



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-104P

Mission d'audit pour la reconstruction du centre hospitalier et universitaire de Nantes (Loire Atlantique)

RAPPORT

Établi par

Jean-Louis BONNET

Conseiller général des établissements
de santé

Marguerite MOLEUX

Inspectrice des affaires sociales

- Juillet 2011 -

Synthèse

- [1] Par lettre de mission du 14 mars 2011, le ministre du travail de l'emploi et de la santé a demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'audit portant sur le projet de reconstruction du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.
- [2] Cette mission a pour objet d'évaluer l'opportunité et la faisabilité du projet au regard de la stratégie hospitalo-universitaire du CHU de Nantes, des besoins de la population, de l'offre de soins disponible sur le territoire de santé et de la situation financière de l'établissement.
- [3] Elle s'inscrit dans la dernière phase d'études et de travaux préparatoires engagés, pour l'essentiel, à partir de l'année 2005. Le projet se situe dans une phase pré-décisionnelle.
- [4] Elle intervient après plusieurs études visant à apprécier la faisabilité et l'équilibre économique de ce projet :
- Etude de faisabilité architecturale réalisée en décembre 2004 par le cabinet Duplex à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) des Pays de la Loire
 - Analyse économique du projet par la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et le centre national d'expertise hospitalière (CNEH) en mars 2005
 - Mission d'appui-conseil diligentée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), dont les conclusions ont été remises en octobre 2007
 - Audit sur le schéma directeur et le projet de l'Ile de Nantes réalisé par la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) en mai 2009.
- [5] Il ne s'agit pas, pour la mission, de reprendre les travaux approfondis conduits tant par le CHU lui-même que par des experts extérieurs (notamment la MAINH et la MEAH, aujourd'hui regroupées au sein de l'agence nationale d'appui à la performance - ANAP) mais de s'assurer de la validité et de la cohérence des hypothèses retenues. Après avoir rappelé le contexte général dans lequel est né et se développe le projet, la mission a examiné : la stratégie du CHU de Nantes, sa place dans la réponse aux besoins de la population, les projections d'activité, les différents scénarios envisagés et la soutenabilité financière de l'opération.
- [6] La crise financière qu'a connue le CHU de Nantes en 2007 a conduit à l'élaboration d'un contrat de retour à l'équilibre financier, l'objectif fixé étant le retour à l'équilibre en 2012. Au vu des résultats 2010 et des premiers mois de l'exercice 2011, il est très probable que l'équilibre soit atteint dès 2011.
- [7] La réflexion propre du CHU et le travail des différentes missions diligentées pour l'accompagner ont conduit à revoir le schéma directeur arrêté en 2004 et à envisager différents scénarios de modernisation. Le scénario retenu, la reconstruction de l'ensemble du court séjour sur le site de l'Ile de Nantes, est celui qui répond le mieux aux besoins tant par sa localisation au centre de l'agglomération que par sa proximité de la faculté de médecine. L'accessibilité à ce site, que ce soit par la route ou par les transports en commun, nécessite un engagement fort de Nantes Métropole qui devra se concrétiser par la signature d'un protocole d'accord dans les semaines qui suivront l'arbitrage du ministre.
- [8] Le dimensionnement du projet (1 384 lits et places) est cohérent avec l'évolution prévisible des modes de prise en charge et avec l'évolution démographique. Compte tenu de l'importance de l'offre privée sur l'agglomération nantaise, la progression de l'activité liée à l'accroissement de la population pourra être absorbée.

¹ Annexe 1

- [9] Les coopérations engagées avec les autres établissements hospitalo-universitaires devront être poursuivies, en premier lieu avec le CHU d'Angers et l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO). La création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) rassemblant ces trois entités autour de la cancérologie apparaît comme une nécessité. Ces coopérations devront être étendues aux autres établissements du grand ouest au sein du groupement HUGO qui doit être redynamisé.
- [10] Au plan opérationnel, le transfert du site nantais de l'ICO sur l'Ile de Nantes, à l'image de la reconstruction du site angevin sur le terrain d'assiette du CHU d'Angers, est extrêmement souhaitable.
- [11] La nécessité d'une aide conséquente en investissement est avérée, en complément des économies de gestion déjà réalisées et restant à réaliser par le CHU. Certaines de ces économies ne sont possibles qu'une fois le nouveau site construit. Le montant de cette aide est, toutefois, inférieur de plus de 100 M€ à celle qui résulterait de l'application du scénario 0 (restructuration des sites actuels de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Guillaume et René Laennec). En effet, outre les pertes d'exploitation qui résulteraient de longs travaux en site occupé, les économies de fonctionnement pérennes susceptibles d'être réalisées par le CHU seraient très inférieures à celles du scénario proposé (- 100 M€ sur la durée de l'opération et - 20 M€ par an à compter de la fin des travaux).

Sommaire

SYNTHESE	3
MISSION D'AUDIT POUR LA RECONSTRUCTION DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE NANTES (LOIRE ATLANTIQUE).....	7
1. LE CONTEXTE GENERAL DU PROJET	7
1.1. <i>Historique</i>	7
1.2. <i>La crise financière de l'année 2007 : une prise de conscience salutaire</i>	9
1.3. <i>L'état du dossier au 31 mai 2011</i>	11
2. LA STRATEGIE ET LES COOPERATIONS HOSPITALO UNIVERSITAIRES.....	12
2.1. <i>La place du CHU de Nantes parmi les CHU français</i>	12
2.2. <i>Des coopérations hospitalo-universitaires nombreuses dont la structuration doit être améliorée au sein de la région des Pays de la Loire</i>	16
2.3. <i>Des coopérations interrégionales qui gagneraient à être développées</i>	20
2.4. <i>Des coopérations de proximité à inscrire dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)</i>	20
2.5. <i>Les axes stratégiques du projet médical du CHU de Nantes</i>	20
3. LA REPOSE AUX BESOINS DE LA POPULATION	23
3.1. <i>Une démographie en forte progression</i>	24
3.2. <i>Une offre de soins dense et concurrentielle</i>	24
4. LE CHOIX D'UN SCENARIO	27
4.1. <i>Des scénarios actualisés</i>	27
4.2. <i>Les scénarios de PGFP</i>	29
4.3. <i>L'avis de la MAINH sur chacun de ces scénarios</i>	30
4.4. <i>L'appréciation globale portée par la MAINH sur les scénarios :</i>	31
4.5. <i>Synthèse des éléments financiers</i>	32
4.6. <i>Le choix d'un site unique pour le court séjour, scénario le plus adapté aux besoins du CHU de Nantes</i>	33
5. LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET	38
5.1. <i>La situation à la clôture de l'exercice 2010</i>	38
5.2. <i>Les hypothèses retenues</i>	44
5.3. <i>Le bien fondé des hypothèses de simulation financière</i>	46
5.4. <i>Un scénario réaliste</i>	47
5.5. <i>Une aide à l'investissement nécessaire</i>	48
5.6. <i>Les modalités d'attribution des aides</i>	48

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	51
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	53
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE	55
ANNEXE 2 : COURRIER DE MADAME R.BACHELOT A MONSIEUR LE DEPUTE-MAIRE DE NANTES (FEVRIER 2010).....	59
ANNEXE 3 : LETTRE DU PRESIDENT DE NANTES METROPOLE AU DIRECTEUR GENERAL DU CHU DE NANTES ET LE PROJET DE PROTOCOLE	63
ANNEXE 4 : LETTRE DU DIRECTEUR GENERAL DU CHU DE NANTES A LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS (JUILLET 2010).....	79
ANNEXE 5 : CHARTE CONSTITUTIVE DU GROUPEMENT DE COOPERATION HUGO.....	83
ANNEXE 6 : LETTRE DU PRESIDENT DE NANTES METROPOLE AU DIRECTEUR GENERAL DU CHU DE NANTES.....	91
ANNEXE 7 : LETTRE DU PREFET DE LA LOIRE ATLANTIQUE AU PRESIDENT DE NANTES METROPOLE SUR L'ELABORATION DU PLAN DE PREVENTION DES RISQUES D'INONDATION.....	95
ANNEXE 8 : PGFP 2011 HYPOTHESE 2 PRINCIPAUX RATIOS	101
SIGLES UTILISES	105
BIBLIOGRAPHIE.....	109

Mission d'audit pour la reconstruction du centre hospitalier et universitaire de Nantes (Loire Atlantique)

1. LE CONTEXTE GENERAL DU PROJET

1.1. Historique

[12] Dès 1999 le CHU de Nantes a engagé une réflexion de fond sur l'évolution de ses infrastructures en vue de surmonter trois handicaps majeurs aux quels il était confronté :

- L'éclatement des activités au sein de l'agglomération nantaise et les doublons qui en découlent, générateurs de surcoûts de fonctionnement
- La saturation des trois sites principaux (Hôtel-Dieu, hôpital Guillaume et René Laennec-HGRL, hôpital saint Jacques) qui, de plus, ne répondent plus aux normes de sécurité, aux besoins d'espaces techniques et tertiaires et aux exigences de confort hôtelier des patients
- L'éclatement des activités de recherche faisant peser sur l'établissement un risque d'atomisation des équipes.

1.1.1. Un projet pour optimiser l'organisation et le fonctionnement du CHU : le schéma directeur 2003-2018

[13] En vue de l'élaboration du projet d'établissement 2003-2007, une réflexion sur un plan directeur général à 15 ans a été engagée. Elle a débouché sur le schéma directeur 2003-2018, adopté par le conseil d'administration le 29 novembre 2004 et approuvé par l'ARH en mars 2005.

[14] Dans ce cadre, six scénarios ont été étudiés qui combinaient les sites existants et des sites alternatifs sur de nouveaux terrains et pouvaient être comparés avec la situation actuelle, qualifiée, à juste titre, par tous les acteurs, d'inacceptable :

- Double site (Nord et centre ville), avec maintien et recomposition des sites actuels : HGRL et Hôtel-Dieu
- Monosite Nord, avec un campus hospitalo-universitaire concentré en périphérie
- Monosite Hôtel-Dieu, avec concentration des activités sur le site principal
- Monosite Ile de Nantes, avec construction d'un hôpital neuf de court séjour sur l'Ile de Nantes, à un peu moins d'un kilomètre de l'Hôtel-Dieu
- Regroupement sur l'Hôtel-Dieu et prolongement contigu sur l'Ile de Nantes, avec répartition des capacités et création d'une liaison dédiée situant les ensembles fonctionnels à 300 mètres l'un de l'autre (point le plus proche)
- Regroupement Hôtel-Dieu et Ile de Nantes non contigu, avec répartition des capacités du CHU en deux ensembles proches mais non contigus (1,2 km).

[15] Le choix du scénario a été déterminé au regard de deux séries de critères²:

- Des critères d'efficacité :
 - partage des moyens lourds supportant des flux élevés (urgences, blocs, réanimation)
 - proximité des activités d'enseignement et de recherche
 - optimisation logistique
 - évolutivité.

² Projet Schéma directeur 2003-2018 p. 40 et suivantes.

- Des critères de faisabilité :
 - impact financier
 - sécurité
 - délais de mise en œuvre
 - conformité aux règles d'urbanisme
 - acceptabilité par la communauté hospitalière.

[16] Chacun des critères a été coté sur une échelle de quatre valeurs : -2, -1, 1 et 2. Le projet le mieux coté réalisait un score de 17 et de moins bien coté de -14.

1.1.2. Une réflexion inaboutie

[17] *Le scénario 6 « Regroupement Hôtel-Dieu et Ile de Nantes non contigu », qui réalisait le meilleur score, a été retenu. Il permettait d'éviter la dispersion des activités et privilégiait un campus de centre ville, étroitement connecté aux structures d'enseignement et de recherche, à proximité du site de rééducation, long séjour et psychiatrie ainsi que des services logistiques de l'hôpital saint Jacques. Il permettait une bonne maîtrise des délais, car un terrain était rapidement disponible, et une réalisation des travaux sans opérations tiroirs. Il était cohérent avec les choix d'urbanisme des collectivités territoriales.*

[18] Ce choix, s'il améliorerait incontestablement la situation, maintenait, en réalité, un partage des activités de court séjour entre deux sites, certes proches, mais qui conduirait au maintien de doublons, à des transferts de malades et donc à des charges de personnel supplémentaires.

