjeu est d'identifier des étages voire des bâtiments qui pourraient être désaffectés et dont l'externalisation pourrait alléger les charges de structure (location à des activités sanitaires ou tertiaires, cessions...).

Recommandation n° 4 : En vue de l'achèvement de l'opération, provisionner la déconstruction de l'ancien hôpital de la Source (coût prévisionnel de 32 M€) selon les modalités prévues par l'instruction M21.

Recommandation n° 5 : Fixer un objectif de marge brute d'exploitation (hors aides) suffisant pour assurer à la fois l'amortissement de la dette et le financement de l'investissement courant en anticipant dès à présent la fin de l'aide nationale à l'investissement en 2028. Si l'établissement souhaitait continuer à raisonner en résultat comptable et non en capacité d'autofinancement nette hors aides, il doit dégager les résultats permettant d'apurer les déficits cumulés (- 104 M€ à fin 2017 après affectation des résultats) et revenir à une trésorerie nette équilibrée non sur les cinq prochaines années mais sur l'intégralité de sa durée prévisionnelle d'exploitation.

INTRODUCTION

Le centre hospitalier régional d'Orléans¹ (CHRO) est le deuxième établissement de santé de la région Centre-Val de Loire, après le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours.

À compter du 19^e siècle, l'hôpital d'Orléans s'est progressivement constitué sur le site de la Porte Madeleine. Dans les années 1970, sa reconstruction intégrale avait été prévue sur le site d'Orléans La Source. Cependant, seule la première phase a été réalisée avec la construction d'un bâtiment accueillant une partie des services, l'autre continuant à fonctionner en centre-ville.

La communauté hospitalière était restée très attachée à retrouver un fonctionnement sur un seul site. Sur la base d'une étude réalisée en 2002², le conseil d'administration, par deux délibérations successives, avait proposé la reconstruction complète d'un nouvel hôpital sur le site de La Source. Mais ces propositions furent refusées en l'absence, dans le dossier requis par le code de la santé publique de l'époque, de toute étude d'implantation et de toute étude des coûts induits par l'opération aussi bien en investissement qu'en exploitation.

Par la suite, le projet a évolué jusqu'au lancement des marchés de travaux, ainsi que résumé dans le tableau n° 1 et décrit succinctement dans l'annexe n° 2.

Le site de la Porte Madeleine a été revendu à la société d'économie mixte d'Orléans (SEMDO). Quant à l'équipement de La Source, il est aujourd'hui désaffecté et à déconstruire, à l'exception du rez-de-chaussée et des sous-sols qui accueillent la radiothérapie, la pharmacie et des espaces techniques.

La chambre a contrôlé les comptes et la gestion de l'opération de reconstruction de l'hôpital d'Orléans, depuis 2011, sans examiner les autres aspects de sa gestion. L'annexe n° 1 récapitule les étapes de la procédure suivie.

¹ Par convention, dans ce rapport, l'intitulé centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) correspond à la personne morale de droit public qui assure des soins spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; l'intitulé nouvel hôpital d'Orléans (NHO) est l'ensemble de bâtiments et infrastructures hospitalières construit au terme de l'opération immobilière.

² Étude du cabinet PATMO.

Tableau n° 1 : Principales étapes du projet de reconstruction du CHRO

Étape	Date	Montant du projet de reconstruction	Montant du PPI	Surface dans œuvres	Capacité
Délibération n° 04/18 bis approuvant l'adaptation du plan pluriannuel d'investissement 2003-2013	12/03/2004	Travaux : 376 M€ dont 10 M€ de démolition Équipement : 27 M€ (valeur 2012)	542 M€	132 304 m ²	1 003 lits et places en médecine – chirurgie – obstétrique ³
Délibération n° 07/30 approuvant l'avant-projet sommaire	10/03/2006	488 M€ hors coût de démolition de 11 M€ Équipement : 50 M€ (voir délibération n° 5/101) (valeur 2014)	Non précisé	152 566 m ² (voir délibération n° 6/10 programme technique détaillé)	1 184 lits et places en médecine – chirurgie – obstétrique (voir délibération n° 6/10 programme technique détaillé)
Délibération n° 08/04 approuvant l'avant-projet détaillé	01/02/2008	488 M€ hors coût de démolition de 11 M€ Équipement : 50 M€ (voir délibération n° 5/101) (valeur 2014)	Non précisé	161 000 m ²	1 184 lits et places en médecine – obstétrique – chirurgie
Délibération n° 08/48 approuvant l'actualisation du plan pluriannuel d'investissement 2003-2013	26/09/2008	590 M€ hors coût de démolition de 11 M€ Équipement : 49 M€	838 M€ ⁴	Environ 181 000 m ² (ajout d'un plot d'environ 20 000 m ²)	Non précisé
Délibération n° 09/49 d'actualisation du plan global de financement pluriannuel 2013-2015	25/09/2009	613 M€ dont coût de démolition de 11 M€ Équipement : 65 M€	919 M€	203 836 m ²	1 185 lits et places en médecine – chirurgie – obstétrique 120 lits en soins de suite et de réadaptation ⁵ .

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après le registre des délibérations du conseil d'administration de l'hôpital d'Orléans

³ Étude PATMO, scénario C5, page 2 – décembre 2002.

⁴ Annexe n° 9 à la délibération.

⁵ Courriel du directeur général adjoint en date du 28 juillet 2009.

1 LA RÉALISATION DE L'OPÉRATION DE RECONSTRUCTION ET SON BILAN PROVISOIRE

1.1 Des marchés pas encore tous soldés

1.1.1 Les marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage

Un marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage a été passé en 2004. Il incluait la conduite de l'opération et englobait la reconstruction elle-même, certaines opérations annexes et préalables comme la construction d'un second parking en silo et la démolition de l'ancien hôpital de La Source. Au 1^{er} janvier 2019, ce marché était encore en cours d'exécution, le décompte général et définitif (DGD) n'ayant pas encore été accepté et la déconstruction non réalisée.

Le centre hospitalier a confié à un programmiste une mission permettant de passer de l'étude initiale des besoins à un programme architectural. Il s'est appuyé sur les équipes opérationnelles du CHRO pour définir l'organisation générale des locaux, des unités de soins et des circulations. La maîtrise d'ouvrage s'est enfin assurée de la conformité du projet aux normes environnementales en recourant à une entreprise spécialisée.

1.1.2 Le marché de maîtrise d'œuvre

Le marché incluait le cabinet d'architecte assurant la maîtrise d'œuvre, une mission de contrôle technique, une mission de coordonnateur santé et protection santé, une mission d'ordonnancement, pilotage et coordination et une mission de synthèse. Une entreprise a été chargée d'accompagner le centre hospitalier dans la labellisation haute qualité environnementale (HQE).

Le coût des prestations intellectuelles de maîtrise d'œuvre représentent 65,4 M€, soit 10,8 % du coût total des études, travaux et équipements évalués à 607,4 M€ à titre provisoire le 1^{er} février 2019 (cf. annexe n° 3).

1.1.3 Les marchés de travaux

Comme récapitulé dans le tableau n° 2, un marché de travaux découpé en onze lots a été passé par un appel d'offres ouvert européen en application des articles 33, troisième alinéa, et 57 à 59 du code des marchés publics de 2006.

Tableau n° 2 : Récapitulatif des lots de travaux, situation des avenants et décomptes généraux et définitifs

Appel d'offres ouvert européen en application des articles 33 3° alinéa et 57 à 59 du code des marchés publics français							
Lot	Objet	notifié	Montant initial HT	Dernier avenant HT	Variation	DGD ou dernière situation TTC au 1er janvier 2019	date DGD
1	Bâtiments Partitions Finitions	18/11/2009	167 386 093,35 €	185 992 818,44 €	11,1%	238 974 916,54 €	11/03/2016
2	Facades à ossature légère, vêtue,	18/11/2009	34 744 281,03 €	35 139 202,18 €	1,1%	44 750 303,00 €	21/01/2016
3	Menuiseries extérieures, occultations	18/11/2009	68 322 592,00 €	75 459 412,01 €	10,4%	75 459 412,01 €	
4	Equipements techniques / Génie	18/11/2009	68 322 592,00 €	75 459 412,01 €	10,4%	75 459 412,01 €	
5	Climatique / Fluides	18/11/2009	44 525 010,95 €	52 891 711,91 €	18,8%	72 066 219,15 €	
6	Equipements électriques courants	18/11/2009	44 525 010,95 €	52 891 711,91 €	18,8%	72 066 219,15 €	
7	Eléments de cuisine, chambres froides	18/11/2009	1 144 653,55 €	1 277 635,13 €	11,6%	1 568 762,31 €	29/11/2016
8	Appareils élévateurs	18/11/2009	4 414 000,00 €	4 439 034,47 €	0,6%	5 912 085,94 €	25/11/2016
9	Transports automatisés	18/11/2009	2 385 325,47 €	2 286 802,32 €	-4,1%	2 946 618,42 €	21/03/2017
10	Equipements spécifiques médicaux	18/11/2009	1 146 632,25 €	1 134 187,75 €	-1,1%	1 460 016,83 €	27/01/2017
11	Equipements mortuaires	18/11/2009	68 500,00 €	74 545,00 €	8,8%	96 239,88 €	19/05/2016
	Espaces verts	18/11/2009	3 012 581,74 €	3 367 749,06 €	11,8%	3 367 749,06 €	
	VRD	26/11/2009	4 830 476,12 €	6 154 505,94 €	27,4%	6 154 505,94 €	non daté
	Total		331 980 146,46 €	368 217 604,21 €	10,9%	452 756 829,08 €	

Source: Récapitulation par la CRC des DGD et situations de marché fournis par le CHRO

Vingt-six avenants ont été passés sur les onze lots, représentant une augmentation de près de 11 % des montants attribués. Ces modifications atteignent 19 % pour le lot 4 « équipements électriques courants » et 27 % pour le lot 11 « voirie et réseaux divers ». La chambre constate que l'hôpital d'Orléans n'a pas produit tous les avenants.

De fait, des écarts mineurs apparaissent pour les lots 4 « équipements électriques courants » et 7 « transports automatisés », entre les montants des lots après les derniers avenants et les montants servant de base des décomptes généraux et définitifs (DGD).

Il a produit les DGD acceptés pour neuf lots, le lot 10 « espaces verts » (3 M€ HT) n'étant pas soldé et la déconstruction des anciens locaux de La Source pas encore réalisée. Par ailleurs, l'hôpital n'a pas produit à la chambre les pièces complètes du DGD concernant le lot 11 « voirie et réseaux divers ».

1.2 Le bilan provisoire de l'opération de reconstruction

1.2.1 Un dimensionnement et des coûts maintenus malgré les demandes de la tutelle

1.2.1.1 Lors de la préparation des dossiers de consultation des entreprises, l'évaluation du projet s'élevait à 635 M€

Au 31 juillet 2008, un bilan financier prévisionnel⁶ établi par l'assistant au maître d'ouvrage s'établissait à 570,4 M€, valeur juin 2017. Cette évaluation incluait les « *travaux différés après la livraison du bâtiment neuf NHO, démolition et aménagements extérieurs* », ainsi que l'ensemble des frais de programmation, études de sols (non encore réalisées), concours d'architecte, assistance à maîtrise d'ouvrage, conduite d'opération et assurances.

Dans le tableau n° 3 ci-dessous et sur le même périmètre d'études et de travaux, le coût total de réalisation ressort à 624,35 M€, y compris la déconstruction et l'aménagement d'un verger restant à réaliser. L'écart entre le coût prévisionnel et le coût réel est de 9,5 %. L'hôpital apparaît donc avoir maîtrisé tant la passation de ses marchés que leur exécution. Aucune dérive significative des coûts n'est constatée à ce stade d'autant qu'il a modifié la configuration intérieure de l'équipement à la suite d'un audit demandé par sa tutelle.

1.2.1.2 Cependant, par un contrat signé le 11 février 2011, l'agence nationale d'appui à la performance avait demandé à l'établissement de réduire la capacité et le coût du projet

En juillet 2010, l'agence régionale de santé (ARS) demande une revue du plan global de financement pluriannuel présenté par le CHRO qui traduise l'impact prospectif financier du projet. Cet audit, réalisé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), a été transmis au directeur général de l'ARS Centre et au directeur général de l'hôpital, nouvellement nommé.

L'agence nationale passe en revue les hypothèses de construction du nouvel hôpital (« *Un plan qui affiche des résultats conformes à l'orthodoxie financière...mais qui se fonde sur des hypothèses de constructions trop optimistes* ») et leur oppose des hypothèses qui paraissent plus en phase avec les évolutions du secteur de la santé et les performances de gestion de l'établissement (« *Une révision nécessaire du plan qui se traduit par des résultats inquiétants* »). La note conclut que « *cette projection a l'intérêt de montrer que le projet de NHO n'est pas financé à ce jour...* » et que « *il résulte de ce constat que 219 lits seront construits sans que le besoin ne soit objectivé en 2020* ».

Cela conduit, le 1^{er} février 2011, à la signature d'un contrat de performance entre ces trois acteurs, hôpital, ARS et ANAP. La feuille de route du 9 décembre 2010 en détermine les objectifs. Elle fait état d'une piste d'action intitulée « *réviser le plan d'investissement et actualiser le plan global de financement pluriannuel existant* » et se fixe, notamment, un objectif de réduction du coût du projet de 27,2 M€.

⁶ Basé sur l'avant-projet détaillé du projet du nouvel hôpital, majoré de la construction d'un parking en silo n° 2 et de l'ajout d'un 5^e plot qui sera approuvé par le conseil d'administration du 26 septembre 2008.

De fait, le centre hospitalier a dû suspendre les marchés passés pour rechercher les moyens de revoir le coût du chantier à la baisse. Des économies de 17 M€ par an en moyenne des charges du titre IV⁷ sont annoncées par le directeur général dans un courrier du 20 avril 2011, adressé au directeur général de l'ARS. Elles résultent en partie de la réduction des taux d'aléas techniques et de révision des prix, de l'abandon du projet de reconstruction d'un EHPAD à Saran et de l'allongement à 40 ans de la durée d'amortissement du bâtiment⁸.

Une note du 5 juin 2012 du directeur général de l'hôpital au directeur général de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, indique que les principales mesures sont la réalisation d'un clos-couvert sur cinq salles d'opération, la réduction du projet de 100 lits et places, l'aménagement d'un poste de soins pour deux unités de 15 lits au lieu de 12, réduisant le nombre de postes et les besoins en effectifs. Mais il ajoute que « *cependant l'espace libéré au sein du futur bâtiment dont la construction est préservée – car débutée depuis deux ans à la date de la révision de programme – sera réalisé en clos couvert ou affecté à des activités nouvelles déjà prévues au SROS ou à définir.* ».

Il n'y a donc aucune modification des volumes et des surfaces à bâtir mais une révision de leur aménagement intérieur en accord avec les entreprises titulaires des marchés.

La chambre observe que le comité de pilotage, pourtant informé de l'insoutenabilité budgétaire du projet immobilier, échoue à réduire le programme de 219 lits et à en diminuer effectivement son coût de 27 M€.

1.2.2 Au 1^{er} février 2019, un bilan financier prévisionnel passé à 670 M€

L'assistant à maîtrise d'ouvrage a produit un bilan financier prévisionnel, valeur octobre 2017, présenté en annexe n° 2 et s'établissant à 607,4 M€. Il intègre l'ensemble des honoraires de l'assistance à maîtrise d'ouvrage et de conduite d'opération, les études de programmation, les assistances pour la définition puis la certification HQE, les honoraires de la maîtrise d'œuvre, les frais d'organisation du concours d'architecte, les études de sol et diagnostics complémentaires, les assurances de construction du nouvel hôpital, du deuxième parking en silo et de la déconstruction à venir, les travaux correspondant, sous réserve des DGD des lots d'équipements électriques (3) et espaces verts (10).

Cette prévision se fonde sur une estimation du coût total de la déconstruction de l'ancien bâtiment des années 70, à 15 M€ que toutefois l'ordonnateur estime à 32 M€, y compris la réalisation d'un verger. Il mentionne également la demande du titulaire du lot « espaces verts », dont le projet de décompte général n'est pas encore accepté, d'un paiement complémentaire à hauteur de 150 000 €, finalement transféré vers le lot n° 11.

Le centre hospitalier a également produit un décompte des coûts d'opérations périphériques, à savoir la création d'une hélisation provisoire (2,7 M€), la construction du premier parking en silo (7,2 M€), la construction d'un bâtiment « PN7 » d'abord destiné à l'accueil d'une urgence gériatrique puis de résidents de l'EHPAD de Saran qui devait être reconstruite pour accueillir des personnes âgées nécessitant un suivi médical (5,5 M€).

⁷ Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles.

⁸ Ce dernier point conduit le nouveau directeur à demander que sur les 33 M€ de dotation annuelle, soit 8 M€ de l'ARS et 25 M€ du ministère, cette dernière part soit garantie jusqu'en 2036 puis ramenée à 18 M€ jusqu'en 2046.

L'opération de reconstruction comprenait également un volant de dépenses d'équipement médical. Dans le cadre du contrôle précédent de la chambre, le centre hospitalier avait estimé à 28,73 M€ le réalisé et le reste à réaliser sur le « programme d'équipement médical NHO » au 26 avril 2016. Ce programme s'ajoute au coût du lot n° 8 du marché de travaux qui correspond à « Équipements médicaux spécifiques », figurant dans le bilan prévisionnel établi par l'assistant à maîtrise d'ouvrage pour environ 1,5 M€ et à celui du lot n° 5, « Équipements de cuisine, chambres froides » pour 1,6 M€.

Compte tenu de ces éléments, récapitulés dans le tableau n° 3, le montant total des études, travaux et équipements peut être évalué à près de 670 M€.

Tableau n° 3 : Coût des études, travaux et équipements

Postes de coûts	Montants TTC
Bilan prévisionnel, octobre 2017, établi par l'assistant à maîtrise d'ouvrage, hors déconstruction	592 355 372 €
Coût prévisionnel déconstruction et aménagement d'un verger	32 000 000 €
Hélistation provisoire	2 654 500 €
Parking en silo n°1	7 193 315 €
Bâtiment PN7 devenu EHPAD Gauguin	5 465 749 €
Programme « équipement NHO »	28 730 000 €
Total des dépenses	668 398 936 €

Source : calculs CRC

La chambre observe que ni le projet retenu au terme d'un concours d'architecture, ni le calendrier de l'opération n'ont été respectés dans leur intégralité. Si la livraison du nouvel hôpital a eu lieu dans les délais prévus, en revanche la phase de déconstruction de l'ancien bâtiment de La Source n'est toujours pas engagée. Son report *sine die* va à l'encontre du parti architectural d'intégration forte dans l'environnement naturel du site, au service de l'attractivité de l'équipement qui devait être renforcée par la construction d'un verger à l'emplacement ainsi libéré. Cette situation engendre également des risques habituellement associés à une friche : occupations illicites, sinistres et image négative pour la patientèle.

1.2.3 Un coût total de l'opération estimé à 930 M€ dont 77 % subventionnés

1.2.3.1 Le coût total

Le CHRO n'a pas été en mesure de produire à la chambre un bilan des investissements réalisés. Celle-ci a donc établi un bilan reprenant l'évaluation ci-dessus de 668 M€, à laquelle il convient d'ajouter le coût du financement bancaire. Selon les tableaux d'amortissement des emprunts contractés pour financer l'opération immobilière, une somme de 554 M€ a été empruntée et donnerait lieu à des remboursements échelonnés jusqu'en 2050. Les frais

financiers afférents à ces emprunts s'élèvent à 259 M€. Il convient également d'y ajouter les frais du déménagement que la chambre évalue à 1,4 M€ au regard du total des mandats payés à ce titre.

Récapitulé dans le tableau n° 4 ci-après, le coût total de l'opération s'élève 931 M€ à payer d'ici à 2050, non compris le remboursement des 554,3 M€ d'emprunts.

1.2.3.2 Les aides

Selon un document communiqué par le CHRO, le décompte des dotations reçues et à recevoir de la tutelle s'établit à 713 M€, dont certaines attribuées dans le cadre des dispositifs « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » avec des durées fixées dans le cadre de leur inscription aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Deux autres types d'aides ont également été attribuées sous la forme de majorations des dotations annuelles de base sans que les avenants correspondants aux contrats d'objectifs et de moyens ne précisent ni le projet aidé, ni les contreparties attendues en termes d'impact sur les recettes et les charges, ni de limite dans le temps. Il s'agit d'une aide financière nationale que le ministre de la santé annonce par courrier du 13 septembre 2005 au maire d'Orléans, et des fonds régionaux, intervenus à compter de 2005 et d'ailleurs cités dans ledit courrier du ministre.

Le décompte précité, plafonné à 713 M€, précise que les versements prendront fin, pour les fonds d'intervention régionale en 2022 au terme de l'actuel contrat d'objectifs et de moyens, et, pour l'aide nationale, en 2028.

L'établissement a également perçu 11,5 M€ de la vente de l'ancien site de Porte Madeleine à la société d'économie mixte d'Orléans. Ce prix qui s'établissait en dessous de l'estimation des Domaines comprise « *dans une fourchette de 12 et 13 millions d'euros* », a été ramené à 10,9 M€ lors de la cession. Une annexe à cet ensemble immobilier doit encore être cédée à un investisseur privé pour un montant en cours de négociation.

Comme calculé dans le tableau n° 4 ci-après, cela représente un total de recettes de 724,4 M€, encaissés d'ici à 2028, pour financer l'opération, non compris les 554,3 M€ d'emprunts. Ce tableau récapitule le plan de financement de l'opération sous réserve de ces hypothèses. Il en ressort que, d'ici à 2050, le centre hospitalier régional aura à mobiliser 205 M€ d'autofinancement, soit 22 % du coût total du projet s'ajoutant au produit de la vente de l'ancien hôpital de Porte Madeleine.

Tableau n° 4 : Plan de financement de la reconstruction du CHRO

PLAN DE FINANCEMENT DE LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL D'ORLÉANS			
DEPENSES		RECETTES	
bilan prévisionnel octobre 2017, travaux, études et maîtrise d'ouvrage, hors déconstruction	592 355 372 €		<u>Dispositif Hopital 2007</u>
provision déconstruction	32 000 000 €	10 262 720 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2004-2023)
		5 131 120 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2005-2024)
hélistation provisoire	2 654 500 €	8 761 000 €	aide scanner (2005-2024)
parking en silo 1	7 193 315 €	4 719 460 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2006-2025)
bâtiment PN7 devenu EHPAD Gauguin	5 465 749 €	3 072 520 €	aide scanner (2006-2025)
programme équipement NHO	28 730 000 €	3 072 520 €	aide scanner (2007-2026)
			<u>Dispositif hopital 2012</u>
		1 834 075 €	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
		619 935 €	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
			<u>aides hors tout dispositif (engagement du ministre auprès du maire)</u>
		115 000 000 €	à compter de 2006 si arrêt en 2028
		220 000 000 €	à compter de 2007 si arrêt en 2028
		210 000 000 €	à compter de 2008 si arrêt en 2028
			<u>Aides régionales</u>
		77 922 €	aide système d'information (2013)
		130 340 968 €	fonds d'intervention régional (6,6M€ en 2005, 7,3 de 2006 à 2012 puis 7,3M€ de 2013 jusqu'en 2022)
		11 500 000 €	<u>vente ancien site porte Madeleine à la SEMDO (titre de recette 256583/2017)</u>
Sous-total études, travaux et équipements	668 398 935 €	724 392 240 €	Sous-total financements externes définitifs de l'investissement
Remboursement des emprunts en capital jusqu'en 2050	554 272 000 €	554 272 000 €	Emprunts souscrits
Frais financiers	259 512 423 €		
total financement bancaire (hors capital)	259 512 423 €	- €	Sous-total financement bancaire (hors capital)
Déménagement	1 432 914 €	204 952 032 €	Autofinancement à dégager jusqu'en 2050
Coût total (hors capital des emprunts)	929 344 272 €	929 344 272 €	Financement total (hors capital des emprunts)

(source: calcul CRC)

Ce projet d'investissement aura donc été subventionné à hauteur de 77 %, études, travaux, dépenses connexes et frais financiers inclus, sauf à ce que les dates de fin des aides reçues soient modifiées par rapport à l'information donnée par le centre hospitalier.

La chambre constate que ce niveau d'aide apparaît d'autant plus élevé que depuis 2001, ce projet, « *le plus important projet hospitalier de France* », n'a jamais été soumis à la validation d'une des instances interministérielles successives en charge de contrôler l'investissement hospitalier.

1.2.4 La nécessité de dégager une capacité d'autofinancement *a minima* de 31 M€ par an à partir de 2029 pour rembourser la dette

Le premier tableau de l'annexe n° 3 récapitule les flux financiers depuis l'origine du projet jusqu'en 2018. En termes de trésorerie, pendant 17 ans, le centre hospitalier a encaissé plus d'aides du ministère de la Santé et de fonds d'emprunts qu'il n'a eu à payer de travaux et de remboursements d'annuités d'emprunt. Cela représente un flux net en sa faveur de 168 M€ dont une partie a servi à financer des investissements autres que ceux initialement dévolus au projet NHO comme la maintenance des bâtiments existants ou la réalisation d'opérations tiroirs.

Le second tableau de ladite annexe souligne que, jusqu'en 2028, l'établissement devrait continuer à percevoir des aides et, simultanément, poursuivre les remboursements d'annuités d'emprunt et, *a priori*, déconstruire la friche de l'ancien hôpital et aménager l'espace prévu par l'architecte pour être un verger. Dans ces conditions, sur les dix ans à venir, le flux net des encaissements/décaissements s'annonce négatif à hauteur de 25 M€. Plus précisément, sur la période 2019-2028, le CHRO devra dégager un autofinancement (CAF brute) de 34 M€ *a minima* afin de couvrir le remboursement de l'annuité en capital de la dette (17,75 M€ par an), la déconstruction (3,2 M€ par an) et les investissements courants (13 M€ par an). La progression de la CAF non aidée en 2018 devra se poursuivre jusqu'en 2028 afin de préparer et anticiper la fin de l'aide nationale qui aura une incidence certaine sur la trésorerie du CHRO au regard du profil d'extension très lent du reste de sa dette.

Le troisième tableau récapitule les flux financiers prévisionnels de 2029 jusqu'en 2050. Sur cette période, le flux net des encaissements/décaissements est négatif à hauteur de 350 M€. À partir de 2029, l'hôpital devra dégager un autofinancement annuel (CAF brute) de 31 M€ *a minima* afin de couvrir le remboursement de l'annuité en capital de la dette (18 M€ par an) et les investissements courants (13 M€ par an) au moment où l'aide nationale à l'investissement cessera d'être versée.

À titre de comparaison, les comptes provisoires 2018 du centre hospitalier font ressortir une capacité de financement non aidée de 9,68 M€. Par conséquent, la chambre évaluée à 34 M€ *a minima* la capacité annuelle d'autofinancement nécessaire d'ici à 2029, ramenée à 31 M€ par la suite.

1.2.5 Un niveau élevé des aides régionales versées au CHRO

Selon le rapport d'activité des ARS, 35 492 160 € ont été affectés aux fonds d'intervention régionale de l'agence de la région Centre-Val de Loire et 189 466 679 € aux dotations « missions d'intérêt général et aides à la contractualisation » (MIGAC) pour la région, hors forfaits (urgences...).

Sur un total d'environ 225 M€, les 34,7 M€ alloués chaque année au CHRO représentent donc plus de 15 % des ressources régionales alors qu'en 2017, le centre hospitalier pesait pour moins de 9 % dans les séjours hospitaliers à l'échelle de la région.

Le niveau d'aide reçu imposera à l'établissement de s'ouvrir à l'ensemble du réseau hospitalier du département, voire de la région, et d'augmenter son activité afin de justifier pleinement sa fonction d'hôpital régional.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le coût total de l'opération de reconstruction de l'hôpital d'Orléans sur un site unique est évalué à 930 M€, frais financiers compris. Au regard des dates de fin des majorations de dotations de base, cette opération aura été subventionnée à 77 % sans avoir jamais été présentée à une instance interministérielle chargée, bien avant l'actuel Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (CoPerMo), de valider les investissements hospitaliers.

Les modalités de versement de ces aides ont jusqu'à présent, permis à l'hôpital d'encaisser davantage de subventions et d'emprunts qu'il n'a eu à payer de travaux et à rembourser d'annuités. Il lui faudra toutefois dégager 34 M€ de capacité annuelle d'autofinancement a minima d'ici à 2028, puis 31 M€ à partir de 2029 selon le profil d'extinction de la dette.

Cela suppose que le CHRO joue pleinement son rôle d'hôpital régional auprès du réseau des hôpitaux locaux de la région Centre-Val de Loire et augmente son activité, justifiant ainsi le niveau remarquable des aides obtenues.