[19] La crise financière, qui surviendra deux ans après l'adoption de ce schéma directeur³, conduira à retravailler les différents scénarios et à proposer un autre choix aux instances de l'établissement et aux autorités de régulation (ARH et ministère chargé de la santé).

[20] *Le scénario 2 « Monosite Nord » a été écarté pour quatre raisons principales :*

- Une coupure entre les activités de soins et les activités d'enseignement et de recherche, très préjudiciable au bon fonctionnement du CHU.
- Une reconstruction en site occupé (l'hôpital Laënnec et le centre régional de lutte contre le cancer (CRLCC) continuant de fonctionner pendant la construction), aurait conduit à une juxtaposition d'établissements, d'autant plus que le foncier disponible est séparé des bâtiments existants par un important talweg et des boisements classés au plan local d'urbanisme (PLU) comme « espaces paysagés à préserver ». Cette situation n'aurait pas permis de réaliser le décroisement nécessaire à un meilleur ordonnancement du parcours des patients.
- Un éloignement important (15 km) de la plate-forme logistique (pharmacie, stérilisation, cuisines, blanchisserie) générant des surcoûts de fonctionnement.
- Un coût important ne permettant pas d'atteindre les objectifs d'efficacité indispensables pour garantir un équilibre économique durable.

1.1.3. Des négociations avec l'ARH et des études complémentaires

[21] D'un commun accord entre le CHU et l'ARH plusieurs études complémentaires ont été diligentées :

- Un programme pluriannuel d'investissement (PPI) a été réalisé par le CHU afin d'évaluer l'impact financier des investissements à réaliser et la capacité de l'établissement à y faire face.
- Une étude de faisabilité architecturale a été menée par le cabinet DUPLEX. Elle a conclu à la faisabilité de l'opération en soulignant l'évolutivité et la fonctionnalité du site de l'Ile de Nantes.

³ Voir point 1.2 ci-dessous.

- Une analyse économique a été demandée à la MeaH qui a commandité à cet effet le CNEH et le groupe MONTAIGNE. Cette analyse a permis de comparer les coûts de fonctionnement induits par ce scénario avec ceux d'une répartition bipolaire (Hôtel-Dieu/HGRL). Elle conclut à une meilleure efficacité du scénario 6 « Regroupement Hôtel-Dieu et Ile de Nantes non contigu » qui permet une économie en fonctionnement de plus de 4,5 M€ par an grâce à une réduction des transferts entre sites, à l'augmentation de la proportion de locaux neufs moins coûteux en entretien et à une meilleure gestion des risques patients.
- Un préprogramme fonctionnel a été réalisé en 2006 par le groupe MONTAIGNE. Il a permis une première évaluation des capacités nécessaires et un ajustement des coûts d'investissement.

[22] Il faut souligner qu'au regard des charges d'exploitation du CHU (595 M€ en 2006) et du montant estimé de l'opération (490 M€ en valeur 2008), l'effort d'économies de gestion envisagé par le CHU à ce stade était assez discret.

1.2. La crise financière de l'année 2007 : une prise de conscience salutaire

[23] Le CHU de Nantes a dû faire face, en 2007, à une brusque dégradation de sa situation financière. Alors que l'exercice budgétaire 2006 faisait apparaître un résultat déficitaire modéré de 5 M€ soit 0,9 % des charges d'exploitation, les données disponibles à l'été 2007 faisaient craindre un résultat fortement déficitaire, estimé à 30 M€ (il sera, en réalité, de 32,9 M€).

[24] Ces sombres perspectives ont conduit la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) à diligenter, à la demande du directeur de l'ARH et en accord avec les instances dirigeantes du CHU, une mission d'appui et de conseil auprès du CHU de Nantes. Cette mission a été confiée à Denis DEBROSSE, conseiller général des établissements de santé, assisté de M. AUMERAS, expert-comptable DPLG⁴.

1.2.1. Les recommandations de la mission d'appui conseil

[25] A l'issue de ses travaux, la mission a proposé quatre catégories d'actions :

- Faire évoluer l'organisation managériale vers un dispositif qui favorise la responsabilité et la réactivité
- Mettre en phase les effectifs et l'activité, tant dans les services cliniques que dans les services médico-techniques
- Rationaliser les activités médico-techniques et les prescriptions sans attendre les grands chantiers : Plateau technique médico-chirurgical (PTMC) et projet Ile de Nantes
- Engager un plan de reconquête de la clientèle de proximité.

[26] Ces recommandations ont été présentées aux dirigeants de l'établissement et discutées avec eux, permettant d'aboutir à un diagnostic partagé. En conclusion, la mission faisait état des atouts et des points faibles du CHU et relevait les menaces qui pesaient sur lui ainsi que les opportunités qu'il pouvait saisir :

- **Les atouts** : une ambition médicale se caractérisant par un foisonnement de projets, la dimension universitaire, une culture quotidienne du dialogue entre administration et corps médical et une T2A gagnante.
- **Les points faibles** : une vétusté anormale du patrimoine et des équipements, des conditions de travail ressenties comme difficiles et un retard dans le pilotage médico-économique alors que la T2A est à 100%.
- **Les menaces** : la concurrence redoutable du secteur privé, le dynamisme des gros hôpitaux publics (Saint Nazaire et La Roche sur Yon) et le risque de repli sur soi.

⁴ Rapport de diagnostic sur le CHR-U de Nantes, mars 2008.

- **Les opportunités** : le développement économique et démographique de Nantes, la place de Nantes au sein du groupement « HUGO » (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest), des opportunités pour les jeunes équipes, l'inscription de deux projets phares au plan Hôpital 2012 et une volonté d'efficience chez les dirigeants pour sauver l'avenir.

[27] La mission concluait ainsi son rapport le 18 mars 2008 : « Sans tarder le CHU doit stopper l'évolution des dépenses, proposer une réorganisation interne avec des gains de productivité, mais il doit aussi relancer son activité. En effet, le déficit actuel et les projets à financer imposent une action rapide. » Ces propos rejoignent les observations formulées un mois plus tard par la chambre régionale des comptes : « Le CHU de Nantes doit donc prendre les mesures qui s'imposent pour redresser sa situation financière. Il doit pour cela tenter d'optimiser ses recettes d'activité et mieux maîtriser ses dépenses de fonctionnement. »⁵

1.2.2. Un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) exigeant

[28] La direction générale a donc préparé un plan d'équilibre et de modernisation. Ce plan, présenté au conseil d'administration par M. Daniel MOINARD, directeur général par intérim, a été adopté le 30 juin 2008 (21 voix pour – 5 voix contre – 3 abstentions). C'est sur cette base qu'a été négocié avec l'ARH un contrat de retour à l'équilibre financier, objet de l'avenant n° 2 au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du CHU de Nantes. Cet avenant a été soumis au conseil d'administration qui l'a adopté le 24 novembre 2008 à une très large majorité (18 voix pour – 4 voix contre). Il a été signé par M. Jean-Christophe PAILLE, directeur de l'ARH et Mme Christiane COUDRIER, directeur général du CHU, le 27 février 2009.

[29] Ce CREF (article 2) définit le calendrier du retour à l'équilibre :

Le retour à l'équilibre financier doit être effectif à la fin de l'exercice 2012. La réduction du déficit du CHU s'effectuera de manière dégressive sur la base des objectifs cibles suivants :

Tableau 1 : Résultat comptable attendu

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Déficit (millions €)	- 31,3	- 25,3*	- 13,5	- 9,0	- 1,6	0

Source : Avenant CPOM

*incluant les crédits de l'ARH

- [30] Il précise (article 3) les principes généraux retenus pour revenir à l'équilibre financier :
- progression chaque année de l'activité valorisée supérieure de 1,5% par rapport au taux retenu chaque année dans le calcul de l'ONDAM
 - maîtrise de la masse salariale s'inscrivant dans le respect des crédits du titre 1 tels que constatés à l'issue de l'exercice 2007
 - ajustement des investissements de manière à retenir une progression du titre IV compatible avec l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2012 et ne dépassant pas, en tout état de cause, 9,5 % de l'ensemble du budget d'exploitation ainsi que le montant de l'accompagnement financier de l'ARH : 20 M€ sur la période 2008-2012 (hors laboratoire de génétique moléculaire).
- [31] Ces principes généraux et l'accompagnement de l'ARH sont déclinés de manière détaillée de même que les modalités de suivi du contrat.
- [32] Le niveau d'exécution du CREF est examiné au point **5.2.**

⁵ Observations définitives sur les comptes et la gestion du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, 11 avril 2008, p. 2 Résumé des observations.

1.3. L'état du dossier au 31 mai 2011

- [33] Parallèlement à la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre, un audit complémentaire a été réalisé par la MAINH⁶. Ce travail a permis d'étudier les différents scénarios de restructuration du CHU et d'en faire émerger deux⁷ dont l'un apparaissait comme le plus adapté aux besoins et aux possibilités du CHU. Il a servi de base à l'élaboration d'un programme général de financement pluriannuel (PGFP) qui a été présenté à la ministre de la santé et des sports le 23 décembre 2009.
- [34] Par courrier du 18 février 2010⁸ adressé au député-maire de Nantes, président du conseil d'administration du CHU, madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN a fait connaître son accord de principe à la réalisation du projet tout en précisant les conditions dans lesquelles une décision définitive pourrait intervenir au début de l'année 2011. La ministre demandait, notamment, que soient précisés les trois points suivants :
- actualisation du projet médical et présentation du préprogramme fonctionnel pour l'Ile de Nantes avant le mois de juin 2010 intégrant la question du dimensionnement capacitaire,
 - actualisation du plan global de financement pluriannuel intégrant la situation financière du CHU et sa capacité d'autofinancement,
 - participation et apports des collectivités locales à ce dossier (foncier, transports et parkings).
- [35] Un projet médical actualisé a été adopté par la commission médicale d'établissement le 28 juin 2010 à une très large majorité (28 voix pour, 2 voix contre et 2 abstentions) et un programme fonctionnel a été arrêté au 1^{er} semestre 2010 en vue de l'élaboration par le programmiste retenu (la société ICADE⁹) d'un programme technique détaillé (PTD). Le programme capacitaire est de 1384 lits et places, soit une réduction de plus de 16% (- 266 lits et places) par rapport à la situation actuelle (1650 lits et places).
- [36] Le PGFP a été actualisé en fonction des dernières données disponibles sur l'exécution de l'exercice 2010 et a intégré leurs incidences sur la situation financière du CHU et sa capacité d'autofinancement.
- [37] Un protocole d'accord¹⁰ entre Nantes-Métropole et le CHU a été élaboré et transmis par le président de Nantes-Métropole à la directrice générale de l'établissement le 2 juillet 2010.
- [38] Ce protocole précise notamment : l'assiette foncière retenue (12 ha et emprise complémentaire de 3 ha), l'accessibilité du site en termes de voirie et de transports en commun (busway, chronobus, tramway), le stationnement (automobiles et vélo), la gestion des déplacements hospitaliers spécifiques (patients, prélèvements, produits sanguins), les modalités de la transaction foncière entre Nantes Métropole et le CHU (échange de parcelles).
- [39] L'ensemble de ces éléments a été transmis à la ministre le 9 juillet 2010¹¹ et discutés à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) lors d'une réunion de travail qui s'est tenue le 29 novembre 2010. Ils ont été présentés à M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, lors d'une entrevue qui s'est tenue le 8 mars 2011. C'est à la suite de cette entrevue qu'une mission d'audit complémentaire a été demandée à l'Inspection générale des affaires sociales. Les membres de la mission ont été désignés par le chef de l'IGAS le 8 avril 2011.

⁶ Lettre de mission de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 2 juin 2008 et rapport du 18 mai 2009.

⁷ Les scénarios étudiés sont présentés au point 4.

⁸ Lettre du 18 février 2010 – Annexe 2

⁹ Société immobilière, filiale de la caisse des dépôts et consignations, qui a développé d'importantes compétences dans le domaine hospitalier : programmation, assistance à maîtrise d'ouvrage, promotion immobilière...