2 LE BILAN ÉCONOMIQUE PROVISOIRE DE L'OPÉRATION

Les trois premières années d'exploitation du Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO), réceptionné en avril 2015, se soldent par des déficits n'améliorant pas la situation de l'hôpital par rapport à son précédent fonctionnement sur deux sites, époque au cours de laquelle il faisait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre financier. L'équilibre économique pérenne de la nouvelle structure se révèle, en effet, difficile à atteindre.

Dans les faits, l'ouverture du NHO s'est accompagnée d'un changement de dimension, dépassant en cela le simple regroupement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique sur un site unique. Les initiateurs du projet ont doté le CHRO de capacités d'accueil accrues, avec pour corollaire une augmentation des charges hôtelières et des charges de structure. Le projet ambitionnait de compenser ces coûts d'exploitation supplémentaires grâce à des ressources additionnelles issues de gains d'activité médicale, à une rationalisation de la logistique et à une haute performance énergétique. La chambre s'est attachée à mesurer les réussites obtenues et les obstacles à la réalisation des ambitions portées par ce projet.

2.1 Un surdimensionnement manifeste

2.1.1 Un projet d'investissement fondé sur des prévisions d'activité démenties avant même l'engagement des marchés de travaux

Élaboré en 2002, le projet initial⁹ de reconstruction du CHRO visait à recentrer l'activité de court séjour sur un seul site tout en optimisant et modernisant cet équipement à vocation régionale. Ce projet aboutissait à des besoins en lits et places et en superficie, globalement inférieurs aux capacités et superficies, alors en service sur les deux anciens sites.

Néanmoins, forts de l'aide obtenue auprès du ministre de la santé, le conseil d'administration et la commission médicale de l'établissement ont voulu revoir à la hausse le dimensionnement et les capacités du NHO dans le cadre du projet médical 2004-2014. Ces instances se sont fondées sur l'hypothèse d'un fort développement démographique du Loiret. Elles ont également fait le pari que la gestion de la carte hospitalière régionale, par l'effet des restructurations des hôpitaux locaux et des petits centres hospitaliers, recentrerait l'offre de soins sur le CHRO.

Ces hypothèses ont été rapidement contredites par une croissance de l'activité hospitalière telle qu'observée sur la période 2004-2008, très inférieure aux prévisions. Cependant, à toutes les étapes, la communauté médicale et le conseil d'administration ont maintenu leur attente.

De fait, jusqu'à l'attribution des marchés de travaux, l'irréalisme des projections d'activité n'a pas conduit l'établissement à remettre en question ce projet surdimensionné. Lors de la délibération du 6 juillet 2007 d'approbation de l'avant-projet sommaire, la résorption d'une impasse de 70 M€ sur le plan de financement pluriannuel a été renvoyée à plus tard. De plus, par délibération du 26 septembre 2008, juste avant le lancement des appels d'offres de travaux en février 2009, le programme est revu à la hausse par l'adjonction d'un cinquième bâtiment afin d'y installer une unité de moyen séjour initialement située dans une autre commune de l'agglomération. Puis à nouveau, par délibération du 25 septembre 2009, le programme d'équipements médicaux est revalorisé.

Ultérieurement, en 2010, ces instances n'ont accepté qu'une mise en œuvre très partielle des préconisations de réduction des capacités formulées par l'ANAP. Elles ont considéré ou voulu considérer que l'agence nationale, tout comme l'ARS qui avait déclenché son audit et le nouveau directeur qui a tenté d'en porter la démarche, n'avaient d'autre objectif que d'arrêter le projet pour réaliser des économies à court terme.

⁹ Étude PATMO.

Tableau n° 5 : Évolution de l'activité 2004-2008 et programme capacitaire

Hospitalisation complète médecine, chirurgie, obstétrique	2004	2008	Programme NHO 2010	Préconisations ANAP	Capacité construites
Lits	885	864	1 046	827	986
Séjours	51 541	52 342			
Journées	253 300	250 205			

Source : SAE 2004-2008, revue de programme capacitaire ANAP et CHRO

Pourtant, les préconisations de l'ANAP se fondaient sur un diagnostic à long terme, celui-là même qui manquait au projet architectural dont l'ambition était de disposer du plus grand hôpital de la région Centre-Val de Loire. Ce diagnostic commandait de redimensionner le projet immobilier pour adapter l'offre à l'évolution des besoins et éviter des niveaux de charges fixes que les produits d'activités seraient incapables de couvrir.

2.1.2 Un bilan de la progression en volume de l'activité en demi-teinte

La cible d'activité assignée par ses concepteurs au NHO n'avait toujours pas été atteinte en 2017. Après avoir reculé de 4 % entre 2012 et 2015, le nombre total de séjours de soin médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) a de nouveau progressé à compter de 2016 sans rattraper le niveau observé en 2012 (61 556 séjours en 2017 contre 61 615 en 2012).

Les données rétrospectives 2004-2017 démontrent que la montée en puissance de l'activité en hospitalisation complète a été inférieure de moitié aux prévisions initiales du projet médical 2004-2014¹⁰ qui ont fondé le dimensionnement originel du NHO, même amendé de façon limitée, à la suite de l'intervention de l'ANAP.

Cette moindre progression de l'activité d'hospitalisation complète provient essentiellement, entre 2012 et 2017, des activités chirurgicales dont la baisse de 5 % des séjours limite à 2,7 % la progression totale.

De surcroît, l'activité d'hospitalisation complète n'a pas été relayée par un développement de l'activité ambulatoire. Ainsi, le bénéfice de la croissance de l'activité d'hospitalisation complète (+ 2,7 %) a été réduit par le net recul de l'ambulatoire (- 10,4 %).

Toutefois, le redressement de l'activité se poursuit en 2018. Elle progresse ainsi globalement de 4,7 % sur la période 2012-2018 avec un développement parallèle de l'hospitalisation conventionnelle (+ 4,9 %) et de l'ambulatoire (+ 3,8 %).

Cette situation a nécessairement eu un impact négatif sur le niveau d'autofinancement que le CHRO a pu affecter à l'opération de reconstruction.

¹⁰ Les séries statistiques montrent qu'entre 2004 et 2017, le nombre de journées d'hospitalisation complète MCO a augmenté de 19,5 % et non de 38 % comme escompté dans le projet médical 2004-2014. Source des séries statistiques : Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) dont les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction du ministère des solidarités et de la santé).

2.1.3 Le NHO n'a pas permis de gagner des parts d'activité sur la concurrence

2.1.3.1 Le regroupement des cliniques du nord de l'agglomération orléanaise n'a pas été pris en compte dans le projet de reconstruction du CHRO

Les objectifs de croissance d'activité fondant le programme capacitaire du nouvel hôpital, ont été fragilisés par l'absence de prise en compte de l'ouverture du pôle de santé Oréliance. Pourtant, à l'instar du NHO, ce projet figurait dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS 3). Adopté par l'ARH en mars 2006, ce document public planifie l'évolution à moyen terme des activités hospitalières au sein du territoire de santé du Loiret.

Fortement présent sur la chirurgie ambulatoire, ce pôle constitue un concurrent majeur. Depuis son entrée en service en 2013, comme l'indique le tableau n° 6, les parts de marché du CHRO s'érodent au profit d'Oréliance en médecine et chirurgie d'hospitalisation complète.

Tableau n° 6 : Évolution des parts de marché respectives du CHRO et d'Oréliance sur la zone d'attractivité du CHRO

	CHRO		Oréliance*	
Médecine (HC)	Séjours	Part de marché zone d'attractivité	Séjours	Part de marché zone d'attractivité
2013	32 746	56,6 %	7 756	20,6 %
2017	34 265	52,9 %	8 769	23,8 %

	CHRO		Oréliance	
Chirurgie (HC)	Séjours	Part de marché zone d'attractivité	Séjours	Part de marché zone d'attractivité
2013	10 401	39,3 %	5 359	19,9 %
2017	9 782	36,5 %	7 328	26,6 %

	CHRO		Oréliance	
Chirurgie ambulatoire	Séjours	Part de marché zone d'attractivité	Séjours	Part de marché zone d'attractivité
2013	4 601	22,5 %	10 683	47,8 %
2017	4 589	16,1 %	17 150	54,1 %

**Pour sa partie MCO, Oréliance est formé de l'adjonction de la clinique des Longues Allées et de la clinique de la Reine Blanche*

Source : base de données Hospidiag

Les deux établissements déploient leurs activités respectives sur un bassin de recrutement de patientèle quasiment commun, de surcroît attiré par les établissements de recours du sud francilien et de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) ainsi que le centre hospitalier universitaire de Tours. Ce contexte limite les perspectives de croissance de l'activité et intensifie la concurrence locale pour capter la patientèle nécessaire à la rentabilité des investissements, tant publics que privés, réalisés sur l'agglomération orléanaise. Il constitue par conséquent un frein majeur à l'équilibre économique pérenne du CHRO.

2.1.3.2 L'attractivité du centre hospitalo-universitaire de Tours

Les données d'activité montrent que l'hypothèse d'un recentrage de la demande de soins sur des centres hospitaliers universitaires et régionaux, contenue dans le projet médical 2004-2014, n'est pas sans réalité. Mais jusqu'à présent, il s'est opéré au bénéfice de l'hôpital universitaire de Tours et non de l'hôpital régional d'Orléans comme le souligne le tableau n° 7. De 2012 à 2018, le nombre total de séjours MCO progresse de 6,9 % au CHRU de Tours contre 4,5 % pour le CHRO.

Tableau n° 7 : Comparaison des trajectoires d'activités du CHR d'Orléans, du CHRU de Tours et de l'ensemble des autres établissements de santé régionaux (tous secteurs de financement confondus – ex-DG et ex-OQN)

CHR Orléans	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/12
Séjours MCO HC (RSA)	48 589	48 527	48 288	48 166	49 369	49 881	50 922	4,80 %
<i>dont RSA chirurgie</i>	<i>10 297</i>	<i>10 401</i>	<i>10 166</i>	<i>9 751</i>	<i>9 858</i>	<i>9 782</i>	<i>9 672</i>	<i>-6,07 %</i>
Séjours MCO ambulatoire (RSA)	13 026	11 968	12 098	10 958	11 861	11 675	13 496	3,61 %
<i>dont RSA chirurgie ambulatoire</i>	<i>4 354</i>	<i>4 601</i>	<i>4 592</i>	<i>4 122</i>	<i>4 527</i>	<i>4 589</i>	<i>5 017</i>	<i>15,23 %</i>
CHRU Tours	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/12
Séjours MCO HC (RSA)	64 196	63 308	64 019	65 652	69 109	68 436	66 698	3,90 %
<i>dont RSA chirurgie</i>	<i>19 805</i>	<i>19 327</i>	<i>19 153</i>	<i>19 417</i>	<i>19 263</i>	<i>18 799</i>	<i>18 093</i>	<i>-8,64 %</i>
Séjours MCO ambulatoire (RSA)	26 956	26 089	27 572	28 236	28 879	29 435	30 764	14,13 %
<i>dont RSA chirurgie ambulatoire</i>	<i>9 129</i>	<i>8 613</i>	<i>9 537</i>	<i>10 053</i>	<i>10 548</i>	<i>11 647</i>	<i>12 373</i>	<i>35,54 %</i>
ES Secteur Ex-DG et Ex-OQN Région Centre-Val de Loire	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/12
Séjours MCO HC (RSA)	399 197	394 562	395 985	392 445	394 794	387 196	383 747	-3,87 %
<i>dont RSA chirurgie</i>	<i>119 123</i>	<i>117 091</i>	<i>117 256</i>	<i>114 280</i>	<i>111 940</i>	<i>107 741</i>	<i>104 586</i>	<i>-12,20 %</i>
Séjours MCO ambulatoire (RSA)	196 702	201 318	212 462	214 930	229 188	232 076	239 019	21,51 %
<i>dont RSA chirurgie ambulatoire</i>	<i>87 938</i>	<i>92 062</i>	<i>97 941</i>	<i>101 124</i>	<i>108 114</i>	<i>114 037</i>	<i>119 490</i>	<i>35,88 %</i>

Source : calculs CRC d'après les données brutes de la base Hospidiag

2.1.3.3 La concurrence francilienne

La concurrence francilienne est un enjeu majeur pour le CHRO. L'ancienne région Centre se classait troisième parmi les régions françaises présentant les taux de fuite les plus élevés des patients. Il atteint 13,4 % en 2017 en progression de 1,8 points par rapport à 2002, année d'initiation du projet de reconstruction¹¹ et jusqu'à 17,2 % en chirurgie.

En 2017, 95 042 séjours hospitaliers ont été effectués dans une région voisine dont 50 820 en Île-de-France. Cette fuite de patientèle, peut-être liée à un déficit de consultations généralistes, a une incidence sur tout le réseau hospitalier de la région.

¹¹ Base de données Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Scansanté, taux de fuite – France par région – activité médecine-chirurgie-obstétrique.

Elle pénalise doublement le CHRO, en raison de sa proximité avec la région Île-de-France. En effet, suivant les dernières données disponibles de l'INSEE¹², en 2013, chaque jour travaillé, 4 996 personnes faisaient la navette entre l'Orléanais et la région parisienne.

Recommandation n° 1 : Mener, avec l'ensemble des acteurs du système de santé régional, une étude de marché pour agir sur les déperditions actuelles au profit des régions voisines. L'enjeu est de pouvoir chiffrer des perspectives d'évolution de l'activité pour regagner une part des 63 000 séjours perdus annuellement.

2.1.3.4 L'exemple de la cancérologie

La cancérologie constitue une illustration majeure de cette réalité à laquelle le CHRO doit s'adapter. Malgré les investissements réalisés pour la développer¹³, ses parts de marché n'ont pas progressé.

L'absence de centre de lutte contre le cancer (CLCC) en région Centre-Val de Loire reporte sur les deux CHR de Tours et d'Orléans les missions de recours et de référence dans cette spécialité et la mission d'animation du réseau régional de cancérologie « *Oncocentre* » structuré en groupement de coopération sanitaire (GCS). Les deux établissements conjuguent ainsi leurs compétences et équipements au sein de ce réseau qui a vocation à coordonner et structurer la filière régionale de cancérologie.

En cohérence avec son rôle au sein d'Oncocentre, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2016 du CHRO, prorogé jusqu'en 2018, ambitionne de donner à son activité de cancérologie « une dimension régionale » (objectif opérationnel n° 1.1).