¹⁰ Lettre du 2 juillet 2010 et protocole annexé – Annexe 3

¹¹ Lettre du 9 juillet 2010 – Annexe 4

- [40] La mission estime qu'avant d'être soumis aux instances du CHU et de Nantes Métropole, le projet de protocole devra faire l'objet d'ajustements et de précisions pour tenir compte de l'avancée des études préliminaires et, le cas échéant, des arbitrages nationaux qui auront été rendus¹².

2. LA STRATEGIE ET LES COOPERATIONS HOSPITALO UNIVERSITAIRES

- [41] La région des Pays de la Loire est l'une des cinq régions françaises à disposer de plusieurs centres hospitaliers et universitaires : le CHU d'Angers et le CHU de Nantes. Elle comporte également un centre régional de lutte contre le cancer, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO) issu de la fusion récente¹³ du centre René Gauducheau (Nantes) et du centre Paul Papin (Angers).
- [42] Si les coopérations sont nombreuses entre ces établissements de la région, des coopérations se sont également développées avec les régions voisines au sein du cancéropole du grand ouest (CGO)¹⁴ et du groupement de coopération créé entre les centres hospitaliers régionaux et universitaires du grand ouest (HUGO)¹⁵.

2.1. La place du CHU de Nantes parmi les CHU français

2.1.1. Une activité « spécifique CHU » importante

- [43] Des travaux réalisés par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2009¹⁶, il ressort que le CHU de Nantes figure au 3^{ème} rang des CHU français avec 8,54% de résumés de séjour anonymes (RSA) correspondant à une activité spécifique des CHU.

Tableau 2 : Activité spécifique CHU

Données 2007	Nb RSA Spécifiques CHU	Nb RSA Total hors CMD 28	% de RSA	rang
CHU RENNES	8 349	91 633	9,11%	2
CHU NANTES	8 613	100 883	8,54%	3
CHU TOURS	5 484	91 218	6,01%	11
CHU BREST	3 095	62 052	4,99%	20
CHU POITIERS	3 201	73 667	4,35%	25
CHU ANGERS	3 103	73 534	4,22%	26
CHR ORLEANS	1 225	61 459	1,99%	31

Source : Etude ATIH

¹² Lors de l'entretien accordé à la mission le 28 avril 2011, M. Jean-Marc Ayrault, président de Nantes Métropole a indiqué que le protocole pourrait être soumis au conseil communautaire dès l'automne 2011.

¹³ Arrêté du 28 janvier 2011 – JORF du 2 février 2011 p. 2080

¹⁴ GIP dont la convention constitutive a été approuvée le 21 juin 2008 - JORF du 26 juin 2008 p. 10309

¹⁵ Groupement sans personnalité morale constitué le 31 janvier 2006 – Charte constitutive en annexe 6

¹⁶ L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? ATIH, mai 2009. Voir Méthodologie de définition des activités spécifiques pp. 23 à 32.

- [44] Le mode de surveillance des greffes (en hospitalisation ou en consultations externes) peut introduire un biais dans la comparaison entre établissements. Si l'on exclue la surveillance des greffes, les résultats sont alors les suivants :

Tableau 3 : Activité spécifique CHU hors surveillance des greffes

Données 2007	GHM spécifique CHU Hors surveillance des greffes	Activité totale Hors CMD 28	% RSA	Rang
CHU NANTES	5 761	100 883	5,71%	3
CHU RENNES	4 981	91 633	5,44%	6
CHU BREST	2 881	62 052	4,64%	14
CHU TOURS	4 226	91 218	4,63%	15
CHU POITIERS	3 105	73 627	4,22%	20
CHU ANGERS	3 019	73 534	4,11%	22
CHR ORLEANS	1 214	61 459	1,98%	30

Source : Etude ATIH

- [45] Cette approche plus fine n'affecte pas la place de l'établissement dans le classement national.
- [46] Cette étude de l'ATIH fait apparaître qu'aucun des deux sites de l'ICO ne dépasse le seuil de 2% de RSA relevant de l'activité spécifique CHU.¹⁷
- [47] Si l'on s'intéresse au poids des recettes issues de l'activité spécifique des CHU dans l'ensemble des recettes, les chiffres sont les suivants :

Tableau 4 : Poids des recettes liées à l'activité spécifique CHU

Données 2007 groupées en V11 valorisées aux tarifs 2009	Poids activité spécifique CHU hors séances	Poids recettes activité spécifique hors séances	Rang
CHU NANTES	8,7%	24,5%	1
CHU RENNES	9,3%	24,1%	2
CHU TOURS	6,1%	18,2%	12
CHU BREST	5%	18,1%	13
CHU POITIERS	4,4%	17,4%	17
CHU ANGERS	4,3%	16,8%	19
CHR ORLEANS	2,1%	6,7%	30

Source : Etude ATIH

¹⁷ Etude ATIH p. 37

- [48] Les CHU de Nantes et de Rennes apparaissent assez nettement comme ceux qui ont la plus grande part d'activité spécifique dans le grand ouest. Dans les classements mentionnés ci-dessus, le CHU de Nantes occupe la troisième place au niveau national dans les deux premiers cas et la première en ce qui concerne le poids des recettes liées à l'activité spécifique CHU.
- [49] Si l'on se réfère aux indicateurs retenus par l'outil Hospidiag, la situation du CHU est également très favorable :
- L'indicateur A 12 : pourcentage de l'activité représenté par la cancérologie est de 14,8 en 2009 plaçant Nantes immédiatement après l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et devant l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).
 - L'indicateur A 13 : pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité est de 7,34 en 2009 plaçant le CHU nantais en 5^{ème} position après l'AP-HM, Dijon, Bordeaux et Montpellier.
- [50] Tous ces indicateurs confirment que le CHU de Nantes, tout en s'attachant à conforter son activité de proximité, fait partie des CHU dont la part d'activité spécifique est la plus élevée au plan national.

2.1.2. Enseignement

- [51] Hormis le dispositif mis en place au sein du groupement HUGO pour faciliter les échanges d'internes, la mission n'a pas examiné la place occupée par le CHU de Nantes dans le domaine de la formation médicale. Elle a estimé, en effet, que ces questions relevaient d'une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et de l'IGAS en raison de la répartition des compétences en ce domaine entre le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

2.1.3. Une position reconnue dans le domaine de la recherche clinique

- [52] En ce qui concerne la recherche, le CHU de Nantes se situe dans le groupe des CHU ayant une activité importante, qu'il s'agisse des publications ou de la recherche clinique. Il est en neuvième position pour les publications (score SIGAPS¹⁸ 2010) :

¹⁸ SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications scientifiques. Il s'agit d'un logiciel initié par le CHU de Lille et désormais étendu à l'ensemble des CHU. Il produit des indicateurs de résultats de l'activité de recherche fondés sur les publications scientifiques.

Tableau 5 : Score SIGAPS 2010

Code	Etablissement	Total	nbA	nbB	nbC	IF	Score
750712184	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	33730	7278	6619	5166	115449	434366
690781810	Hospices civils de Lyon	7117	1371	1364	1221	22068,4	81369
130786049	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille	4959	808	943	829	14382,3	57218
590780193	CHRU de Lille	4246	758	730	640	12519,4	46676
330781196	CHU - Hopitaux de Bordeaux	3847	738	772	664	12422,2	44361
310781406	CHU de Toulouse	3682	711	682	628	11839,7	40430
340780477	CHU de Montpellier	3297	600	695	516	10107	37326
670780055	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	3208	660	541	518	10614,6	34382
440000289	CHU de Nantes	2671	566	549	447	9712,18	30101
940000664	Villejuif - Institut Gustave Roussy	2423	580	614	445	11358	28691
540002078	CHU de Nancy	2475	408	433	428	7277,35	25983
380780080	CHU de Grenoble	2494	403	502	424	7728,95	25927
350005179	CHU de Rennes	2080	386	361	326	6297	22658
60785011	CHU de Nice	1921	367	375	309	6100,14	21233
760780239	CHU de Rouen	1970	304	331	295	5175,25	20406
750160012	Paris - Institut Curie	1705	412	469	277	8213,53	20335
370000481	CHRU de Tours	1767	257	287	272	4972,79	17661
490000031	CHU d'Angers	1631	302	292	286	5053,86	17320
210780581	CHU de Dijon	1508	235	314	235	4503,84	15854
630780989	CHU de Clermont-Ferrand	1455	220	265	208	3928,39	15069
290000017	CHRU de Brest	1282	232	252	216	4041,56	14382

Source : Conférence des directeurs généraux de CHU

[53] S'agissant de la recherche clinique, il est en sixième position (score SIGREC¹⁹ 2010) :

¹⁹ SIGREC : Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques. Ce logiciel a été créé en partenariat par la DHOS et le centre national de gestion des essais de produits de santé (CenGEPS).

Tableau 6 : Score SIGREC 2010

Finess	Promoteur	Score Essais	ScoreInc Promoteur	ScoreInc Investigateur
750712184	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	4503	18131,5	13387,3
690781810	Hospices civils de Lyon	1228	3253,0	2289,0
590780193	CHRU de Lille	1050	4218,3	3712,6
310781406	CHU de Toulouse	965	1716,4	2063,5
330781196	CHU - Hopitaux de Bordeaux	960	4748,8	4353,2
440000289	CHU de Nantes	890	3034,8	2828,2
130786049	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille	860	1762,0	2185,4
340780477	CHU de Montpellier	789	1412,0	1724,0
670780055	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	693	2031,3	1231,7
380780080	CHU de Grenoble	666	1240,0	1545,2
940000664	Villejuif - Institut Gustave Roussy	648	1995,2	885,0
540002078	CHU de Nancy	601	1353,0	1347,7
370000481	CHRU de Tours	576	1289,2	1326,0
630780989	CHU de Clermont-Ferrand	508	1857,8	1589,0
060785011	CHU de Nice	503	945,0	1140,4
350005179	CHU de Rennes	472	1451,3	884,5

Source : *Conférence des directeurs généraux de CHU*

2.1.4. Des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) avérées

[54] La dotation allouée à l'établissement au titre des MERRI et notifiée par l'agence régionale de santé (ARS) pour 2011 s'élève à 55,3 €, auxquels s'ajoutent 2,5 M€ au titre du soutien à la délégation régionale à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), plaçant le CHU de Nantes au quatrième rang des CHU français, après l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices Civils de Lyon (HCL) et le CHU de Lille. Ce niveau de dotation témoigne du dynamisme de la recherche nantaise puisqu'il est assis, notamment, sur le nombre d'essais promus et sur la réussite aux appels à projet.

2.2. Des coopérations hospitalo-universitaires nombreuses dont la structuration doit être améliorée au sein de la région des Pays de la Loire

[55] Disposant à la fois de deux CHU et d'un CRLCC bi-site, la région des Pays de la Loire doit se poser la question des coopérations de ces différents acteurs. C'est une préoccupation de l'ARS après avoir été celle de l'ARH. En cancérologie, elle concerne l'ensemble de ces établissements ; dans les autres disciplines, elle concerne les deux CHU de Nantes et Angers.

2.2.1. Les coopérations dans le domaine de la cancérologie

[56] Les coopérations entre le centre René Gauducheau et le CHU de Nantes sont anciennes. Elles ont, toutefois, connu une accélération et un renforcement sensibles en 2004 avec la création du GCS « Institut Régional du Cancer Nantes-Atlantique » (IRCNA), réunissant les deux établissements désireux de s'engager dans un processus de rapprochement durable. Un contrat d'objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH portant sur :

- le renforcement de la cellule de promotion commune au CHU et au CRLCC en matière de recherche clinique
- la structuration de l'Unité Mixte de Génomique du Cancer
- l'accompagnement de la mise en place de la première Tep Scan, exploitée par le CRLCC pour le compte des deux établissements.

[57] Ces coopérations se sont amplifiées en 2007 quand le GCS IRCNA s'est doté d'un budget propre pour garantir la gestion concertée de trois structures communes au CHU et au CRLCC :

- l'Unité Mixte de Génomique du Cancer
- le laboratoire de vaccinothérapie des cancers
- la première Tep Scan.

[58] Un GCS du même type a été constitué entre le CHU d'Angers et le Centre Paul Papin. La fusion des deux CRLCC au sein de l'ICO doit conduire à une modification de ces structures de coopération. Dans le cadre de l'appel d'offres de l'institut national du cancer (INCA) sur la labellisation de Sites de Recherche Intégrés en Cancérologie (SIRIC), le CHU de Nantes a déposé en décembre 2010 un dossier en réponse associant les deux CHU et les deux CRLCC de la région des Pays de la Loire. Ce dossier est désormais promu sur le plan scientifique par Monsieur le Professeur Bataille, directeur général de l'ICO. Ce projet de SIRIC constitue une opportunité pour structurer un pôle régional de cancérologie bi-site Angers-Nantes.

[59] Dans cet esprit, les CHU de Nantes et Angers ont proposé à l'ICO la création d'un GCS de cancérologie unique, tripartite (CHU d'Angers, CHU de Nantes et ICO). Afin de renforcer ces coopérations le centre Paul Papin, puis l'ICO, ont décidé de reconstruire le site angevin sur l'emprise du CHU constituant un site unique de cancérologie hospitalo-universitaire. Une démarche du même type serait très souhaitable à Nantes afin de regrouper sur un site unique l'ensemble de la cancérologie hospitalo-universitaire nantaise. Il faut rappeler que le CHU de Nantes, avec 16 500 séjours, tous cancers confondus, se situe au troisième rang du classement national des établissements. Dans le département de la Loire-Atlantique il prend en charge 42% des séjours (Centre Catherine de Sienne 12% - centre René Gauducheau 11%).

[60] Le centre René Gauducheau, dans son projet d'établissement 2008/2012 adopté par le conseil d'Administration et approuvé par le directeur de l'ARH le 1^{er} octobre 2007, a retenu le principe d'un regroupement de ses activités sur le site de l'Ile de Nantes : « Le chantier urbain de l'Ile de Nantes est une pièce essentielle de la dynamique métropolitaine nantaise. Le choix de l'implantation d'un site du CHU sur l'Ile de Nantes a pour corollaire la redistribution des activités de soins, d'enseignement et de recherche, avec la volonté revendiquée de créer les conditions d'une intégration optimale des différentes missions hospitalo-universitaires. Le CRLCC de Nantes, établissement associé à la convention de structure qui lie le CHU et l'université, est donc logiquement concerné par cet ambitieux programme. Le CRLCC de Nantes considère que son positionnement au sein du campus hospitalo-universitaire Hôtel-Dieu/Ile de Nantes est cohérent avec ses missions hospitalo-universitaires et la politique d'intégration au sein d'instituts thématiques de recherche et de soins. A cet effet, il a donc exprimé son intérêt et un accord de principe sur la programmation du transfert de ses activités sur le site de l'Ile de Nantes... »²⁰

[61] Au-delà des coopérations institutionnelles, de nombreuses réalisations ont été menées à bien qui témoignent de la volonté des deux partenaires de développer et d'approfondir leurs coopérations :

- Développement de l'oncologie médicale du CRLCC : mise à disposition de 30 lits d'hébergement par le CHU, transfert de 4 places d'hôpital de jour vers le CRLCC, transfert d'un poste de chef de clinique-assistant d'oncologie médicale du CHU vers le CRLCC.

²⁰ Projet d'établissement 2008/2012 p. 57.

- Promotion conjointe des activités de biologie de recours : tumorothèque commune sur le site de l'hôpital nord, développement de l'unité mixte de génomique du cancer, promotion de l'oncogénétique.
- Exploitation sur le site du CRLCC de deux Tep scan.
- Création du laboratoire de vaccinothérapie des cancers sur le site du CRLCC avec création d'un poste de PU-PH.
- Accompagnement de la stratégie hospitalo-universitaire du CRLCC : création, sur la période 2004-2010, de 3 postes de PU-PH, 2 postes de MCU-PH et 1 poste de chef de clinique-assistant.
- Elaboration d'un projet médical commun 2010-2015. Priorités de développement retenues :
 - promotion de véritables filières intégrées de soins en oncologie thoracique, en oncologie digestive, en neuro-oncologie et en cancérologie mammaire
 - amélioration de la prise en charge de populations spécifiques atteintes de pathologies cancéreuses comme les adolescents ou les personnes âgées
 - mise en place d'un département mixte hospitalo-universitaire de médecine nucléaire-biophysique
 - création d'une plate forme régionale de recours en onco-anatomopathologie
 - identification d'un centre d'études et recherche sur le myélome.

[62] Ce projet médical commun, voulu par l'ARH comme par l'ARS, a été validé par le conseil de surveillance du CHU fin 2010. L'ICO n'a pas encore été en mesure de présenter le projet à son conseil d'administration.

2.2.2. Les coopérations avec le CHU d'Angers

2.2.2.1. La situation actuelle

[63] Chacun des deux CHU répond naturellement à ses missions de proximité, peu adaptées à des coopérations hospitalo-universitaires. Si les deux établissements ont pu vivre dans une certaine méfiance, des coopérations réelles et fructueuses se sont développées, notamment sous l'impulsion de l'ARH des Pays de la Loire.

[64] Depuis 2007 les deux établissements se rencontrent deux fois par an (directeurs généraux, présidents de CME et doyens) pour traiter des projets médicaux communs, de la collaboration en matière de recherche et des emplois hospitalo-universitaires. Ces rencontres ont lieu alternativement à Angers et à Nantes.

[65] Hormis la cancérologie, évoquée ci-dessus, et qui concerne désormais trois partenaires, des coopérations significatives se sont développées :

- **Gérontologie** : développement de l'onco-gériatrie, création d'un gérontopôle régional, mutation d'un PU-PH de Nantes vers Angers, mobilité d'un PH de Nantes à Angers
- **Maladies rares** : création d'une plate forme régionale d'information et d'orientation des malades atteints de maladies rares (PRIOR) sous un co-pilotage médical et scientifique Angers/Nantes
- **Pédiatrie et périnatalité** : répartition des sur-spécialités
 - Angers : neurologie infantile, neurochirurgie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique,
 - Nantes : cardiologie infantile, chirurgie cardio-pédiatrique, oncologie pédiatrique
- **Activités à vocation interrégionale**. Outre leur participation aux travaux d'élaboration du schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS), les deux CHU ont conclu une convention de collaboration dans le domaine de la chirurgie cardiaque adulte (régulation des délais d'accès aux interventions de chirurgie cardiaque programmée). Ils participent également au réseau interrégional sur les infections ostéo-articulaires complexes. Le CHU d'Angers a aussi apporté son concours au CHU de Nantes en vue de la création d'un centre de diagnostic préimplantatoire et de la structuration d'une réanimation pédiatrique de recours.

- **Internat, clinicat et postes médicaux** : mise au point du dispositif d'échanges d'internes au sein du groupement HUGO, coordination en vue de répondre aux demandes des établissements de santé confrontés à des problèmes de démographie médicale.
- **Recherche** :
 - *Avenant commun au CPOM* portant sur les thématiques suivantes :
 - structuration des activités de recherche clinique
 - soutien au développement des sciences de transplantation (Nantes)
 - accompagnement de la plateforme de génomique-transcriptome (Angers)
 - structuration de la fonction innovation dans le cadre de la mise en place des délégations régionales à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)
 - organisation d'un cadre concerté des activités de valorisation.
 - *Forum commun de la recherche clinique : manifestation annuelle organisée par les deux DRCI (échanges sur des thématiques transversales : bio collections, valorisation et attractivité de la recherche).*
- **Réseau régional des centres de ressources biologiques (CRB)** : Mise en réseau des CRB au sein du réseau ligérien des bio collections (ReLIB). Un site Web a été créé permettant une mutualisation des pratiques.
- **PRES UNAM (Pôle de Recherche et d'Enseignement supérieur – Université Nantes-Angers-Le Mans)** : Les deux CHU participent aux travaux du PRES et ils ont adhéré conjointement au projet de Société d'Accélération des Transferts Technologiques (SATT) Bretagne-Pays de la Loire.
- **Délégation Interrégionale à la Recherche Clinique (DIRC)** : les deux CHU ont assuré conjointement la coordination de la DIRC du Grand Ouest. Ils ont assuré le déploiement de plusieurs réseaux thématiques (bio statistiques, valorisation, qualité, Europe, valorisation, formation, épidémiologie génétique).

2.2.2.2. La nécessité d'amplifier ces coopérations

- [66] Les coopérations existantes sont significatives mais il importe de les amplifier, à court et moyen terme, afin de développer une véritable dynamique régionale hospitalo-universitaire. L'ARS devra y veiller en poursuivant la pratique mise en œuvre par l'ARH d'avenants communs sur la recherche dans les CPOM des deux établissements et en s'assurant de la cohérence de leurs projets médicaux.
- [67] A court terme, les travaux engagés pour la création d'un institut régional du squelette et des biomatériaux et pour l'organisation d'une collaboration sur la recherche dans le domaine de l'infectiologie devront être menés à bien.
- [68] A moyen terme, la question des nominations dans les emplois hospitalo-universitaires devra être traitée de manière prospective et coordonnée. Au cours des dix dernières années des nominations croisées entre Nantes et Angers ont favorisé le rapprochement des communautés médicales et ont permis de mieux coordonner les activités. Tel a été le cas pour les prises en charge des enfants (neurologie pédiatrique et chirurgie infantile), pour la gériatrie, la biophysique et la chirurgie viscérale. D'autres disciplines mériteraient d'être examinées dans les toutes prochaines années. La pratique de réunions conjointes organisées par les ministères chargés de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé, avec la participation des deux établissements et de l'ARS constituent un levier efficace pour assurer cette coordination.

2.3. Des coopérations interrégionales qui gagneraient à être développées

[69] Les coopérations interrégionales ne sont pas nouvelles et elles tendent à se développer. C'est ainsi que l'inter région Ouest, comprenant les régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes sert de cadre à la fois pour l'organisation du troisième cycle des études médicales²¹, pour le déploiement des cancéropoles²² et pour l'élaboration des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS)²³. Il y a là une véritable opportunité pour développer davantage les coopérations entre tous les établissements de santé hospitalo-universitaires du Grand Ouest.

[70] C'est dans cet esprit qu'a été créé le groupement HUGO. Il définit ainsi sa finalité dans le préambule de sa charte constitutive :

« L'objectif de cette coopération est de favoriser l'émergence de projets communs dans le champ des missions imparties aux Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires particulièrement au regard de l'organisation sanitaire, l'enseignement, l'innovation et la recherche en vue d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population des régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes. »

[71] Cet objectif est plus que jamais d'actualité. Des expériences récentes dans le domaine des investissements d'avenir démontrent, s'il en était besoin, que le seul horizon régional est trop restreint pour s'inscrire durablement dans le paysage de la recherche et de l'innovation qui requiert, de plus en plus, des équipes reconnues au niveau européen, voire mondial. L'addition des forces de tous les établissements hospitalo-universitaires du Grand Ouest, au premier rang desquels les CHU de Nantes et de Rennes ne sera pas de trop.

2.4. Des coopérations de proximité à inscrire dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)

[72] Si le CHU de Nantes doit approfondir ses coopérations avec les établissements hospitalo-universitaires du grand ouest, il doit aussi revisiter ses coopérations avec les établissements du territoire de santé auquel il appartient.

[73] L'ARS des Pays de la Loire a récemment procédé au redécoupage des territoires de santé de la région²⁴. Le territoire de la Loire Atlantique, auquel appartient de CHU, est issu de la fusion des deux territoires de santé de Nantes et de Saint-Nazaire. Ce changement impose de repenser les coopérations en surmontant les réticences des établissements de l'ancien territoire de santé de Saint-Nazaire. La question est posée de la création d'une ou deux, voire trois, communautés hospitalières de territoire (CHT). L'importance de l'agglomération nantaise au sein du département de la Loire Atlantique et la place centrale du CHU, non seulement comme établissement de recours mais aussi comme ressource en matière de personnel médical, plaident pour la constitution d'une CHT unique dont le CHU sera membre.