Les données médico-économiques montrent les succès obtenus par l'établissement dans le développement de la cancérologie. Le nombre total de séjours et séances a progressé de 17 % entre 2012 et 2017. Les ressources consécutives ont augmenté de 29,2 %, passant de 51,3 M€ en 2012 à 66,3 M€ en 2017¹⁴.

Toutefois, les parts de marché du CHRO sur sa zone d'attractivité en hospitalisation, en cancérologie et en séances de chimiothérapie n'ont pas progressé. Il ressort de la base de données Hospidiag qu'elles sont passées de 53,7 % en 2012 à 50,6 % en 2017 en hospitalisation complète et de 59 % à 58,8 % pour les séances de chimiothérapie.

Un premier facteur tient à la force d'attraction des hôpitaux franciliens. Ainsi, en 2017, tous modes de prise en charge confondus, ce sont de l'ordre de 9 500 séjours ou séances cancérologiques effectués par des patients résidant dans le Loiret qui ont été captés par les établissements d'Île-de-France (voir base Scansanté, lieu de résidence des patients hospitalisés en cancérologie en 2017 en Île-de-France). À l'inverse, cette même année, le CHRO n'a attiré que 238 séjours ou séances effectués par des patients résidant en Île-de-France.

Un second facteur restreignant le potentiel de croissance, est la taille modeste du bassin de recrutement du CHRO en cancérologie. Déjà contraint au nord par l'Île-de-France, l'hôpital

¹² INSEE, Analyses Centre-Val de Loire n° 42 – Février 2018.

¹³ Voir pages actualités du site du centre hospitalier régional : TEP Scan de dernière génération implanté en 2017, deux robots chirurgicaux en 2019.

¹⁴ Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, base Scansanté, tableau de bord de cancérologie, d'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information.

est très peu ouvert sur sa région. Son bassin est centré sur le département du Loiret, le sud-est du Loir-et-Cher, le sud-est de l'Eure-et-Loir, et la frange nord du Cher. En 2017, 88 % des séjours ou séances de cancérologie réalisés dans l'établissement l'ont été par des patients résidant dans le Loiret. Ces données font contraste avec celles du CHU de Tours qui dispose d'une zone d'attractivité en cancérologie bien plus large qui englobe la majeure partie du territoire régional (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Indre, Cher) et lui donne seul, sur ce secteur, le statut d'hôpital régional.

Recommandation n° 2 : Réaliser une analyse médico-économique pour définir des objectifs d'activité cohérents avec l'environnement territorial, la stratégie nationale de santé (graduation de l'offre sanitaire) et les capacités de production de soins des équipes médicales œuvrant au sein du CHRO. L'enjeu est de bâtir des objectifs d'activités et d'évolution des besoins en mètres carrés, lits et places, économes en besoins d'infrastructures.

2.1.4 L'objectif de développement d'une filière gériatrique n'est pas atteint

Avec l'ouverture du nouvel hôpital, le centre hospitalier régional a regroupé sur le site de La Source, les activités de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques exercées jusqu'alors respectivement Porte Madeleine et à Saran. Dans une perspective de croissance d'activité, l'établissement entendait, par ce rapprochement, constituer une véritable filière de soins gériatriques complète. Son projet médical, relayé dans la presse régionale, ambitionnait un fort développement d'un pôle « personnes âgées » au sein du nouvel équipement afin de répondre aux besoins croissants de prises en charge de la patientèle âgée (65 ans et plus) dans un contexte de vieillissement de la population régionale. Selon le directeur en fonction, cet objectif n'a pas été atteint en raison, notamment, des difficultés rencontrées par le CHRO pour conserver ou recruter du personnel médical compétent dans cette spécialité.

2.1.4.1 Des gains d'activités ont été réalisés dans le secteur de soins en court séjour

D'incontestables gains d'activité dans le secteur médecine-chirurgie-obstétrique ont été générés par cette patientèle âgée supplémentaire.

L'attractivité de l'établissement auprès des personnes âgées s'est effectivement renforcée. Comme présentée dans le tableau n° 8, l'activité de soins MCO générée par les patients âgés de 65 ans et plus, est en progression de 7,8 % entre 2015 et 2017, soit 3,5 points de plus que l'ensemble des séjours. La croissance d'activité est très nette sur les classes d'âge 65-69 ans et 70-74 ans. Ce dynamisme a une incidence positive sur les produits de la tarification des séjours réalisés auprès de cette patientèle. Ils augmentent de 10,1 M€ entre 2015 et 2017. Cette progression est plus forte que celle observée sur l'ensemble des séjours, toutes classes d'âge confondues (+ 15,1 % contre + 11,9 %).

Tableau n° 8 : Évolution des séjours selon la classe d'âge des patients pris en charge

AGREGAT	Nombre de séjours				Volume économique (en k€)			
	2015	2016	2017	Évolution 2017/2015	2015	2016	2017	Évolution 2017/2015
Moins de 5 ans	8 604	8 695	8 599	-0,1 %	12 047,73	12 695,11	12 872,89	6,8 %
De 5 à 17 ans	3 330	3 532	3 627	8,9 %	5 202,68	5 450,55	5 712,15	9,8 %
De 18 à 39 ans	12 000	12 202	12 103	0,9 %	24 559,60	25 979,85	26 419,62	7,6 %
De 40 à 64 ans	15 101	15 783	15 739	4,2 %	39 192,41	42 893,24	43 461,01	10,9 %
De 65 à 69 ans	4 168	4 724	4 699	12,7 %	13 122,97	15 020,92	15 713,55	19,7 %
De 70 à 74 ans	3 024	3 621	4 054	34,1 %	10 039,80	11 806,50	13 881,85	38,3 %
De 75 à 79 ans	3 200	3 361	3 394	6,1 %	11 126,53	11 949,04	12 320,63	10,7 %
80 ans et plus	8 485	8 221	8 201	-3,3 %	32 703,89	34 372,70	35 226,56	7,7 %
<i>Sous-total 65 ans et plus</i>	<i>18 877</i>	<i>19 927</i>	<i>20 348</i>	<i>7,8 %</i>	<i>66 993</i>	<i>73 149</i>	<i>77 143</i>	<i>15,1 %</i>
TOTAL	57 912	60 139	60 416	4,3 %	147 995,63	160 167,92	165 608,25	11,9 %

Source : base Scansanté d'après les données de l'Agence technique de l'information pour l'hospitalisation

Les projections de l'INSEE relatives au vieillissement de la population¹⁵ anticipent qu'il y aura en région Centre-Val de Loire en 2050, 136 seniors pour 100 jeunes contre 82 seniors pour 100 jeunes en 2013. Il paraît donc raisonnable de poursuivre le développement de cette activité gériatrique.

2.1.4.2 Mais le CHRO reste un acteur mineur sur ce segment de patientèle et les perspectives sont limitées par l'intensité de la concurrence

Cependant, ce domaine d'activité où les perspectives économiques sont favorables, est aussi l'un de ceux où la compétition entre les établissements de l'agglomération orléanaise est la plus vive. La réalité de ce contexte concurrentiel se vérifie au travers de l'étude de la prise en charge de pathologies prévalentes chez le patient âgé. Sur les chirurgies majeures orthopédiques, le CHRO maintient sa part de marché autour de 27 % depuis 2014, sans toutefois parvenir à l'augmenter. Les deux cliniques de l'agglomération orléanaise, Oréliance et l'Archette, constituent des concurrents très actifs qui concentrent 55 % de l'activité.

La prédominance des deux cliniques précitées est encore plus manifeste en matière de pose de prothèses de hanche hors traumatisme. Sur ce segment, elles sont dominantes dans le département du Loiret avec des parts de marché respectives de 37 % et de 25,2 % en 2017, celle du CHRO n'étant que de 11,1 %. Elle se vérifie à nouveau sur la prise en charge de la cataracte : la part de marché du CHRO s'établit à seulement 7,9 % en 2017 contre 47,5 % et 30,9 % pour les deux établissements privés.

De fait, l'intensité de la concurrence locale limite les perspectives de croissance d'activité sur le secteur de la patientèle âgée.

2.1.4.3 Il a échoué dans le développement d'une offre de moyen séjour

Axant son développement sur la gériatrie, le CHRO a doté cette filière de moyens majeurs : deux lits d'hôpital de jour et 75 lits d'hospitalisation complète se répartissant entre 30 lits affectés à une unité post urgence gériatrique (UPUG) destinés à désengorger le service

¹⁵ Insee, recensement de la population, Omphale 2017 – scénario central.

des urgences adultes, 30 lits de médecine aiguë gériatrique (MAG) et 15 lits sécurisés pour patients âgés souffrant de troubles somatiques et mémoriels.

À ces lits de court séjour, s'ajoutent 85 lits et six places d'hospitalisation partielle de soins de suite et de rééducation (SSR) ouverts de manière anticipée en septembre 2013. Avec le NHO, le CHRO dispose désormais d'unités SSR totalisant une capacité supérieure de 50 % à la situation antérieure.

Mais ceci ne se retrouve pas dans l'activité de ces 85 lits de SSR qui sont pourtant les lits d'aval naturels de l'établissement. Leur taux d'occupation a chuté passant de 80,8 % en 2012, avant l'extension, à 75,8 % en 2017¹⁶, taux qui met en évidence une sous-utilisation manifeste des capacités hospitalières du NHO¹⁷.

Les causes du déficit d'activité des SSR gériatriques¹⁸ ont été recherchées au travers du prisme des deux principales affections prises en charge (affections et traumatismes du système ostéoarticulaire et affections du système nerveux) qui ont généré 78,4 % des journées d'hospitalisation complète adultes en 2016. La même année, le centre hospitalier d'Orléans représentait respectivement 8,8 % et 10,5 %¹⁹ de ces deux segments d'activité sur le territoire de santé du Loiret où quinze établissements interviennent. Cette situation permet difficilement de donner à ces activités un avenir à la mesure de l'importance de l'investissement réalisé pour les services SSR.

De surcroît, en 2017, sur les 490 patients ayant subi une chirurgie majeure de l'appareil locomoteur (hanche, fémur, genou ou épaule) en court séjour au CHRO²⁰ et transférés vers un SSR, seuls 125 parmi les plus fragiles au plan sanitaire et social ont été adressés à celui de l'établissement. 278 patients sont partis dans des SSR privés de l'agglomération orléanaise, les autres dans d'autres établissements du Loiret et les départements voisins, vraisemblablement à proximité de leur domicile. Le taux de fuite de la patientèle du CHRO atteint le niveau considérable de 74 % post chirurgie alors qu'il pourrait s'agir de la principale pourvoyeuse d'activité de ses unités SSR.

2.1.4.4 La perspective d'un financement à l'activité doit inciter à renforcer l'efficience des services de soins de suite ou à opter pour une logique de partenariat entre les soins de courts séjours et les établissements de soins de suite

Une réforme du mode de financement des SSR (réforme DMA pour dotation modulée à l'activité) entre progressivement en vigueur de 2015 à 2022. Elle reliera davantage le financement de ces services à leur niveau d'activité sans toutefois évoluer vers une tarification à l'activité complète, la nouvelle dotation comportant un socle destiné à limiter la variabilité des recettes perçues.

Cette réforme vise à renforcer l'efficience des établissements exerçant une activité de SSR. Le CHR d'Orléans doit profiter de l'application progressive de la DMA pour renforcer

¹⁶ Source : calcul CRC sur la statistique annuelle des établissements de santé 2012 à 2017 (SAE).

¹⁷ Le taux d'occupation cible national retenu par le COPERMO pour analyser le dimensionnement capacitaire des projets d'investissement immobilier hospitalier est de 98 % en SSR.

¹⁸ Âge médian des patients : 82 ans.

¹⁹ Source : base Scansanté de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

²⁰ Sur 781 séjours en chirurgie majeure de l'appareil locomoteur (hanche, fémur, genou ou épaule) enregistrés par le CHRO en 2017, 606 ont concerné des patients âgés de 65 ans et plus, 367 sur des patients âgés de 80 ans et plus.

celle de ses unités SSR qui est aujourd'hui largement perfectible, avec des résultats, selon la comptabilité analytique, déficitaires de - 0,815 M€ en 2017.

De fait, l'efficacité des capacités d'hospitalisation en SSR installées a régressé depuis 2015 : 6,4 séjours par lit en 2017 contre 7,3 en 2014, première année complète d'exploitation du bâtiment SSR du NHO. Ainsi, alors que sa capacité d'accueil est plus forte, la production de séjours par lit du NHO n'est pas meilleure que celle enregistrée dans la configuration multi-site antérieure (6,6 séjours par lit en 2012).

L'intensité de la concurrence locale et la rupture du parcours patient entre court et moyen séjour sont des causes directes du fonctionnement non-optimal du SSR. La durée moyenne des séjours, supérieure de 24 % à la moyenne nationale du secteur public (42,9 jours en 2017 contre 34,5 jours) en réduit également l'efficacité.

Le dimensionnement capacitaire contribue aussi, et de manière décisive, à la situation observée. À l'instar des secteurs de soins en court séjour, l'extension des capacités d'hospitalisation en SSR visait, au départ, à permettre au CHRO d'absorber un report d'activité qu'il anticipait du fait des restructurations attendues de l'offre publique de soins de proximité.

Le déficit d'activité pointé ici trouve son origine profonde dans la constitution de capacités mobilisables pour capter les segments d'activité qui seraient délaissés par les établissements de proximité une fois restructurés. Or, les restructurations anticipées par le CHRO dans son bassin de patientèle, notamment en médecine spécialisée du sujet âgé, n'ont pas toutes abouti. Les deux hôpitaux locaux de Beaugency et de Neuville-aux-Bois sont ainsi toujours en activité en 2018. À cet égard, il est intéressant de remarquer que les journées non-exploitées du SSR du CHRO équivalent à l'activité réalisée en 2017 dans les 23 lits SSR de l'hôpital de Neuville-aux-Bois (7 913 journées d'hospitalisation complète (HC)) ou encore à celle réalisée dans les 13 lits SSR de l'hôpital Lour Picou de Beaugency (4 054 journées HC).

Si le schéma régional de santé 2018-2022 (p. 176) n'exclut pas une rationalisation à venir des implantations géographiques de SSR « affections de la personne âgée » dans le Loiret (en fonction d'une taille critique dont le niveau n'est pas précisé), l'horizon de sa réalisation n'est pas connu. En revanche, l'impératif de redressement budgétaire du CHRO nécessite l'optimisation à court terme des capacités en SSR afin d'anticiper le futur contexte de financement des SSR par la dotation modulation à l'activité où le manque d'efficacité de ses unités risque de causer des pertes financières au CHRO.