[74] Cette solution permettrait d'assurer une meilleure complémentarité entre les établissements publics du département dans un territoire où la concurrence avec le secteur privé est vive. Les coopérations de proximité, plus opérationnelles, pourraient s'appuyer sur des GCS de moyens constitués autour des principaux centres hospitaliers.

2.5. Les axes stratégiques du projet médical du CHU de Nantes

[75] La refonte du projet médical a été engagée sans attendre pour répondre à la demande de la ministre de la santé et des sports formulée en février 2010. Les travaux préparatoires ont été conduits avec l'appui de l'ANAP et ont donné lieu à un examen détaillé et sans concession de l'activité et du positionnement du CHU.

²¹ D. 2004-67 du 16 janvier 2004 et arrêté du 22 septembre 2004.

²² Mesure 66 du plan Cancer 1.

²³ Arrêté du 24 janvier 2006.

²⁴ Arrêté du DGARS du 5 octobre 2010.

[76] Le diagnostic stratégique médical et scientifique a été présenté lors d'un séminaire réunissant le Conseil Exécutif, les directeurs de pôles et les animateurs des différents groupes de réflexion sur les 8 thèmes de travail prioritaires retenus dans le cadre de la démarche d'actualisation. Ce séminaire s'est tenu le 7 juin 2010²⁵.

[77] Ce diagnostic a fait apparaître :

2.5.1.1. Des points forts :

- les indicateurs relatifs au positionnement du CHU sont favorables s'agissant de ses missions de recours et de recherche (au regard des éléments de comparaison disponibles),
- les indicateurs d'activité et de performance sont repartis à la hausse depuis 2008,
- le CHU de Nantes gagne des parts de marché.

2.5.1.2. Des points faibles :

- le fonctionnement multi-sites du CHU concourt à l'éparpillement des ressources,
- des locaux sont obsolètes,
- le développement de l'hospitalisation de jour est insuffisant,
- le recours à l'HAD est faible,
- l'accessibilité au plateau technique est perçue comme contraignante (réanimation et soins critiques, blocs opératoires, imagerie, gestion des lits, consultations externes).

2.5.1.3. Des opportunités :

- la demande de soins est portée par la pression démographique (surtout pour la médecine et l'obstétrique),
- le territoire est marqué par une très forte attractivité s'agissant du recrutement des professionnels,
- le projet médical commun avec le CRLCC,
- les partenariats potentiels autour d'une nouvelle dynamique avec le secteur public.

2.5.1.4. Des menaces :

- une saturation de l'aval (lits SSR, EHPAD),
- les éventuelles évolutions de l'offre de soins des opérateurs privés,
- la concurrence nationale sur la recherche,
- les stratégies de regroupement des acteurs privés.

[78] C'est en s'appuyant sur ce diagnostic partagé et sur le diagnostic financier établi par la mission d'appui-conseil menée en 2008 et actualisé que les orientations stratégiques du projet médical ont été arrêtées. Ce projet s'articule autour de sept axes majeurs :

- Regrouper toutes les activités sur un même site,
- Valoriser à la fois les activités de recours et les activités de proximité,
- Maintenir et amplifier la dynamique des activités de recherche et d'enseignement intégré,
- Privilégier les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation (ambulatoire, HAD),
- Promouvoir de nouvelles formes d'organisation et de gestion permettant de s'adapter aux évolutions rapides,
- Promouvoir une politique de partenariat,
- Conforter la dynamique d'amélioration continue de la qualité et la politique de gestions des risques.

²⁵ Projet médical du CHU de Nantes.

[79] Pour mettre en œuvre ces axes stratégiques huit chantiers ont été identifiés :

Tableau 7 : Les chantiers stratégiques du projet médical

Thématique	N°	Chantiers identifiés
Stratégie du CHU de Nantes	1	Déclinaison de la stratégie au niveau des pôles
	2	Développer les relations entre le CHU et ses prescripteurs
Optimiser l'utilisation des ressources et moyens de l'établissement	3	Management des lits
	4	Optimiser les blocs
	5	Organiser les hôpitaux de jour
	6	Organiser les consultations et explorations fonctionnelles
	7	« Ordonnancer le circuit du patient »
	8	Organiser le recours à l'Hospitalisation A Domicile

Source : *Projet médical du CHU de Nantes*

[80] C'est de l'ensemble de ces travaux qu'a procédé la définition des besoins capacitaires en lits et places. Pour parvenir à la modélisation de ce programme, cinq paramètres ont été pris en compte :

Tableau 8 : Hypothèses de modélisation

**Hypothèses de modélisation du programme capacitaire futur du CHUN:
CINQ PARAMETRES DE MODELISATION**



Source : *Projet médical du CHU de Nantes*

- [81] Ces paramètres ont été affectés de valeurs volontaristes mais réalistes sous la supervision de l'ANAP.
- [82] Le programme retenu ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Programme capacitaire du projet « Ile de Nantes »

Modélisation du programme capacitaire cible du CHU Nantes Synthèse capacitaire proposée

	SITUATION ACTUELLE (2009)		SITUATION FUTURE (2020)	ECARTS 2009/2020	
	Capacités installées (A)	Equivalent capacités- activités (B)	Capacités cibles (C)	(C) - (A)	(C) - (B)
MEDECINE (hors Gynécologie) - LITS, PLACES, POSTES	936	907	822	-114	-85
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	822	781	614	-208	-167
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	73	77	148	75	71
Séances (Chimio, transfusion,...) - PLACES	16	24	29	13	5
Séances (Dialyse) - POSTES	25	25	31	6	6
CHIRURGIE (hors Gynécologie) - LITS, PLACES	598	548	478	-120	-70
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	567	522	431	-136	-91
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	31	26	47	16	21
GYNECO-OBSTETRIQUE - LITS, PLACES, POSTES	109	110	84	-25	-26
Séjours - Hospitalisation Complète (DS>=1 jour) - LITS	92	98	67	-25	-31
Séjours - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - PLACES	12	7	12	0	5
Séjours IVG - Hospitalisation Ambulatoire (DS=0 nuit) - POSTES	5	5	5	0	0
TOTAL MCO - LITS	1481	1401	1112	-369	-289
TOTAL MCO - PLACES	132	134	236	104	102
TOTAL MCO - POSTES	30	30	36	6	6
TOTAL MCO - LITS, PLACES, POSTES	1643	1565	1384	-259	-181

* Chimiothérapie, Aphérèse sanguine, Transfusion

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTESSource : *Projet médical du CHU de Nantes*

- [83] Cette modélisation intègre les hypothèses démographiques évoquées au point 3.1 ainsi que le développement des prises en charges alternatives à l'hospitalisation. L'objectif retenu pour la chirurgie ambulatoire est de 56%, soit un doublement par rapport à la situation actuelle. Ces hypothèses sont raisonnablement ambitieuses. Elles apparaissent comme réalistes à la condition que le parti architectural retenu soit suffisamment souple pour permettre de faire face aux évolutions des modes de prise en charge et des besoins.

3. LA REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION

- [84] L'agglomération nantaise est fort bien pourvue en établissements de santé de court séjour. Au-delà du CHU et du site nantais de l'ICO, le secteur de l'hospitalisation privée est très développé et déjà largement rénové et restructuré.

3.1. Une démographie en forte progression

- [85] Avec plus de 900 000 habitants, la partie nantaise du territoire de santé de Loire Atlantique est la plus peuplée de la région des Pays de la Loire. Cette population est majoritairement concentrée sur l'agglomération Nantes Métropole. Il s'agit d'une population jeune (indice de vieillissement de 58,5 contre 65,9 en Pays de la Loire et 66,8 France entière). Le taux de fécondité est supérieur à la moyenne nationale et se traduit par 12 000 naissances annuelles (taux stable sur les dernières années). A l'horizon 2030, la structure de la population devrait se modifier, la part des personnes âgées de 60 ans et plus s'accroissant de 46% (+ 63% pour les personnes âgées de plus de 80 ans).
- [86] L'aire urbaine de Nantes comptait 768 300 habitants en 2007. Selon l'INSEE, la population pourrait s'accroître de 19%, soit près de 150 000 habitants supplémentaires d'ici 2030, soit 6 000 personnes de plus par an en moyenne.²⁶

3.2. Une offre de soins dense et concurrentielle

- [87] Pour répondre aux besoins de cette population en augmentation²⁷, l'agglomération nantaise est bien équipée. Outre le CHU et le centre René Gauducheau, huit établissements privés sont implantés dans l'agglomération représentant plus de 1 000 lits et places de court séjour.

3.2.1. Un CHU en position dominante en médecine mais sérieusement concurrencé en chirurgie et en obstétrique

- [88] Même s'il est fortement concurrencé par le secteur privé en chirurgie, le CHU est le principal opérateur dans sa zone d'attractivité. Pour 2009, les données sont les suivantes²⁸ :

3.2.1.1. En médecine :

30,3% (nouvelles cliniques nantaises 10,8%).

3.2.1.2. En chirurgie :

15,9% (nouvelles cliniques nantaises 11,5%, polyclinique de l'atlantique 7,7%).

3.2.1.3. En obstétrique :

36,9% (nouvelles cliniques nantaises 28,6%, polyclinique de l'atlantique 18,6%).

3.2.2. Une activité de court séjour en croissance

- [89] Ainsi que le soulignent les études menées par l'ANAP dans le cadre de la refonte du projet médical, l'activité de court séjour du CHU de Nantes est en forte croissance sur la période 2007/2010, même si elle est restée stable en 2009 (alors que la production globale des CHU baissait de -3,7% entre 2008 et 2009).
- [90] Cette analyse est confirmée par les données 2010 : + 6,22% par rapport à 2009. Le rythme moyen de progression de l'activité sur longue période est soutenu : + 3,5% par an de 2005 à 2010.

²⁶ INSEE Pays de la Loire, Etudes n° 96, mai 2011.

²⁷ 3^{ème} plus forte progression des grandes aires urbaines françaises (hors Ile de France) après Toulouse et Rennes (Etudes INSEE Pays de la Loire n° 96).

²⁸ Données Hospidiag.

Tableau 10 : Taux de croissance de l'activité

	Rythme moyen annuel de
Médecine	+ 4,60 %
Chirurgie	+ 2,60 %
Obstétrique	+ 1,10 %

Source : CHU de Nantes

- [91] S'il est probable que cette croissance ne se poursuive pas au même rythme dans les années qui viennent, la croissance démographique doit cependant permettre au CHU, comme aux autres établissements de l'agglomération, de conserver une progression d'activité significative sur la période couverte par les projections de l'INSEE.

3.2.3. Un case-mix diversifié

- [92] Comme tous les grands CHU, celui de Nantes présente un case-mix assez large²⁹. Trois domaines se distinguent cependant : la cardiologie, la neurologie et le digestif. Ils représentent 26% des séjours et 32% du chiffre d'affaire de court séjour.
- [93] Le case-mix médical est centré sur 9 disciplines : pneumologie, hématologie, vasculaire interventionnel, neurologie, digestif, cardiologie, uro-néphrologie, rhumatologie et nouveau-nés.
- [94] Le case-mix chirurgical se répartit principalement autour de 8 disciplines : cardiologie, ortho-rhumatologie, neurologie, digestif, urologie, ORL et « autres prises en charge ».