La méthodologie de calcul du capacitaire cible d'un projet immobilier utilisé par le COPERMO peut être également utilisée afin de déterminer le niveau de surcapacité des SSR du nouvel hôpital. En ciblant un taux d'occupation de 90 % et sans réduction de la DMS, 72 lits pourraient absorber le volume d'activité réalisé en 2017, soit un différentiel de 13 lits avec le capacitaire actuel.

L'intensité de la concurrence dans l'agglomération orléanaise pourrait également conduire l'établissement à examiner une politique alternative de partenariat avec les établissements de SSR, quitte à perdre des longs-séjours aujourd'hui peu performants si cela peut lui permettre de gagner des courts séjours sur ce segment.

2.2 Le regroupement sur un seul site n'a que partiellement amélioré l'efficacité économique des activités

2.2.1 La performance médicale reste perfectible

Dans le dispositif de la tarification à l'activité (T2A), chaque tarif par séjour couvre les charges mobilisées sur une durée déterminée. Toute durée de séjour plus longue implique des charges non couvertes par le tarif alloué. L'enjeu d'une gestion efficace des flux d'hospitalisation et des capacités hospitalières est central dans ce mode de financement. Elle est mesurée par « l'indice de performance de la durée moyenne de séjour » (IP-DMS). Cet indicateur compare les durées de séjour de l'établissement dans les principaux cas qu'il prend en charge avec les durées moyennes de séjours observées sur ces mêmes cas. Lorsque l'indice passe au-delà de 1, cela signifie que la durée moyenne de séjour des patients dans l'établissement est plus longue que celle observée au niveau national sur les mêmes pathologies. Il indique alors une sous-performance de l'organisation médicale de l'établissement.

Cet indice de performance médico-économique reste pour l'heure moins performant à ce qu'il était lorsque le centre hospitalier régional fonctionnait dans son ancienne configuration en deux sites. Ce constat est le signe que l'organisation n'est pas encore adaptée à l'outil. Le changement de dimension que le NHO implique pour des équipes soignantes explique en partie cette situation.

Au plan national, le CHRO se classe parmi les hôpitaux régionaux et universitaires les moins performants en termes d'efficacité médico-économique. Ainsi, sa durée moyenne de séjours en hospitalisation complète en médecine-chirurgie-obstétrique est passée de 6,1 jours en 2015 à 6,3 jours en 2017 alors que celle des hôpitaux régionaux et universitaires passait de 6,1 à 5,9 jours, hors Assistance publique des hôpitaux de Paris, de Marseille et Hôpitaux civils de Lyon (APHP, APHM, HCL). Même si la progression de la durée moyenne de séjours reflète une part plus importante de séjours de sévérités 3-4²¹, l'indice du CHRO révèle un manque d'efficacité, l'IP-DMS de référence tenant compte de la lourdeur des pathologies traitées.

En 2017, une étude issue de la banque de données hospitalière de France (BDHF) évaluait la perte de recettes due au dépassement de la durée moyenne de séjours standard au CHRO à 7,9 M€ pour l'activité MCO dont 5,2 M€ pour la chirurgie, 1,6 M€ pour la médecine et 1 M€ pour l'obstétrique. La situation s'améliore puisque le coût total du dépassement de la durée moyenne de séjours standard s'établissait à 9,8 M€ en 2016 suivant le même calcul. En raison de l'importance de ces paramètres dans la marge brute d'exploitation dégagée sur les activités de soins, les actions visant à améliorer l'efficacité médico-économique doivent être renforcées et particulièrement dans le secteur de la chirurgie. Le CHRO souligne d'ailleurs sa volonté et son engagement en ce domaine.

De surcroît, en chirurgie ambulatoire, les taux de rotation des places qui mesure la capacité organisationnelle de l'hôpital à faire se succéder des patients tout au long de la journée, ne sont pas à niveau. Le centre hospitalier régional n'a pas été en mesure d'atteindre les objectifs qui lui étaient assignés en ce domaine dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2016, même si la situation tend à s'améliorer au cours de la période la plus récente.

²¹ Les séjours hospitaliers sont classés en quatre niveaux de gravité ou sévérité.

Le taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire qui mesure le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire, ne progresse plus. Un potentiel de conversion vers l'ambulatoire d'un volume d'actes chirurgicaux actuellement réalisés en hospitalisation complète, voire en consultation, reste sans doute à exploiter.

Cependant, un facteur limitant ce développement est le manque de médecins-anesthésistes. La densité en anesthésistes pour 1 000 séjours réalisés en chirurgie, hospitalisation complète et ambulatoire, était en 2016 près de deux fois inférieure au CHRO à la densité moyenne relevée pour les centres hospitaliers régionaux et universitaires, hors APHP, APHM et HCL. Cette densité a même diminué légèrement en 2017. Identifiée comme point de fragilité par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2016, l'équipe médicale d'anesthésie a pu être néanmoins renforcée de sept praticiens. Malgré ce résultat satisfaisant, la sous-densité persistante d'anesthésistes constitue encore aujourd'hui un frein à la consolidation de l'activité chirurgicale. Par ailleurs, le CHRO indique avoir pris des mesures pour renforcer l'attractivité médicale de l'établissement comme le décompte du temps de travail des médecins en « temps continu » plutôt qu'en demi-journée et le soutien des praticiens hospitaliers qui souhaitent développer une activité libérale.

2.2.2 Des taux d'occupation insuffisants

Comme l'indique le tableau ci-après, le taux d'occupation global des capacités médecine-chirurgie-obstétrique du nouvel équipement atteint seulement 80,5 % en 2017, ce qui est en-deçà du niveau moyen de 81,6 % constaté sur la période 2012-2014 dans l'ancienne configuration. Pour les secteurs de médecine et d'obstétrique, les taux d'occupation sont proches des niveaux qui étaient les leurs antérieurement. Ils ont fortement progressé pour la chirurgie.

Tableau n° 9 : Évolution des capacités et de l'activité médecine – obstétrique – chirurgie

Sites hospitaliers	Hôpital Porte Madeleine et Hôpital de La Source			Nouvel Hôpital d'Orléans, Hôpital Porte Madeleine et Hôpital de La Source		Nouvel Hôpital d'Orléans	Évolution 2017/2014
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Médecine (HC)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2014
Lits installés au 31/12	566	562	558	654	665	650	16,5 %
Journées exploitables (a)	207 119	201 972	175 972	211 170	223 868	237 061	34,7 %
Séjours (RSA)	32 948	32 746	32 721	32 823	33 827	34 265	4,7 %
Journées réalisées (b)	163 210	160 568	156 706	167 860	183 942	184 831	17,9 %
Taux d'occupation (b/a)	78,8 %	79,5 %	89,1 %	79,5 %	82,2 %	78,0 %	
Chirurgie (HC)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2014
Lits installés au 31/12	206	219	216	218	207	205	-5,1 %
Journées exploitables (a)	75 200	78 186	75 047	76 979	73 850	74 744	-0,4 %
Séjours (RSA)	10 297	10 401	10 166	9 751	9 858	9 782	-3,8 %
Journées réalisées (b)	67 078	66 771	65 175	67 615	70 898	72 192	10,8 %
Taux d'occupation (b/a)	89,2 %	85,4 %	86,8 %	87,8 %	96,0 %	96,6 %	
Obstétrique (HC)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2014
Lits installés au 31/12	107	107	107	125	125	110	2,8 %
Journées exploitables (a)	39 121	38 989	38 820	42 886	45 420	43 800	12,8 %
Séjours (RSA)	5 344	5 380	5 401	5 592	5 684	5 834	8,0 %
Journées réalisées (b)	26 407	26 396	26 858	28 867	30 461	29 243	8,9 %
Taux d'occupation (b/a)	67,5 %	67,7 %	69,2 %	67,3 %	67,1 %	66,8 %	
Synthèse MCO (HC)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2014
Total Lits MCO installés au 31/12	879	888	881	997	997	965	9,5 %
Journées totales exploitables (a)	321 440	319 147	289 839	331 035	343 138	355 605	22,7 %
Total des séjours (RSA)	48 589	48 527	48 288	48 166	49 369	49 881	3,3 %
Journées totales réalisées (b)	256 695	253 734	248 739	264 342	285 301	286 266	15,1 %
Taux d'occupation global MCO (b/a)	79,9 %	79,5 %	85,8 %	79,9 %	83,1 %	80,5 %	

Source : Hospidiag (données ATIH) sauf SAE 2017 pour les journées exploitables 2017

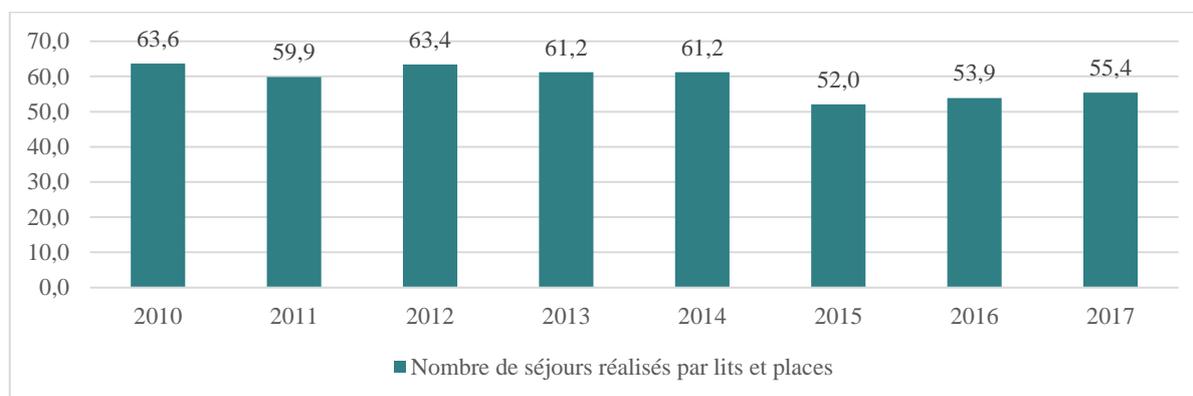
Ces indicateurs mettent en évidence la sous-utilisation des capacités hospitalières du nouvel hôpital, conséquences des facteurs signalés ci-dessus.

Hormis en chirurgie, les taux d'occupation sont très inférieurs aux taux cibles nationaux retenus par le COPERMO pour analyser le dimensionnement capacitaire des projets d'investissement immobilier hospitalier, à savoir 95 % en médecine et chirurgie et 85 % en obstétrique.

Toutefois en chirurgie, comme il vient d'être explicité, les taux proviennent pour l'instant de durées moyennes de séjours et de niveau d'offre en chirurgie ambulatoire qui ne sont pas encore suffisamment optimisés.

Il en résulte que l'efficacité de l'équipement reconstruit est plus faible que la précédente. Comme le montre le graphique n°1, l'évolution du nombre de séjours par lits et places a chuté de 13 % de 2010 à 2013. Elle va continuer à diminuer avec les progrès de la performance médicale indispensable à l'équilibre économique de l'exploitation.

Graphique n° 1 : Nombre de séjours réalisés²² par lit et place



Source : calculs CRC d'après la base de données brutes Hospidiag

Principal investissement public hospitalier de France au lancement de sa construction en 2010, le CHRO se classait en 2017, au plan national, parmi les CHR/CHU les moins performants en nombre de séjours par lits et places, avec 55,4 séjours par lits et places pour une médiane de 69,44.

Tableau n° 10 : Efficience des capacités d'hospitalisation des centres hospitaliers universitaires

Rang	Établissement	Nombre de lits et places MCO	Activité en RSA (hors séances)	Séjours/lit
30	CHR ORLÉANS	1 111	61 556	55,41
	Moyenne			69,72
	Médiane			69,44

Source : calcul CRC d'après données brutes Hospidiag

²² En nombre de Résumés de sorties anonymes (RSA) d'hospitalisation complète et ambulatoire.

Certes, la mise en service encore récente du NHO laisse espérer que des ajustements organisationnels feront progresser l'exploitation. Cependant, une part de ces améliorations conduira à développer l'ambulatoire et à optimiser les durées de séjours ce qui ne réduira pas la surcapacité.

Or, le capacitaire détermine les coûts d'exploitation de l'équipement. Par conséquent, il doit être optimisé pour rationaliser autant que possible les charges fixes et accroître les marges financières et de décision à un niveau donné d'activité.

Au regard de la méthode préconisée par le COPERMO pour déterminer la capacité optimale d'un établissement de soin, le CHRO présente une surcapacité de 133 lits dont 117 pour le seul secteur médecine, en l'état des pratiques de durée de séjours et d'offre de soins ambulatoires. Tout développement de l'ambulatoire ne fera que renforcer cette surcapacité.

2.2.3 Le bilan des forces et faiblesses souligne l'absence de méthode pour construire le nouvel hôpital d'Orléans

2.2.3.1 Le nouvel hôpital d'Orléans permet de réels gains sécuritaires et fonctionnels correspondants aux objectifs de l'étude initiale d'optimisation

À la suite de l'abandon, au début des années 1980, du projet de transfert de l'ensemble des activités de court séjour sur le site de La Source, le CHRO a continué de fonctionner sur deux sites jusqu'à l'ouverture du NHO en 2015-2016. Le maintien de deux sites de soins aigus génèrait des surcoûts de fonctionnement importants qui n'ont toutefois jamais été évalués avec précision.

La vétusté du site historique de Porte-Madeleine (construit au XVII^e siècle et agrandi au XIX^e siècle) réduisant le confort hôtelier des patients et nécessitant d'effectuer régulièrement d'importants travaux de mise aux normes de sécurité, constituait également un facteur de surcoût en même temps qu'un frein au développement des activités de pointe.

L'étude PATMO avait également identifier la structure du bâti de l'hôpital de La Source comme un obstacle au développement de nouvelles activités. Ses caractéristiques techniques rendaient coûteuses les restructurations nécessaires pour répondre aux évolutions de la technologie médicale et des modes de prise en charge.

Hôpital entièrement neuf, le NHO constitue un gain incontestable en matière de confort hôtelier (80 % de chambres individuelles) et de sécurité des soins. Les services d'hospitalisation adultes de Porte Madeleine n'étaient pas adossés à des lits de réanimation, les patients nécessitant dès lors un transfert par ambulance vers La Source. Le regroupement sur un site unique garantit désormais l'accès immédiat des patients, d'une part, aux unités d'anesthésie et de réanimation adultes et, d'autre part, à un plateau technique d'imagerie et de biologie moderne.

2.2.3.2 L'augmentation de la taille des unités d'hospitalisation a renforcé deux atouts plus anciens, la productivité du personnel et une maîtrise des coûts salariaux accrue à compter de 2011

Le regroupement des services de soins sur un seul site a cependant permis de consolider un réel atout qui est la productivité du personnel.

Le tableau n° 11 fournit une comparaison des dotations en personnels soignants entre le CHRO et les CHR ou CHU de France, y compris APHP, APHM et HCL.

Tableau n° 11 : Comparaison des dotations en personnels soignants CHRO / CHRU France

MCO	2013	2014	2015	2016	2017
CHRU France (yc HCL, APHM, APHP)					
Séjours	2 792 032	2 797 851	2 826 080	2 867 385	2 867 019
Dont séjours de 0 jours	262 005	248 620	253 195	256 380	292 263
Journées	16 149 561	16 115 229	16 069 305	16 106 581	15 954 941
Personnels disciplines MCO					
IDE	66 551	67 518	67 544	68 502	68 576
AS	45 524	46 447	46 154	46 525	46 264
Médecins salariés	24 411	24 450	24 371	24 761	25 052
Internes (yc FFI)	13 036	13 898	14 643	15 612	16 007
Densité de personnels					
IDE / 1000 journées	4,1	4,2	4,2	4,3	4,3
AS / 1000 journées	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9
Médecins salariés / 1000 journées	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
Internes (yc FFI) / 1000 journées	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0
MCO	2013	2014	2015	2016	2017
CHRO					
Activité					
Séjours	48 894	48 205	47 082	47 928	48 002
Dont séjours de 0 jours	2 429	2 318	1 966	1 476	1 743
Journées	271 695	265 833	282 275	303 452	302 569
Personnels disciplines MCO					
IDE	949	972	1 010	1 058	1 087
AS	712	704	713	769	809
Médecins salariés	335	340	355	359	361
Internes (yc FFI)	108	111	131	130	141
Densité de personnels					
IDE / 1000 journées	3,5	3,7	3,6	3,5	3,6
AS / 1000 journées	2,6	2,6	2,5	2,5	2,7
Médecins salariés / 1000 journées	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2
Internes (yc FFI) / 1000 journées	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5

Source : extraction de la statistique annuelle des établissements de santé, 2013-2017

Rapportée à l'activité en journées d'hospitalisation, la dotation en personnels soignants est restée pratiquement identique en passant de l'ancienne configuration à la nouvelle. La dotation a évolué de 7,7 équivalent temps plein (ETP) pour 1 000 journées d'hospitalisation en 2013, tout personnel soignant confondu à 8 ETP en 2017, du fait d'une légère augmentation des proportions d'infirmières, d'aides-soignants et d'internes.

À cet égard, il convient de rappeler que la principale décision prise par l'établissement, à la suite de l'audit de l'ANAP, a été de rationaliser les besoins en personnels de la nouvelle structure. Pour ce faire, la taille des unités d'hospitalisation conventionnelle (hors activités à effectifs normés) a été augmentée de 12 à 15 lits afin de réduire les effectifs d'infirmiers diplômés d'État (IDE) et d'aides-soignants (AS). Cette mesure a permis de passer d'un ratio d'un IDE/un AS de 12 lits à un même ratio pour 15 lits.

La taille des équipes soignantes est inférieure aux niveaux moyens de dotations en personnel par journées et par lits constatés dans les CHRU français où y a, en 2017, en moyenne 9,8 ETP soignants pour 1 000 journées d'hospitalisation contre 8 ETP à Orléans.

Enfin, la maîtrise des effectifs est allée de pair avec une maîtrise des charges de personnel. Le tableau n° 12 fait ressortir un accroissement des charges de personnel de 22 % entre 2011 et 2018 alors que le chiffre d'affaires, hors aides à l'investissement, a progressé de 32 %. Les mêmes remarques pourraient être formulées s'agissant des autres catégories de personnels (administratifs, techniques et ouvriers, médicotextuels, éducatifs et sociaux).

Tableau n° 12 : Évolution comparée du chiffre d'affaires retraité des aides à la reconstruction et des charges de personnels

Compte de résultat principal (H)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2010
Chiffre d'affaires (a)	314 M€	326 M€	338 M€	342 M€	360 M€	367 M€	386 M€	392 M€	402 M€	28 %
Aides à l'investissement AC (b)	25 M€									
Aides à l'investissement FIR (c)	8 M€	8 M€	8 M€	7 M€						
Chiffre d'affaires retraité des aides à la reconstruction du NHO (a-(b+c))	280 M€	292 M€	304 M€	310 M€	328 M€	335 M€	354 M€	360 M€	370 M€	32 %
<i>Ex N/N-I</i>		4,3 %	4,1 %	1,8 %	5,9 %	2,1 %	5,7 %	1,7 %	2,8 %	
Charges de personnel	197 M€	203 M€	209 M€	212 M€	217 M€	229 M€	239 M€	244 M€	240 M€	22 %
<i>Ex N/N-I</i>		3,0 %	2,9 %	1,5 %	2,3 %	5,5 %	4,5 %	1,9 %	-1,6 %	

Source : comptes financiers, situation financière provisoire 2018 et notifications budgétaires des aides à la reconstruction (AC 25 M€ DGOS, FIR 7 M€ ARS 1 et 2)

Au plan opérationnel, l'ouverture du NHO n'a pas fait perdre au CHRO son avantage compétitif sur ce point. Le coût moyen du personnel (tous statuts et toutes filières confondus) par lit et place a globalement peu évolué sur la période 2010-2017. Il est resté contenu autour de 0,2 M€ annuels par lit et place, confirmant la maîtrise des dépenses de personnel.

Enfin, la structure des emplois traduit la volonté de l'établissement de limiter la rigidité de ses charges structurelles : 50 % des recrutements de personnels non-médicaux intervenus entre 2010 et 2017 l'ont été en contrat à durée déterminée (CDD). Cette stratégie lui confère une capacité importante à adapter ses effectifs à l'évolution de l'activité.

2.2.3.3 Les décisions ultérieures ont conduit à augmenter de 66 % les surfaces à exploiter sans aucun fondement économique ou technique

L'établissement a produit le décompte de l'évolution des surfaces exploitées depuis 2011.

Tableau n° 13 : Évolution des surfaces exploitées depuis 2011

Évolution des surfaces utiles bâties m ²	Hôpitaux Porte Madeleine et La Source	Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO)	Évolution 2015/2011
Pôles cliniques et médicotechniques	2011	2015	
Bio pathologie	2 778	2 858	3 %
Imagerie	3 257	6 145	89 %
Médecine interventionnelle	9 434	12 146	29 %
Métiers de l'urgence	5 948	12 231	106 %
Appui à la qualité des soins	4 887	6 605	35 %
Médecines à fortes consultations	10 638	18 098	70 %
Chirurgie et anesthésie-réanimations adultes	12 353	14 480	17 %
Femme enfant	15 214	12 600	-17 %
Total	64 509	85 163	32 %
Pôles administratifs et techniques	2011	2015	Évolution 2015/2011
Direction générale	5 541	10 833	96 %
Ressources humaines	4 635	4 767	3 %
Expertise	2 876	3 462	20 %
Ressources matérielles (circulations générales et locaux techniques)	28 965	72 429	150 %
Total	42 017	91 491	118 %
Total des surfaces bâties	106 526	176 654	66 %
Ratio surfaces pôles administratifs et techniques / pôles cliniques et médicotechniques	0,65	1,07	

Source : Centre hospitalier d'Orléans, présentation CRC

Les surfaces affectées aux soins augmentent de 32 % en lien avec une augmentation similaire prévue du nombre de lits et places. Si les surfaces affectées aux services administratifs ont été rationalisées avec une diminution de 19 %, celles dédiées aux circulations générales et locaux techniques font plus que doubler sans autre explication que le choix du projet architectural.

La chambre observe que, partant d'un objectif d'optimisation, une liste de demandes de lits et places émanent d'un projet médical, mis à jour postérieurement à la présentation du projet de reconstruction à la tutelle de l'hôpital et un choix architectural manifestement ambitieux, se sont ajoutés pour arriver à un équipement dont la surface est agrandie des deux tiers sans aucune étude de faisabilité économique.

2.2.3.4 De surcroît, cet équipement de pointe n'a pas été conçu selon la démarche du « coût global »

Afin d'assurer la neutralité de l'opération d'investissement sur les coûts d'exploitation opérationnelle, le CHRO a pris l'engagement d'équilibrer les surcoûts de fonctionnement du nouvel équipement par la suppression des coûts induits par la configuration multi site.

Pour ce faire, des fonctions médicales support ont été centralisées (anesthésie, plateau technique, pharmacie ...), des doublons entre les deux sites (cuisine, vagemestre, accueil-sécurité ...) supprimés et des moyens autrefois dispersés ont pu être mutualisés (logistique, maintenance biomédicale, bio-nettoyage, hôtellerie, brancardage et secrétariats médicaux...). Les transports ambulanciers intersites ont été supprimés. Ces gains devaient compenser intégralement les surcoûts opérationnels d'exploitation du nouvel hôpital.

L'hôpital aurait dû évaluer en temps utile la faisabilité de cette équation en chiffrant de manière aussi précise que possible les surcoûts induits par le nouvel équipement, exigence

formulée de longue date par le code de la santé publique pour tout projet d'investissement hospitalier d'envergure.

Pourtant, ce n'est qu'en juillet 2010 que la direction générale de l'établissement a étudié les coûts de fonctionnement du nouvel hôpital : « *Dès lors que le projet du Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO), dans son chapitre investissement, est maintenant financé, d'une part, et le chantier débuté, la question est désormais posée de savoir quels seront les déterminants de l'équilibre économique de son fonctionnement* »²³.

L'initiation tardive de cette étude, dont atteste une note interne du 9 décembre 2010, démontre que le projet n'a pas été conçu selon la démarche dite du « coût global »²⁴, laquelle doit intervenir nécessairement en amont de l'autorisation de la tutelle d'engager l'investissement pour avoir une utilité réelle.

Ce constat conduit à mettre en doute la réalité du retour sur investissement du premier chantier hospitalier de France, tel que présenté positif à 272 M€ à la fin d'exploitation de l'équipement (2044) lors du conseil d'administration du 21 décembre 2007. D'autant que le conseil d'administration de l'hôpital avait demandé, en septembre 2008, d'y ajouter 122 M€ de travaux correspondant à un plot supplémentaire (Pôle 12 / APS) dont il avait retenu le principe dans sa séance du 27 juin 2008.

Cela n'a pas davantage empêché la direction générale du CHRO d'écrire dans une note du 7 décembre 2010, au moment où l'ANAP cherchait à arrêter le projet, que « *L'on imagine que, lors de l'ouverture du NHO, les économies liées, à titre principal, au regroupement sur un seul site, proche de 20 millions d'euros par an, seront de nature à compenser intégralement les surcoûts de fonctionnement du NHO, que l'on situe mal aujourd'hui, même si l'ANAP les pressent à un niveau très élevé.* ». Cependant, le CHRO estimait lui-même, en juin 2015, des surcoûts nets d'exploitation de 8,2 M€ par an.

La chambre observe que l'importance des aides à la reconstruction, versées par le ministère de la santé et l'ARS, en atténuation de la charge des emprunts souscrits pour l'opération, et la certitude d'un apport d'activités suite à la recomposition future de l'offre de soins sur le département du Loiret et la région Centre – Val de Loire, ont contribué à ce que l'hôpital perde de vue l'impératif de juste dimensionnement de l'investissement, plutôt que d'être « *le plus important investissement hospitalier de France et le plus important investissement jamais réalisé à Orléans* ». Elle constate qu'il s'agit certainement du plus important investissement hospitalier réalisé par des professionnels, hors toute élaboration préalable d'un plan d'affaires (« *business plan* ») à l'attention des donneurs d'ordre et bailleurs de fonds. L'intervention de l'ANAP en 2010-2011 pour améliorer l'efficacité médico-économique du nouvel hôpital alors que l'opération entrait dans sa phase de pleine réalisation, en constitue une preuve manifeste.

²³ Note du directeur général adjoint datée du 27 juillet 2010.

²⁴ L'approche en « coût complet » ou « coût global » permet de prendre en compte les coûts d'un projet de construction au-delà du simple investissement, en s'intéressant à son exploitation, à sa maintenance, au remplacement des équipements ou des matériaux, voire à la déconstruction du bâtiment. Il s'agit de chiffrer de façon prévisionnelle l'ensemble des coûts d'un immobilier pendant toutes les phases de son cycle de vie.

2.2.3.5 Le défaut d'équilibre économique du NHO résulte des surcoûts de fonctionnement et d'investissement de l'équipement construit

Les charges de structure ont considérablement augmenté, faisant écho au doublement des surfaces allouées aux pôles techniques et aux circulations et à l'augmentation d'un tiers des surfaces allouées aux soins, signalés précédemment.

La chambre a décomposé le résultat économique dégagé par lit entre produits d'activités, hors aides à l'investissement, et charges de personnel, charges médicales, d'hôtellerie et d'exploitation et charges d'investissement via les frais financiers et les amortissements. Il ressort que la marge dégagée par lit ne suffisait déjà pas, dès avant l'ouverture, à couvrir le coût d'exploitation. La fraction du coût d'exploitation unitaire d'un lit non couvert par le chiffre d'affaires était en moyenne de 25 200 € en 2010-2012. Malgré le redressement opéré de 2016 à 2018, le déficit de 40 000 € par lit en 2018 reste très supérieur à celui constaté en 2010-2012.

Certes, la chambre constate l'effort de productivité du personnel, le chiffre d'affaires et les charges de personnel par lit augmentant respectivement de 10 % et 1 %, les charges médicales, hôtelières et générales ayant augmenté en volume, de respectivement 19 % et 31 %. Mais l'évolution défavorable de l'équilibre économique du CHRO résulte directement de surcoûts structurels et pérennes.

La forte croissance de ces composantes du coût d'exploitation des lits démontre que l'objectif de compenser ces surcoûts par les économies liées au regroupement du court séjour sur un site unique n'a pas été atteint. Ainsi, dans la note de juin 2015, signalée précédemment, l'établissement évaluait à 8,2 M€ les surcoûts d'infrastructure résultant du NHO qu'il devrait supporter après prise en compte des économies attendues du regroupement.

De toute évidence, le saut technologique, le renforcement du plateau technique, l'augmentation des capacités hospitalières et l'extension des surfaces exploitées impliquées par les évolutions successives du projet, ne créaient pas les conditions matérielles et constructives pour atteindre la neutralité budgétaire de l'opération.