3.2.4. Des indicateurs de performance favorables³⁰

- [95] Les principaux indicateurs pris en compte sont, généralement, la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation des lits (TO) et le poids moyen du cas traité (PMCT).
- [96] La DMS du CHU de Nantes, pour l'ensemble du court séjour, (6,76 j en 2009) est légèrement inférieure à la moyenne des CHU français (6,8 j). Si on l'analyse plus finement on constate que c'est en médecine que cette DMS est la plus basse. Elle est plus élevée en chirurgie et en obstétrique. La performance peut donc être améliorée dans ces deux disciplines.
- [97] Les taux d'occupation sont élevés et stables (87% au 31 12 2009 en MCO) avec une saturation en médecine et en obstétrique (> à 90%).
- [98] Le PMCT, représentatif de la lourdeur des pathologies prises en charge, place le CHU de Nantes dans les 30% d'établissements les plus performants. Le PMCT 2009 est supérieur de 6% à celui de l'ensemble des CHU. Après un tassement sur la période 2005-2008, cet indicateur a progressé de + 3,5% entre 2009 et 2010, passant de 2 346 € à 2 429 €

3.2.5. La répartition territoriale de l'activité hospitalière dans l'agglomération

- [99] Les principaux offreurs de soins de l'agglomération nantaise sont, outre le CHU, la polyclinique de l'atlantique (groupe Védici), la clinique Jules Verne (Mutualité) et les nouvelles cliniques nantaises. Le site de la clinique Jules Verne regroupe deux établissements de la mutualité au nord-est de l'agglomération de même que le site des nouvelles cliniques nantaises (NCN et centre Catherine de Sienne) au sud de l'agglomération.

²⁹ Etude ANAP, 24 juin 2010, p. 10.

³⁰ Idem p. 11.

[100] L'activité de ces quatre ensembles hospitaliers est la suivante :

Tableau 11 : Activité 2009 des quatre principaux sites hospitaliers de l'agglomération nantaise

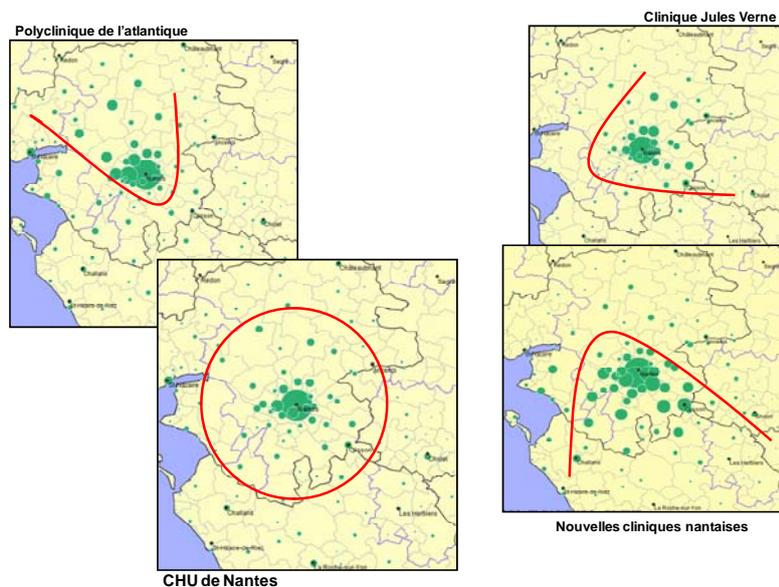
2009	CHU Nantes	Site des Nouvelles Cliniques nantaises	Polyclinique de L'Atlantique	Site Jules Verne Mutualité
RSA médecine (HC)	45 119	13 385	5 431	5 622
RSA chirurgie (HC)	22 087	13 600	10 436	10 447
RSA obstétrique (HC)	4 650	0	5 800	3 022
RSA médecine (ambu)	27 710	9 307	1 871	9 399
RSA chirurgie (ambu)	6 706	8 304	8 998	8 097
RSA obstétrique (ambu)	2 501	0	567	884

Source : Hospidiag

[101] Si l'on compare le CHU à ses principaux concurrents, on constate qu'il assure 75% des séjours de médecine (hospitalisation complète et ambulatoire), 41% des séjours d'obstétrique et 32,5% des séjours de chirurgie. Il est donc très largement dominant en médecine mais fortement concurrencé en chirurgie et en obstétrique. Il est, toutefois, le principal offreur de soins de ce groupe d'établissements (48,6%), suivi par le site des Nouvelles Cliniques Nantaises (19,9%), le site de la mutualité (16,7%) et la polyclinique de l'atlantique (14,8%).

[102] Il est intéressant d'observer les bassins de recrutement de ces groupes d'établissements :

Schéma 1 : Bassins de recrutement des quatre principaux sites de l'agglomération nantaise



Source : Etude ANAP

- [103] On constate que l'attractivité de chacun de ces quatre pôles est fortement influencée par sa situation géographique. La polyclinique de l'atlantique est tournée vers le nord-ouest, le site Jules Verne vers le nord-est, le site des nouvelles cliniques nantaises vers le sud tandis que le CHU occupe une position très centrale et recrute principalement sur l'agglomération nantaise.
- [104] Il est utile de préciser que le groupe Védici s'apprête à regrouper sur le site de la polyclinique de l'atlantique, deux de ses trois établissements de centre ville : la clinique saint Augustin et la clinique Jeanne d'Arc. Ces deux établissements réalisent ensemble plus de 30 000 séjours par an.

4. LE CHOIX D'UN SCENARIO

- [105] Il faut rappeler qu'un audit complémentaire a été demandé à la MAINH en 2008. Cette mission est intervenue après la crise financière de l'année 2007 et la mission d'appui-conseil conduite par Denis DEBROSSE³¹. Elle a été diligentée par la DHOS et portait sur :
- une analyse critique du projet de reconstruction retenu par le CHU de Nantes dans son schéma directeur 2005-2018 (scénario « Regroupement Hôtel-Dieu et Ile de Nantes non contigu »)
 - l'examen d'un scénario alternatif qui prévoirait, à terme, le transfert de toutes les activités de court séjour sur le site de l'Ile de Nantes
 - les réserves foncières, l'accès, les conditions de circulation, la desserte par les transports en commun, le stationnement, les conditions de l'approvisionnement logistique.

- [106] Cette mission a défini un nouveau programme capacitaire, qu'elle a estimé à 1488 lits et places pour une projection à l'horizon 2020/2025. Ce chiffre est à rapprocher du programme capacitaire finalement retenu à l'issue des travaux réalisés avec l'ANAP, soit 1384 lits et places. Elle a ensuite étudié quatre scénarios.

4.1. Des scénarios actualisés

- [107] Alors que six scénarios avaient été étudiés lors de l'élaboration du schéma directeur 2003-2018, quatre scénarios, actualisés, ont été approfondis et étudiés selon la même méthodologie. Il y a lieu de préciser que les opérations d'investissements autres que la reconstruction du court séjour, et qui ne sont pas ou peu impactés par elle, sont estimées par la MAINH entre 700 et 800 M€ sur la période 2008-2024. La synthèse de l'analyse menée par la MAINH sur chacun des scénarios est reproduite ci-dessous.

4.1.1. Le scénario 0

- [108] Il se fonde sur la conservation des deux sites actuels : le site de Laënnec est mis en sécurité et son hébergement rénové; il n'y a pas création de surfaces. Les coûts estimés sont de l'ordre de 90 millions d'euros en valeur 2008. Pour ce qui est de l'Hôtel Dieu, les coûts de mise en sécurité, de remise à niveau des hébergements et des améliorations fonctionnelles (comme le regroupement de l'imagerie) sont valorisés à 150 millions d'euros, (155 si on y rajoute la rénovation de l'immeuble Deurbroucq, siège de la direction générale). D'où un total de 245 millions. L'ensemble de ces travaux s'achèvent en 2024.
- [109] Sur la période 2008-2024, l'ensemble des investissements du PPI est donc de **245+860=1105 millions d'euros** en valeur 2008 pour le maintien sur les deux sites actuels.

³¹ Audit complémentaire sur le schéma directeur du CHU de Nantes et sur le projet Ile de Nantes – MAINH, mai 2009.

4.1.2. Le scénario 1

- [110] Il consiste à construire sur le site dit de l'Île de Nantes (à un peu moins d'un kilomètre de l'Hôtel Dieu) un ensemble regroupant les activités d'urologie et de néphrologie, les activités de cardiologie, de transplantation, de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire, de pneumologie et d'endocrinologie, ainsi que les neurosciences et les laboratoires. Ce scénario entraîne l'abandon et la vente du site de HGRL, ainsi que la réorganisation et la restructuration de l'Hôtel Dieu tant pour améliorer autant que faire se peut certaines fonctionnalités que pour satisfaire aux exigences en matière de sécurité incendie.
- [111] Une estimation à 78 000 m² de Surface Dans Œuvre pour cette tranche a été retenue. 800 places de parking souterrain sont intégrées dans ce scénario. Il a aussi été estimé que la surface initiale de 2,2 hectares prévue pour le CHU était trop petite pour accueillir l'ensemble des activités du scénario 1 de manière fonctionnelle. Aussi a-t'il été envisagé d'étendre cette surface à l'ensemble des parcelles avoisinantes maîtrisées immédiatement par la SAMOA³² pour atteindre 3,2 hectares. Ce projet (foncier, construction et équipements) a été valorisé à 325 millions d'euros en valeur 2008. L'Hôtel Dieu étant pérennisé, les investissements à y réaliser sont ceux du scénario 0, soit 165 millions d'euros.
- [112] Au total, ce scénario est valorisé à **785+325+165=1 275 millions d'euros** en valeur 2008.

4.1.3. Le scénario 2

- [113] Ce scénario s'appuie sur la reconstruction en une seule fois des 1488 lits, places et postes. Une estimation de 208000 m² SDO a été retenue pour cette opération. 1 200 places de parking sont prévues. La mise en service de cette opération s'effectuerait début 2022.
- [114] Le foncier estimé pour accueillir ce projet de manière fonctionnelle a été estimé à une dizaine d'hectares, voire à un peu plus de 12 pour accueillir le CRLCC, ce qui permettrait de créer physiquement l'IRCNA. Les premières études, de novembre 2008, conduites par le CHU, démontraient que ce foncier n'était concevable qu'en empiétant de manière très sensible sur le Marché d'Intérêt National (MIN). Ce projet (foncier, construction et équipements) a été valorisé à 820 millions d'euros en valeur 2008, dans une hypothèse de calendrier qui n'inclut aucun risque de disponibilité de foncier. Dans cette hypothèse, aucun investissement spécifique nouveau n'a bien sûr été envisagé sur l'Hôtel Dieu.
- [115] Au total, ce scénario est valorisé à **710+820=1530 millions d'euros** en valeur 2008.

4.1.4. Le scénario 2bis

- [116] Le scénario 2 bis s'appuie sur une réalisation d'un ensemble « adultes » en une seule fois. La capacité de cet ensemble est de 1207 lits, places et postes. L'estimation de surfaces retenue est de 172 000 m² SDO. 1 200 places de parking sont prévues. La mise en service de cette opération s'effectuerait début 2021.
- [117] L'étude de faisabilité complémentaire produite en mars 2009 par le CHU montre qu'il est envisageable de développer ce projet sur les fonciers libérables à horizon 2012 (c'est à dire y compris les zones du MIN aujourd'hui occupées par le pavillon de la marée et le parking). La fonctionnalité obtenue semble satisfaisante même si elle n'est pas parfaite; en revanche, en termes de libération de foncier, le risque apparaît comme beaucoup moins grand que dans le scénario 2. Ce projet (foncier, construction et équipements) a été valorisé à 695 millions d'euros. Il est à noter, que dans un souci de cohérence globale et de préservation de l'avenir, il a été retenu de lancer un concours global sur l'ensemble des activités MCO du CHU, les études étant chiffrées pour la seule part « adultes » à partir de l'Avant Projet Sommaire. Dans l'hypothèse 2 bis, aucun investissement spécifique n'est réalisé sur l'Hôtel Dieu.

³² SAMOA : Société d'aménagement de la métropole ouest-atlantique, société publique locale dont le capital est détenu à 75% par Nantes Métropole et la ville de Nantes.

[118] Au total, ce scénario est valorisé à **675+695=1370 millions d'euros** en valeur 2008.

4.2. Les scénarios de PGFP

[119] A l'issue de cette première étape un PGFP a été construit pour chacun des scénarios en retenant les mêmes hypothèses, préalablement testées par la MAINH :

- Absence d'actualisation « prix » afin de neutraliser les facteurs externes, non maîtrisable par le CHU et difficilement évaluables par la MAINH
- Tests de sensibilité au changement de certaines hypothèses : augmentation de 1% des dépenses sans compensation sur les recettes, progression de l'activité inférieure à celle prévue par le CHU,
- Actualisation des investissements à 2%.