Si l'hôpital a fourni les efforts nécessaires pour couvrir, en 2018, après deux années défailtantes, ses coûts d'exploitation opérationnels, il ne parvient pas à couvrir les charges d'amortissement et de la dette liées à la reconstruction.

Cet objectif devra être atteint en captant des recettes d'activité supplémentaires, sachant qu'un important effort de réduction des charges courantes a été réalisé en 2017 et 2018. Le volume de marge brute supplémentaire à dégager – 48,9 M€ en 2018 hors aides à l'investissement (17 M€ avec les aides à l'investissement) – équivaut à 15 600 séjours d'hospitalisation complète et, avec les aides à l'investissement actuelles qui seront versées jusqu'en 2028, à 5 400 séjours d'hospitalisation complète, valorisés au poids moyen du cas traité de 2017 (3 125 €/séjour), sur 49 881 séjours d'hospitalisation complète réalisés en 2017.

En définitive, l'établissement aurait besoin d'augmenter de 10,8 % son activité d'hospitalisation complète à charges de personnel, médicales et hospitalières constantes, et de 31,2 % à l'horizon 2028 pour dégager la marge brute supplémentaire nécessaire à son équilibre financier de long terme. Cette cible d'activité exprimée en termes médico-économiques peut être rapprochée de l'estimation effectuée précédemment d'un surdimensionnement actuel de 13,5 % des unités d'hospitalisation complète suivant la méthodologie utilisée par l'ANAP.

Pour la chambre, les freins identifiés au développement de l'activité amènent à douter de la faisabilité d'un tel objectif.

Recommandation n° 3 : Auditer l'équipement réceptionné afin d'identifier les réorganisations possibles de l'utilisation des espaces en optimisant ceux affectés aux soins et à la gestion. L'enjeu est d'identifier des étages voire des bâtiments qui pourraient être désaffectés et dont l'externalisation pourrait alléger les charges de structure (location à des activités sanitaires ou tertiaires, cessions...).

2.3 En conséquence, la situation financière s'est détériorée

Le double constat d'un contexte régional difficile et de l'impact du surdimensionnement sur la couverture des charges d'exploitation, conduit à envisager d'autres voies que la seule croissance d'activité pour atteindre un équilibre économique pérenne.

2.3.1 Le fonctionnement reste dépendant des aides de la tutelle

La capacité brute d'autofinancement du CHRO ne retrace pas la réalité de sa situation financière qui bénéficie d'importantes aides à la reconstruction. Elle ne représente pas sa capacité économique réelle à couvrir la charge annuelle de la dette et à financer ses projets d'investissements. Pour cette raison, il est nécessaire de considérer la capacité brute d'autofinancement non aidée.

Tableau n° 14 : Capacité brute d'autofinancement retraitée des aides à l'investissement du CHRO

Tous comptes de résultats	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Capacité d'autofinancement brute aidée	44,57 M€	49,73 M€	46,09 M€	39,76 M€	38,86 M€	19,52 M€	25,73 M€	25,94 M€	41,96 M€
Aides à l'investissement AC NHO	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€	25,00 M€
Aides à l'investissement FIR NHO	8,40 M€	8,40 M€	8,40 M€	7,28 M€	7,28 M€	7,28 M€	7,28 M€	7,28 M€	7,28 M€
Capacité d'autofinancement brute retraitée des aides NHO	11,17 M€	16,33 M€	12,69 M€	7,49 M€	6,58 M€	-12,76 M€	-6,55 M€	-6,34 M€	9,68 M€

Source : Calculs CRC d'après comptes financiers

Le montant de capacité d'autofinancement brute supplémentaire à dégager à partir de 2029 sera de 31 M€ par an. Au regard du bilan financier complet de l'opération et pour conserver une capacité d'autofinancement d'au moins 13 M€ sur les investissements courants hospitaliers et ceux de ses autres activités, cela implique un accroissement considérable de ce montant.

2.3.2 Les perspectives dressées par l'établissement sont inquiétantes

Désormais suivi en COPERMO, il a été demandé au CHRO en juillet 2018 de préparer un plan de retour à l'équilibre (PRE) dont la validation paraît avoir été reportée au second trimestre 2019 afin de lui permettre d'appliquer ses propres axes de redressement. La trajectoire financière présentée au COPERMO en juillet 2019 permet seulement d'atteindre la cible, fixée *a minima* par le comité à savoir 5 % de taux de marge brute hors aides en 2022 comme premier palier avant la fin de l'aide nationale à l'investissement. Afin de bien anticiper la fin de cette aide, le COPERMO recommande de porter à 7 % le taux de marge brute hors aides en 2024.

Un bilan était prévu en juillet 2019 à l'occasion d'un nouveau passage devant cette instance. L'objectif proposé par le CHRO est de diviser de moitié son déficit d'exploitation entre 2017 et 2022 : le résultat du compte de résultat principal passerait de - 10,6 M€ en 2017 à - 8 M€ en 2022. L'effort à réaliser est de 17,2 M€ sur cette période. L'hôpital prévoit de l'atteindre grâce à des mesures d'économies pour 12 M€ et des recettes nouvelles à hauteur de 5,2 M€. Selon le directeur en fonction, la seconde version du COPERMO validée lors de la session de juillet 2019 présente un résultat légèrement excédentaire en 2022.

Ce projet s'articule essentiellement autour de réductions de postes (- 136 ETP de personnel non médical à horizon 2021) et la fermeture de 52 lits entre 2016 et 2021. Il est également prévu de créer 13,4 ETP médicaux en vue de développer certaines activités de soins (cardiologues, etc.) et onze places ambulatoires supplémentaires (chirurgie et médecine interventionnelle, etc.).

La chambre estime que cette trajectoire de retour à l'équilibre reste insuffisante. En premier lieu, les services de soins de suites et de réadaptation ne sont que marginalement concernés alors que, comme explicité précédemment, ces unités hospitalières possèdent des marges d'efficience réelles. La circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 rappelle que « le plan de retour à l'équilibre est global, il concerne toutes les activités de l'établissement. Le plan de retour à l'équilibre doit porter sur l'ensemble des ressources et des emplois de l'établissement ».

En second lieu, l'objectif proposé est de réduire progressivement le résultat déficitaire du compte de résultat principal (CRP) et d'atteindre l'équilibre à l'horizon 2022 mais pas de dégager des résultats excédentaires permettant l'apurement des déficits antérieurs. Or, le report à nouveau est négatif de - 96 M€ à fin 2018 au compte de résultat principal et de - 94 M€ tous budgets confondus. Le plan de retour à l'équilibre ambitionne d'arrêter l'érosion des fonds propres de l'établissement mais ne permettra pas de les reconstituer.

Enfin, la trésorerie nette projetée à l'horizon 2022 est de 57,9 M€, soit l'équivalent de 52 jours de charges courantes, supérieure à l'encaisse minimale de sécurité de 20 jours dont un établissement de santé doit disposer pour assurer la continuité du service, toujours soutenue par la dotation MIGAC de 25 M€ annuels versés au titre de la reconstruction. Sans cette aide, la trésorerie nette serait positive de 32,9 M€ en 2022, soit l'équivalent d'un peu moins de 30 jours de charges courantes, ce qui relativise l'amélioration projetée de cet agrégat majeur. En d'autres termes, le CHRO doit anticiper les conséquences de la cessation de cette aide, prévue en 2029, sur sa structure financière et consolider sa trésorerie en prévision. Un travail sur le désendettement est en cours afin d'optimiser le niveau de trésorerie.

La chambre a reconstitué les indicateurs principaux du plan de retour à l'équilibre 2018-2022 dans le tableau n° 15.

Tableau n° 15 : Indicateurs principaux du plan de retour à l'équilibre 2018-2022

Indicateurs financiers du PRE 2018-2022						
Équilibre d'exploitation	Définitif	Définitif	Prospectif			
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Taux de marge brute non aidée (%)	0,1	3,83	3,25	3,87	4,37	4,79
Résultat comptable CRP	-10,617 M€	-4,131 M€	-6,670 M€	-2,936 M€	-1,076 M€	+0,042 M€
Résultat comptable consolidé (tous CR confondus)	-10,677 M€	-2,794 M€	-5,670 M€	-2,436 M€	-0,776 M€	+0,342 M€
Financement des investissements	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CAF brute	25,633 M€	41,645 M€	37,011 M€	39,244 M€	40,681 M€	41,866 M€
dont aides financières	33,741 M€	34,041 M€	26,463 M€	26,463 M€	26,463 M€	26,463 M€
Nouveaux emprunts	30,000 M€					
Dotations, subventions	2,717 M€	2,246 M€	1,024 M€	1,024 M€		
Équilibre bilanciel	2017	2018	2019	2020	2021	2022
FRNG	77,703 M€	85,171 M€	83,587 M€	83,118 M€	88,669 M€	96,611 M€
FRNG en nombre de jours de charges courantes	70	77	76	75	80	87
BFR	51,409 M€	42,254 M€	38,754 M€	38,754 M€	38,754 M€	38,754 M€
BFR en nombre de jours de charges courantes	46	38	35	35	35	35
Trésorerie nette (TN)	26,294 M€	42,918 M€	44,833 M€	44,364 M€	49,915 M€	57,857 M€
TN en nombre de jours de charges courantes	24	39	40	40	45	52
Dette	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Encours de dette au 31/12/N	471,743 M€	453,936 M€	436,253 M€	418,541 M€	400,940 M€	383,290 M€
CAF brute (aides financières incluses)	25,633 M€	41,645 M€	37,011 M€	39,244 M€	40,681 M€	41,866 M€
Capacité de désendettement (aides financières incluses) exprimée en années	18	11	12	11	10	9

Source : Projet de retour à l'équilibre (CHRO), calculs CRC

Recommandation n° 4 : En vue de l'achèvement de l'opération, provisionner la déconstruction de l'ancien hôpital de la Source (coût prévisionnel de 32 M€) selon les modalités prévues par l'instruction M21.

2.3.3 Le niveau d'endettement place l'établissement dans une situation de dépendance des aides très élevées

Le tableau n° 16 présente le calcul des ratios d'endettement prescrits par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011.

Le recours massif à l'emprunt pour financer la reconstruction du NHO a épuisé ses marges de manœuvre. Avec un encours de dette qui atteint 453,9 M€ fin 2018, son ratio d'endettement reste au-dessus de dix ans malgré les bonnes performances récentes. Ce résultat n'est d'ailleurs possible que grâce au soutien financier annuel de la tutelle. Sans ces aides, l'hôpital ne peut pas assurer le remboursement en capital des emprunts souscrits.

Ce ratio se situe bien au-delà des limites prévues par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique (CSP). Désormais toute décision de recours à l'emprunt est subordonnée à une autorisation préalable de l'ARS. L'autonomie décisionnelle de l'établissement en ressort amoindrie.

Tableau n° 16 : Ratios d'endettement du CHRO

Ratios d'endettement (décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables) Limite ≤ 50 %</i>	36,60 %	37,62 %	52,08 %	58,84 %	61,00 %	64,52 %	65,92 %	67,67 %	67,27 %
<i>Ratio de solvabilité (dette financière / CAF brute) exprimé en années Limite ≤ 10 ans</i>	2	3	6	9	11	25	18	18	11
<i>Taux d'endettement (Dette financière rapporté au total des produits) Limite ≤ 30 %</i>	30,89 %	34,86 %	67,62 %	93,85 %	103,26 %	114,36 %	94,76 %	95,27 %	104,8 %

Source : comptes financiers et comptes financiers provisoires pour 2018

Le retour à un équilibre financier durable impose d'anticiper au plus tôt les conséquences de la fin du versement des aides en renforçant la marge brute d'exploitation. Or, comme vu *supra*, les mesures projetées dans le plan de retour à l'équilibre (PRE) limitent à 4,04 % des produits courants d'exploitation la marge brute non aidée atteinte en 2022 au prix de 12 M€ d'économies à réaliser et de 5 M€ de recettes d'activités à trouver.

Ce niveau est bien en deçà de l'objectif d'un taux de marge brute d'exploitation fixé par les autorités de tutelle²⁵ à 8 % des produits courants hors aides, taux que la Cour des comptes recommande de rendre opposable lors de la validation des projets d'investissement²⁶. De plus, l'opération de reconstruction n'est pas achevée. Il reste à déconstruire la friche de l'ancien hôpital de La Source pour un coût estimé à 32 M€ et réaliser un verger paysager en lieu et place. Le nouvel hôpital d'Orléans aura quinze ans en 2030. À compter de 2025, les charges d'entretien et de gros entretiens deviendront très significatives. L'évolution des techniques médicales et de soins nécessitent par ailleurs une capacité permanente à investir si le CHRO veut défendre sa position d'hôpital régional de recours.

Recommandation n° 5 : Fixer un objectif de marge brute d'exploitation (hors aides) suffisant pour assurer à la fois l'amortissement de la dette et le financement de l'investissement courant en anticipant dès à présent la fin de l'aide nationale à l'investissement en 2028. Si l'établissement souhaite continuer à raisonner en résultat comptable et non en capacité d'autofinancement nette hors aides, il doit dégager des résultats permettant d'apurer les déficits cumulés (-104 M€ à fin 2017 après affectation des résultats) et revenir à une trésorerie nette équilibrée non sur les cinq prochaines années mais sur l'intégralité de la durée prévisionnelle d'exploitation du NHO.

²⁵ Instruction interministérielle du 4 mars 2016.

²⁶ La dette des hôpitaux – Rapport public annuel 2018 de la Cour des comptes, p. 295.

3 CONCLUSION

La chambre rappelle que la reconstruction de l'hôpital d'Orléans s'est accompagnée d'un surdimensionnement de l'équipement alors que l'objet initial était simplement de le regrouper sur un site unique et de moderniser l'offre de soins. Cette dérive apparaît comme la conséquence d'un soutien financier exceptionnel. L'hôpital a espéré un temps qu'il se traduirait par une majoration définitive de près de 34 M€ par an de la dotation de base de l'hôpital.

L'exigence d'un audit du plan global de financement pluriannuel par l'agence régionale de santé, nouvellement mise en place, n'a pas permis de suspendre l'opération pour en définir, de manière professionnelle, les conditions de faisabilité. Tout au moins a-t-elle permis de préciser et d'améliorer l'organisation des unités de soins dans le futur hôpital. Le centre hospitalier dispose aujourd'hui d'un atout non négligeable : une productivité satisfaisante de son personnel. Le recours prudent à des agents sous contrats à durée déterminée lui permet de mieux adapter ses charges salariales à l'activité.