[120] Tous les scénarios intègrent une part d'économies de gestion que le CHU doit impérativement réaliser pour contribuer au financement et à l'équilibre économique du projet. Ces économies sont directement liées à l'amélioration de l'organisation : optimisation de la gestion des lits, développement de l'activité ambulatoire.

[121] Chacun d'entre eux comporte également une part d'aides à l'investissement (subvention du FMESPP et crédits d'aide à la contractualisation) et des produits de cessions.

4.2.1. Les économies de gestion

[122] Le montant des économies générées par chacun des scénarios a été calculé. Il est synthétisé dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Valorisation de l'effort d'économies du CHU

Economies- redéploiements	
Scénario 0	10 977 305 €
Scénario 1	18 035 993 €
Scénario 2	33 223 171 €
Scénario 2bis	33 235 939 €

Source : *Audit complémentaire MAINH mai 2009*

4.2.2. Les aides à l'investissement

[123] Le montant des aides permettant de compléter le financement du projet dans une perspective d'équilibre financier pérenne à l'issue des travaux de restructuration a été calculé. Il est fortement influencé par le niveau d'économies réalisable grâce à la fonctionnalité et à l'efficacité de chaque scénario.

Tableau 13 : Montant des aides

	Cumul des apports	Apport moyen annuel (sur 12 ans)	Rapport économies/apports
Scénario « zéro »	358 000 000 €	29 833 333 €	36,80%
Scénario 1	389 000 000 €	32 416 667 €	55,64%
Scénario 2	237 000 000 €	19 750 000 €	168,22%
Scénario 2 bis	235 000 000 €	19 583 333 €	169,72%

Source : *Audit complémentaire MAINH mai 2009 et CHU de Nantes*

4.2.3. Les cessions de patrimoine

[124] Le scénario choisi influence directement les possibilités de cession de patrimoine. La réhabilitation des sites actuels n'en permet aucune et les scénarios de reconstruction complète du court séjour autorisent des cessions importantes.

Tableau 14 : Cessions de patrimoine

	Montant des cessions
Scénario « zéro »	0 €
Scénario 1	31 500 000 €
Scénario 2	51 500 000 €
Scénario 2 bis	51 500 000 €

Source : *Audit complémentaire MAINH mai 2009*

4.3. L'avis de la MAINH sur chacun de ces scénarios

[125] A l'issue de ses travaux l'équipe de la MAINH qui a réalisé l'audit complémentaire de 2009 a formulé un avis sur la soutenabilité financière de chacun des scénarios de PGFP et un avis global sur chacune des hypothèses de restructuration envisagées. Ces avis sont reproduits ci-dessous :

4.3.1. PGFP scénario 0

[126] Ce scénario n'est pas soutenable car il implique un certain niveau d'investissement pour une organisation non optimisée et un manque d'attractivité des patients, deux facteurs se répercutant de façon négative sur l'exploitation. Ce scénario nécessite une aide financière annuelle de 15 M€ dès 2013 pour un résultat très médiocre. La première année d'exploitation dégagant un résultat positif est 2024 avec 6,8 M€ mais avec un déficit cumulé de près de 14 M€. Le taux de marge brute varie entre 11 et 12 %.

4.3.2. PGFP scénario 1

[127] Tout comme le scénario 0, ce scénario n'est pas tenable sans une aide financière dès 2013 (la CAF devenait inférieure au remboursement de la dette dès 2017 et l'emprunt supérieur au montant des investissements dès 2018). Avec une aide de 12 M€ par an dès 2013, le résultat devient positif en 2021 (+ 1,7 M€) tandis que le résultat cumulé obtenu en 2024 est de - 9,4 M€. Le montant de l'aide modifie également le taux de marge brute qui passe d'une fourchette de 9 à 12% sans aide à une fourchette de 11 à 14%. Ce scénario a toutefois le désavantage d'une croissance très faible des recettes d'exploitation compte tenu du coefficient appliqué.

4.3.3. PGFP scénario 2

[128] Ce scénario pourrait se passer d'aide financière en raison de l'application d'un meilleur coefficient sur les recettes d'exploitation (dû à l'attractivité de la reconstruction de tout le MCO en une seule fois) et d'une réalisation optimale du plan d'économies. Le taux de marge brute évolue entre 11 et 17% avec un effet palier important en 2016 passant de 13 à 16%. On obtient ainsi un résultat positif (1,25 M€) en 2019 et un résultat cumulé positif à partir de 2021 (+ 1,6 M€) avec un résultat cumulé de + 102 M€ en 2024. Sur toute la période étudiée, on constate chaque année une CAF supérieure au remboursement de la dette ainsi qu'un emprunt inférieur à l'investissement. Le point culminant de la dette s'établit en 2021 à 924 M€ ce qui représente 16,4 ans de CAF.

4.3.4. PGFP scénario 2bis

[129] Ce scénario permet de «passer» sans aide. Il démontre que si l'effet prix (inflation) sur les dépenses est absorbé par la révision tarifaire appliquée sur la T2A, alors le poids des investissements du CHU de Nantes (incluant Ile-de Nantes, non compris le pôle Mère-Enfant) est supportable par le CHU sans aide financière de l'Etat compte tenu de son important plan d'économies. Le résultat de ce scénario est excédentaire à partir de 2019 et le résultat cumulé est excédentaire à partir de 2022. Le taux de marge brute enregistre la même évolution que celle constatée dans le scénario précédent (de 10 à 17%). En 2024, la CAF ressort à 96 M€ (tout comme dans le scénario 2) et le résultat cumulé est de 65,5 M€. La CAF est toujours supérieure au remboursement de la dette. Le point culminant de l'endettement est en 2020 avec 863 M€ représentant 15,9 ans de CAF.

4.4. *L'appréciation globale portée par la MAINH sur les scénarios :*

4.4.1. Scénario 0

[130] Tel qu'il a été conçu, ce scénario limite les possibilités de réorganisation et d'adaptation du CHU et, de fait, le rend peu attractif dans un environnement de concurrence forte. En outre, les investissements relatifs aux mises aux normes et à la rénovation de locaux sont élevés et, dans les hypothèses de «saine» gestion évoquée lors de la détermination des opérations courantes, on constate que le CHU doit être aidé (une quinzaine de millions) pour arriver à passer le cap de ces travaux longs, en site occupé, toujours susceptibles d'altérer la disponibilité de l'outil de production. Indépendamment de l'effet de ciseaux évoqué ci-dessus, ce scénario ne montre guère sa viabilité à moyen et long terme.

4.4.2. Scénario 1

[131] Ce scénario modernise une partie des activités du CHU tout en conservant la plus ancienne et la plus importante de ses structures dans ses murs. Même si une attention toute particulière a été portée au périmètre du projet de l'Ile de Nantes, il n'en conviendra pas moins de gérer un bi site; la traversée d'une voie express et d'un pont peut difficilement évoquer une proximité fonctionnelle. Ce scénario qui crée, dans une certaine mesure, un établissement à deux vitesses nécessite un soutien élevé (une douzaine de millions d'euros à tout le moins sans prise en compte de l'effet de ciseaux). Il a l'avantage de pouvoir être mis en œuvre très vite (l'essentiel du programme est déjà fait) et sans dépendre de manière exagérée de tiers (l'acquisition de la surface d'un peu plus d'un hectare déjà maîtrisée par la SAMOA semble être un sujet assez facilement réalisable). En revanche, concilier fonctionnement harmonieux à l'intérieur de cette structure neuve et anticipation de tranches ultérieures (dont IRCNA) venant en complément de l'existant sera vraisemblablement très difficile. Le bilan global des surfaces montre que ce scénario conserve le patrimoine global de 225 000 m² SDO qui est celui du CHU aujourd'hui pour exercer ses activités de court séjour.

4.4.3. Scénario 2

[132] Ce scénario montre que, hors effet de ciseaux, le rapport entre recettes et dépenses permet au CHU de financer ce projet sans aide. Sur le plan intellectuel, la construction de ce scénario a du sens. Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, les indicateurs financiers de ce projet sont extrêmes. Par ailleurs, il présente un risque important sur la disponibilité de l'ensemble du foncier nécessaire dans un délai compatible avec celui de la construction envisagée. Enfin, le fait de reconstruire l'ensemble des activités du FME ainsi que du PTMC si peu de temps après leur mise en fonctionnement ne manque pas d'interpeller, au-delà des considérations financières. Dans ce scénario, l'ensemble des surfaces est réduit de 20 000 m² SDO.

4.4.4. Scénario 2bis

[133] Ce scénario qui est une version « allégée » du scénario précédent peut être viable sans aide (toujours hormis effet de ciseaux). Il minimise légèrement les indicateurs extrêmes évoqués plus haut. Le risque lié à la disponibilité du foncier dans le délai souhaité est inférieur à celui du scénario précédent. La venue de l'ensemble FME et celle du CRLCC (pas avant 2018 en tout état de cause) pour constituer l'IRCNA doivent certes être prévues dès l'amont, mais leur arrivée effective s'accommodera volontiers d'une libération un peu tardive de la seconde zone du MIN. Dans ce scénario, le patrimoine du CHU est aussi réduit d'une vingtaine de milliers de m².

[134] Dans ce scénario, comme dans le précédent, l'ensemble des études de flux, des études relatives aux voies d'accès et au dimensionnement des réseaux, ainsi que l'ensemble des règles d'urbanisme applicable à l'ensemble de la zone, devront être arrêtées très vite (sous une dizaine de mois) pour qu'un de ces deux scénarios puisse être mis en œuvre. Dans l'hypothèse où ces études déboucheraient sur la réalisation de travaux conséquents, en termes de voirie par exemple, des engagements sur leur calendrier d'exécution et sur leurs financements seraient bien sûr attendus.

4.5. Synthèse des éléments financiers

[135] Si l'on se limite à l'approche financière du projet de restructuration du CHU de Nantes **tel qu'il se présente aux décideurs en 2009**, on peut la synthétiser au regard des éléments qui apparaissent dans le tableau suivant :

Tableau 15 : Synthèse financière

	Montant PGFP	Cumul aides	Economies cumulées	Cumul cessions	Economies annuelles à partir de 2024
Scénario « zéro »	1 105 M€	358 M€	105,6 M€	0 €	10,9 M€
Scénario 1	1 275 M€	389 M€	160,5 M€	31,5 M€	18 M€
Scénario 2	1 530 M€	237 M€	205,4 M€	51,5 M€	33,2 M€
Scénario 2 bis	1 370 M€	235 M€	213,9 M€	51,5 M€	33,2 M€

Source : *Audit complémentaire MAINH mai 2009 et CHU de Nantes*

- [140] Chacun des scénarios fait appel, dans des proportions variables, à des aides à l'investissement. Le moins coûteux d'entre eux, qui se limite à des travaux de mise aux normes et d'adaptation des locaux existants aux évolutions des techniques médicales et aux standards actuels en matière d'hébergement est aussi celui qui nécessite l'accompagnement le plus fort de la part des pouvoirs publics. C'est donc assez logiquement que le choix s'est porté sur le scénario 2 bis.
- [141] C'est, en effet, celui qui permet au CHU de dégager l'autofinancement le plus important (265,4 M€ pour 105,6 M€ dans le scénario 0), de réduire très sensiblement la part d'aides à l'investissement et de dégager des économies de fonctionnement pérennes d'un montant très significatif.