La chambre estime que la stratégie actuelle de contractions des effectifs et du nombre de lits ouverts en attendant une reprise de l'activité, n'est pas suffisante pour garantir le retour à un équilibre économique pérenne.

Le CHRO comptait, et compte toujours, sur des décisions à venir de restructuration de l'offre de soins environnante pour capter davantage d'activité. Mais cette perspective s'éloigne. La nouvelle stratégie nationale (2018-2022) fait le choix de garantir l'accès à une offre de santé au plus près du domicile. Dans ce contexte, le projet de plan de retour à l'équilibre élaboré par l'établissement ne comporte aucune mesure visant à réduire les charges de structure liées au NHO. Or la cause des difficultés actuelles provient essentiellement du surdimensionnement de l'équipement, qui pèse sur le coût d'exploitation des lits et places et sur la situation financière d'ensemble de l'établissement de santé.

ANNEXES

Annexe n° 1. Procédure	44
Annexe n° 2. Présentation succincte des principales étapes du projet.....	45
Annexe n° 3. Bilan financier prévisionnel de la construction du nouvel hôpital régional d'Orléans ...	47
Annexe n° 4. Flux financiers issus du plan de financement de l'opération de reconstruction du CHRO	48
Annexe n° 5. Glossaire	49

Annexe n° 1. Procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

<i>Objet</i>	<i>Dates</i>	<i>Destinataires</i>	<i>Dates de réception des réponses</i>
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	2 mai 2018	M. Olivier Boyer, directeur général du CHRO	
<i>Entretien de fin de contrôle</i>	1 ^{er} février 2019	M. Olivier Boyer	
<i>Délibéré de la chambre</i>	7 mai 2019		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires</i>	8 août 2019	M. Olivier Boyer	8 octobre 2019
<i>Délibéré de la chambre</i>	14 novembre 2019		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	20 décembre 2019	M. Olivier Boyer	Sans réponse

Annexe n° 2. Présentation succincte des principales étapes du projet

Par délibération du 12 mars 2004, le conseil d'administration du centre hospitalier a approuvé et transmis à l'Agence régionale d'hospitalisation un projet de reconstruction complète sur une emprise foncière adjacente à celle du bâtiment des années 70. Le chiffrage s'élevait à 375,9 M€ et 27,1 M€ d'équipements, inclus dans un programme pluriannuel d'investissement de 541,6 M€, valeur décembre 2012. Il correspondait à un besoin évalué en 2002 à 1 003 lits et places sur environ 132 304 m². Cette délibération est approuvée par un courrier du 21 juin 2004 du directeur général de l'agence régionale sous réserve de l'obtention de moyens budgétaires.

Une lettre du ministre de la santé publique au maire d'Orléans en date du 13 septembre 2005 a annoncé une majoration de 25 M€ de la dotation de base de l'établissement s'ajoutant à une majoration de 8,6 M€ déjà consentie et à une subvention au titre des études dans le cadre du dispositif Hôpital 2007. Pour formaliser cette aide, ce courrier renvoyait à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement. Celui-ci a été signé le 1^{er} avril 2007 en se référant au courrier du ministre.

Le programme technique détaillé a été approuvé par délibération en date du 10 mars 2006, prévoyant 1 184 lits et places sur une surface dans œuvres de 152 566 m². Au terme d'un concours d'architecture, une agence d'architecture a été retenue comme maître d'œuvre. Il en est résulté que, par délibération du 6 juillet 2007, le conseil d'administration s'est prononcé favorablement sur l'avant-projet sommaire, valorisant le coût prévisionnel du projet de 487,5 M€, valeur 2014. L'équipement prévu est organisé en un bâtiment ovale où se situent l'accueil principal, la maternité et la chirurgie, relié à trois plots organisés de manières similaire : accueil au rez-de-chaussée, soins ambulatoires et consultations au premier étage, hospitalisation complète aux étages supérieurs.

Par délibération du 30 mars 2007, le conseil d'administration de l'hôpital avait mis en place une organisation *ad hoc* afin de piloter le projet de reconstruction. Un groupe de synthèse, dirigé par le directeur général adjoint, était chargé des arbitrages et validations, de la prospective, du suivi financier et de l'analyse des écarts.

Un comité de pilotage, dirigé par le directeur général, associait le comité médical, le comité technique, un représentant des usagers, la direction des soins, le directeur des travaux et les directeurs délégués de pôle. Il était chargé des arbitrages de premier niveau, de la validation finale et de l'anticipation.

Par une nouvelle délibération en date du 1^{er} février 2008, le conseil d'administration s'est prononcé favorablement sur un avant-projet détaillé qui confirmait une évaluation du coût de reconstruction à 487 M€, valeur 2014, la superficie dans œuvre étant portée de 152 566 m² à 161 000 m².

Le 27 mars 2008, le centre hospitalier régional d'Orléans a obtenu de l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'autorisation de transfert des services de la porte Madeleine sur le site de La Source.

Le 26 septembre 2008, il a été soumis au conseil d'administration une réévaluation de l'opération de reconstruction à 590 M€, valeur 2014, par l'ajout au projet d'un plot supplémentaire destiné à accueillir le nouvel internat, la crèche du personnel et le service de soins de suites et de rééducation projeté à Saran. Le PPI est alors lui-même réévalué à 838 M€.

Par délibération du 25 septembre 2009, au vu des dernières estimations et de l'intégration de nouvelles opérations, le conseil d'administration a adopté une actualisation du programme pluriannuel d'investissement 2003-2015. Celui-ci a été réévalué à 918 813 262,2 €. L'actualisation était principalement liée à la revalorisation de l'estimation prévisionnelle des travaux et des équipements du NHO, ainsi qu'au projet de nouvel EHPAD sur Saran.

Le 13 octobre 2011, une mise à jour de l'organigramme indique que le comité de pilotage, instance de gestion, est élargi au président du conseil de surveillance, par ailleurs maire d'Orléans, élu à la tête de cette instance depuis le 20 juin 2010. Ce conseil s'était alors substitué au conseil d'administration dont la présidence était déjà assurée par le maire.

Annexe n° 3. Bilan financier prévisionnel de la construction du nouvel hôpital régional d'Orléans

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS
Construction du nouvel hôpital

ICADE Promotion - Orléans

BILAN FINANCIER PREVISIONNEL oct-17

RECAPITULATIF

NATURE DES DEPENSES	Références des prix Date de valeur	Montants engagés en € HT	Montants engagés en € TTC	Montants des révisions payées en € TTC	Montants payés en € TTC (y compris révisions)	Montants finaux prévisionnels en € TTC (y compris révisions)	Commentaires
I. FRAIS PRELIMINAIRES							
a1. Indemnités de concours		1 421 405	1 700 000		1 700 000	1 700 000	
a3. Frais de jury avec TVA	forme	2 010	2 324		2 324	2 324	
a5. Publicité avec TVA	forme	25 618	28 593		28 593	40 593	
a1. Reprographie	forme	49 549	59 280		59 280	65 280	
a1. Sondages, études de sol, géomètres	forme	436 985	622 877		509 127	528 017	
a1. Diagnostic complémentaires, ...	forme	313 434	375 821		368 196	450 250	
f1. Conseils en assurance	forme	20 200	24 159		24 159	33 759	
g1. Divers	Bordeaux	190 027	227 273		227 273	272 273	
Sous-total I.	-	2 459 227	2 940 207		2 918 933	3 082 476	
II. BRANCHEMENTS							
g1. Branchements	Bordeaux	16 932	16 932		16 932	22 932	
Sous-total II.	-	16 932	16 932		16 932	22 932	
III. TRAVAUX							
h0. Nouvel Hôpital et Magasins	valeur mai 2000	375 987 987	450 223 247	37 635 012	485 363 468	488 059 289	
h1. Parking silo 2	valeur janv 2000	12 153 807	14 535 953	408 528	14 930 695	14 930 695	
h2. Déconstruction		487 058	584 470			11 313 984	calcul fait avec le budget TDC Déconstruction à 15ME
h3 Travaux divers							
Sous-total III.	-	386 628 852	465 343 670	38 243 537	500 303 163	514 312 947	
IV. HONORAIRES							
i1. MOE	valeur juil 2000	48 841 625	58 457 368	4 416 228	63 865 106	65 385 343	
i1. CT	valeur juin 2000	1 887 067	2 020 178	227 298	2 211 096	2 275 594	
i1. OPC	valeur juil 2000	3 114 271	3 729 888	202 373	3 812 934	3 954 854	
m1. CS/PS	valeur juin 2007	659 802	790 019	66 586	795 833	850 870	
m1. SYNTHÈSE	valeur avr 2009	2 903 954	3 478 262	185 512	3 661 804	3 661 804	
p. Provisions sur honoraires						212 400	
Sous-total IV.	-	67 208 739	68 473 755	5 089 994	74 336 176	76 329 870	
V. ASSURANCES (TTC)							
a1. Assurances DO & TRC SILO 2	sans objet	237 585	237 585		237 585	237 585	
a2. Assurances DO & TRC NHO+Magasins	sans objet	7 112 014	7 112 014		7 112 003	7 213 403	
a3. Assurances DO et TRC Démolitions	sans objet					158 400	
Sous-total V.	-	7 349 600	7 349 600		7 349 588	7 609 388	
VI. REMUNERATION ICADE							
f1. Conduite d'opération	valeur sept 2004	3 841 094	4 599 803	693 628	4 921 734	5 253 765	
Sous-total VI.	-	3 841 094	4 599 803	693 628	4 921 734	5 253 765	
VII. AUTRES REMUNERATIONS							
s1. Programmation HYGEE	valeur sept 2004	324 750	388 401		388 401	388 401	
s3. Assistant HQE (HDD/GO)	valeur sept 2004	206 880	257 585		342 443	342 443	
s4. CERTIVEA	forme	2 625	3 150		3 150	3 150	
Sous-total VII.	-	628 255	749 436		733 994	733 994	
BILAN FINANCIER PREVISIONNEL		460 128 708	540 473 402	43 924 169	600 560 516	607 355 372	calcul fait avec le budget TDC Déconstruction à 15ME
		€ HT	€ TTC	€ HT	€ TTC	€ TTC	

Annexe n° 4. Flux financiers issus du plan de financement de l'opération de reconstruction du CHRO

I) Flux financiers jusqu'en 2018

Paielements			Encaissements
Etudes, maitrise d'ouvrage et travaux hélistation provisoire	592 355 372 €		Dispositif Hopital 2007
parking en silo 1	2 654 500 €	7 697 040 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2004-2023)
bâtiment PN7 devenu EHPAD Gauguin	7 193 315 €	3 591 784 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2005-2024)
programme équipement NHO	5 465 749 €	6 132 700 €	aide scanner (2005-2024)
	28 730 000 €	3 067 649 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2006-2025)
		1 997 138 €	aide scanner (2006-2025)
Remboursements en capital	100 677 021 €	1 843 512 €	aide scanner (2007-2026)
Frais financiers	80 106 995 €		Dispositif hopital 2012
		1 834 075 €	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
Déménagement	1 432 914 €	619 935 €	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
		65 000 000 €	aide nationale à compter de 2006 si arrêt en 2028
		120 000 000 €	aide nationale à compter de 2007 si arrêt en 2028
		110 000 000 €	aide nationale à compter de 2008 si arrêt en 2028
		77 922 €	aide système d'information (2013)
		101 227 864 €	Fonds d'intervention régional (6,6M€ en 2005, 7,3 de 2006 à 2012 puis 7,3M€ de 2013 jusqu'en 2022)
		11 500 000 €	vente ancien site porte Madeleine à la SEMDO (titre de recette 256583/2017)
		554 272 000 €	emprunts souscrits
Marge excédentaire sur flux financiers	170 245 754 €		
Total	988 861 619 €	988 861 619 €	Total

(source: calcul CRC l'établissement se déclarant dans l'incapacité de produire un bilan)

II) Flux financiers 2019-2028

Paielements			Encaissements
provision déconstruction	32 000 000 €		Dispositif Hopital 2007
		2 565 680 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2004-2023)
		1 539 336 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2005-2024)
		2 628 300 €	aide scanner (2005-2024)
		1 651 811 €	aide au bâtiment consultation + nouvelle stérilisation (2006-2025)
		1 075 382 €	aide scanner (2006-2025)
Remboursements en capital	177 234 747 €	1 229 008 €	aide scanner (2007-2026)
Frais financiers	105 351 854 €		Dispositif hopital 2012
		-	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
		-	systèmes d'information hospitaliers (2009-2013)
		50 000 000 €	aide nationale à compter de 2006 si arrêt en 2028
		100 000 000 €	aide nationale à compter de 2007 si arrêt en 2028
		100 000 000 €	aide nationale à compter de 2008 si arrêt en 2028
			aide système d'information (2013)
		29 113 104 €	Fonds d'intervention régional (6,6M€ en 2005, 7,3 de 2006 à 2012 puis 7,3M€ de 2013 jusqu'en 2022)
			vente ancien site porte Madeleine à la SEMDO (titre de recette 256583/2017)
		24 783 981 €	emprunts souscrits
			Autofinancement à dégager
Total	314 586 602 €	314 586 602 €	Total

(source: calcul CRC l'établissement se déclarant dans l'incapacité de produire un bilan)

III) Flux financiers 2029-2050

Paielements			Encaissements
Remboursements en capital	276 360 232 €		
Frais financiers	74 053 574 €		
		350 413 806 €	Autofinancement à dégager
Total	350 413 806 €	350 413 806 €	Total

(source: calcul CRC l'établissement se déclarant dans l'incapacité de produire un bilan)

Annexe n° 5. Glossaire

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
A.T.I.H.	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BDHF	Banque de données hospitalière de France
CA	Compte Administratif
CS	Conseil de surveillance
CAF	Capacité d'autofinancement
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CSP	Code de la santé publique
D.I.M.	Département d'Information Médicale
DGD	Décompte général et définitif
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
DMA	Dotation modulée à l'activité
ETP	Équivalent temps plein
DMS	Durée moyenne de séjour
G.C.S.	Groupement de Coopération Sanitaire
G.H.M.	Groupe Homogène de Malades
G.H.S.	Groupe Homogène de Séjour
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.D.E.	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NHO	Nouvel Hôpital d'Orléans
PMCT	Poids Moyen du Cas Traité
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRE	Plan de retour à l'équilibre
R.S.S.	Résumé de Sortie Standardisé
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SEMDO	Société d'économie mixte d'Orléans
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.R.	Soins de Suite et de Réadaptation
T.2.A.	Tarifcation à l'Activité



Les publications de la chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire

Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

centre-val-de-loire@crtc.ccomptes.fr