4.6. Le choix d'un site unique pour le court séjour, scénario le plus adapté aux besoins du CHU de Nantes

- [142] Le choix d'un site unique pour l'ensemble du court séjour du CHU de Nantes a été fait d'un commun accord entre les instances du CHU, l'ARH (puis l'ARS) et les élus locaux concernés (Ville de Nantes et Nantes Métropole). Ce choix présente la meilleure cohérence en termes de fonctionnement, limitant les déplacements des malades comme des personnels, évitant les doublons de services et d'équipements lourds et permettant donc d'optimiser les moyens.
- [143] Le scénario d'un regroupement sur le site nord (HGRL à Saint-Herblain) a été écarté pour des raisons tenant à la fois à la nécessité de conserver, et même d'accroître, la proximité entre les soins, l'enseignement et la recherche et au souci de limiter les flux entre des sites éloignés du CHU.
- [144] La faculté de médecine achève sa reconstruction en centre ville et n'a ni le projet ni les moyens d'envisager une délocalisation au nord de l'agglomération³³.
- [145] Les services logistiques du CHU sont implantés sur le site de l'Hôpital Saint Jacques, à 15 km du site nord mais à 1 km seulement de l'Ile de Nantes. Une relocalisation du court séjour en périphérie multiplierait les déplacements sur un axe très souvent saturé (pont de Chevire) et éloignerait tous les usagers des nœuds de transports en commun, SNCF aussi bien que tramway, les contraignant à un usage accru des moyens automobiles.

³³ Position confirmée à la mission lors de l'entretien qu'elle a eu avec le doyen de la faculté de médecine le 28 avril 2011.

- [146] Le choix du regroupement de l'ensemble du court séjour, il faut le rappeler, n'était pas le choix initial des élus de Nantes Métropole qui ne prévoyaient, pour le CHU qu'un terrain limité de 2 à 3 hectares. C'est à la demande du directeur général par intérim, Daniel MOINARD, que Nantes Métropole a modifié sa position et s'est ralliée à la solution proposée par le CHU³⁴. Les acteurs économiques sont très favorables à cette option et ont engagé la délocalisation du marché d'intérêt national (MIN) pour permettre la mise à disposition des 12 hectares nécessaires au CHU³⁵. Il faut souligner qu'une superficie équivalente à celle qu'occupera le futur site hospitalier (12 hectares) permettra d'accueillir, au sud de la parcelle cédée au CHU, des activités complémentaires (enseignement, recherche, hébergement...)
- [147] Plusieurs questions préalables doivent, toutefois, être posées avant de statuer sur la faisabilité de cette opération structurante sur le site de l'Ile de Nantes.

4.6.1. L'inondabilité : une hypothèse levée par l'étude SOGREAH Hydratech

- [148] Le risque d'exposition aux risques d'inondation a été, à juste titre, posée. Afin de pouvoir fixer l'aléa de référence à retenir pour l'élaboration du plan de prévention des risques d'inondation (PPRI) en tenant compte de données scientifiquement établies, le préfet de la Loire Atlantique, préfet des Pays de la Loire, a fait réaliser une étude de modélisation des lignes d'eau. Cette étude a été réalisée par une société spécialisée, SOGREAH Hydratech, et expertisée par le Centre d'Etudes Techniques Maritimes et Fluviales (CETMEF), service relevant du ministère de l'Ecologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement.
- [149] Cette étude a pris en compte trois hypothèses de restauration de l'estuaire de la Loire (remontée des fonds de chenal de 20 cm) et deux hypothèses sur l'élévation du niveau marin, 60 et 100 cm, déclinées sur deux échéances de temps de 50 et 100ans.
- [150] Il ressort de cette étude que l'Ile de Nantes ne sera pas classée en zone inondable avec l'aléa de référence retenu pour l'établissement du PPRI. Dans le courrier adressé au président de Nantes Métropole le 30 janvier 2011, le préfet indique que, dans le scénario retenu « les grands projets envisagés comme celui du CHU seront hors zone inondable »³⁶.

4.6.2. L'accessibilité : une obligation pour Nantes Métropole et le CHU

- [151] Cette question est importante tant pour les patients et leurs familles que pour les personnels du CHU. Il faut souligner que 49% des patients et 68% des salariés résident dans l'agglomération.
- [152] Le plan de déplacements urbains (PDU) arrêté par Nantes Métropole en octobre 2010 prend en compte les besoins du CHU³⁷.

4.6.2.1. Accessibilité ferroviaire

- [153] L'attractivité régionale du CHU tout comme le développement des coopérations hospitalo-universitaires, notamment avec Angers et Rennes, nécessitent une bonne desserte ferroviaire. Une connexion directe entre la gare de Nantes et le site prévu pour le CHU sera assurée par la ligne 5 (chronobus³⁸) mettant ainsi l'hôpital et la gare à moins de 15 minutes l'un de l'autre.

³⁴ Lettre du 13 juin 2008 adressée par le président de Nantes Métropole au directeur général du CHU – Annexe 7

³⁵ Position confirmée à la mission lors de la rencontre avec le directeur général de la Chambre de Commerce et d'Industrie le 24 mai 2011.

³⁶ Lettre du préfet de la Loire Atlantique au président de Nantes Métropole – Annexe 8.

³⁷ Plan de déplacements urbains 2010-2015 Perspectives 2030. Projet arrêté par le conseil communautaire de Nantes Métropole, communauté urbaine dans sa séance du 18 octobre 2010.

³⁸ Bus à fréquence élevée circulant partiellement en site propre.

- [154] La réalisation d'un tram-train, à la faveur de la construction d'un nouveau pont³⁹ entre l'Ile de Nantes et Chantenay, permettrait la connexion de l'Ile de Nantes et du CHU aux cinq branches de l'étoile ferroviaire de Nantes⁴⁰.

4.6.2.2. Accessibilité routière

- [155] Le maillage routier sera assuré par deux nouveaux boulevards urbains (au nord et au sud du site) et deux axes nord-sud à l'est et à l'ouest. Il sera relié au périphérique au nord comme au sud.
- [156] L'Ile de Nantes est aujourd'hui desservie par 10 ponts (dont 2 nouveaux ponts multimodaux, Léopold Sédar Senghor et Eric Tabarly, ouverts en 2011) et la collectivité a engagé les études pour la réalisation d'un franchissement supplémentaire de la Loire dans le secteur ouest de l'Ile.
- [157] L'accessibilité routière extérieure depuis le sud de l'agglomération est fluide et indépendante des conditions de circulation du centre ville.

4.6.2.3. Stationnement

- [158] S'agissant du stationnement, alors que l'Hôtel Dieu dispose aujourd'hui d'une centaine de places, 1200 places seront créées au sein du CHU, 2400 places complémentaires seront disponibles dans des parkings de proximité placés sous délégation de service public.
- [159] Près de 1000 places seront dédiées aux ambulances, aux taxis et aux véhicules des patients fragiles et de leurs accompagnants.

4.6.2.4. Transports en commun

- [160] En ce qui concerne les transports en commun, deux lignes de tramway et une ligne de busway⁴¹ irriguent d'ores et déjà l'Ile de Nantes. Les lignes 2 et 3 du tramway passent à 500 mètres du site. Une ligne structurante complémentaire (chronobus) desservira le site du futur CHU dès 2014 et évoluera en ligne de busway ou tramway. Par ailleurs, une extension de la ligne 2 du tramway passera au sud de l'établissement. Ces projets sont inscrits au PDU adopté par le conseil communautaire en octobre 2010.

4.6.2.5. Véhicules d'urgence

- [161] D'ores et déjà la ligne 4 nord-sud (busway en site propre) permet une circulation fluide qui sera confortée par la voie est-ouest de la future ligne 5 (chronobus). A moyen terme des voies dédiées seront aménagées sur deux ponts permettant l'accès au périphérique (pont Anne de Bretagne et pont des Trois Continents).
- [162] Le nouveau site sera doté d'une hélisurface permettant d'accueillir les transports sanitaires hélicoptérés.

4.6.2.6. Logistique

- [163] Pendant la période transitoire séparant la phase 1 de la phase 2 des liaisons seront nécessaires entre le site de l'Hôtel-Dieu et l'Ile de Nantes, essentiellement pour le transport de produits hospitaliers (sang, prélèvements). Des itinéraires spécifiques sécurisés ont été déterminés à cette fin avec les services de Nantes Métropole.

³⁹ Etudes engagées dans le cadre du PDU 2010-2015.

⁴⁰ Trois branches au Nord : vers St Nazaire, Carquefou et Ancenis-Angers et deux branches au sud : vers Pornic-St Gilles Croix de Vie et La Roche sur Yon.

⁴¹ Bus circulant en site propre.

- [164] Au-delà, les liaisons à visée logistique se feront principalement avec le site de l'hôpital Saint Jacques. Elles concerneront essentiellement la pharmacie, les repas et le linge. Les itinéraires, en mode normal et en mode dégradé, ont également été définis avec Nantes Métropole.

4.6.3. Le souci du développement durable

- [165] Nantes, comme les principales grandes agglomérations françaises, a le souci de réduire les trajets en véhicules particuliers automobiles. C'est l'un des axes du PDU adopté en 2010. Le CHU s'est inscrit dans cette dynamique en élaborant son plan de mobilité d'entreprise et en proposant à ses salariés des modalités alternatives de déplacement. En particulier, les agents ont la possibilité d'acquiescer un « pass » pris en charge à 50% par l'établissement. A ce jour plus de 1800 pass ont été souscrits.
- [166] Selon les travaux menés par le CHU, le nombre de déplacements quotidiens en voiture est estimé entre 3 000 et 4 000 si le nouveau site est installé en centre ville et entre 9 000 et 10 000 s'il est installé en périphérie. Cette différence mérite d'être prise en compte tant au regard du bilan carbone que du coût du carburant.

4.6.4. Un dimensionnement du projet volontariste

- [167] Le scénario retenu permet de réduire de 20 000 m² les surfaces utilisées par le CHU⁴². Les surfaces dans œuvre (SDO) à construire (hors parking) sont estimées à 192 558 m² soit 139 m² SDO par lit.
- [168] Si l'on retranche les surfaces liées au plateau de biologie et au SAMU – SMUR, afin de se placer dans les critères retenus par la MAINH et de pouvoir opérer des comparaisons avec des opérations comparables, la surface nécessaire est de 166 155 m² SDO, soit 120 m² par lit/place.
- [169] Les opérations comparables réalisées au cours des dernières années dans les CHU font apparaître des ratios proches de 150 m²/lit (Nice, Strasbourg, Amiens, Besançon). L'hôpital femme-mère- enfants Hospices civils de Lyon (HFME) a un ratio identique à celui du projet nantais (120 m²)⁴³. Seul le CHU de Nîmes se situe, à 106 m², en-dessous de ce seuil considéré comme normal pour un CHU important.
- [170] Les données de l'observatoire des coûts de la construction hospitalière publiées par la MAINH en juin 2007⁴⁴ font apparaître une médiane à 115 m²/lit pour les opérations de constructions neuves du secteur public. La médiane du secteur privé se situe à 95 m²/lit, mais l'échantillon est limité et il s'agit d'opérations de plus faible envergure qui, par ailleurs, ne comprennent généralement pas les locaux de consultation ni l'imagerie.
- [171] Le projet n'apparaît pas surdimensionné : la superficie globale est significativement réduite par rapport à la situation actuelle et le ratio m² SDO/lit est conforme au critère retenu par la MAINH et inférieur au ratio observé dans les grosses opérations réalisées ces dernières années dans les CHU.

4.6.5. Des coûts prévisionnels inférieurs à ceux des opérations comparables les plus récentes

- [172] L'estimation financière a été établie sur la base d'un coût de 2 100 €HT le m² SDO pour la construction et 400 €HT le m² pour les parkings. Le coût observé lors des derniers appels d'offres se situerait plutôt autour de 2 000 €HT. L'hypothèse retenue n'est donc pas sous-évaluée.
- [173] La réalisation du projet est conçue en deux phases :

- Phase 1- plateau technique et services adultes

⁴² Voir 4.4.4. ci-dessus.

⁴³ Données issues de la base de la conférence des directeurs généraux.

⁴⁴ Rapport n° 5, juin 2007, p. 25.

- Phase 1 bis - CRLCC
- Phase 2 – services mère-enfants.

La phase 1 bis correspond à la part mutualisée des investissements ayant vocation à être utilisés à la fois par l'ICO et le CHU.

[174] Les coûts à supporter par le CHU pour l'opération Ile de Nantes sont estimés aux valeurs suivantes :

Tableau 16 : Coût du projet « Ile de Nantes » (part CHU)

	Phase 1	Phase 1 bis	Phase 2	TOTAL
Coût hors taxes	350 899 500 €	1 337 700 €	65 214 600 €	417 451 800 €
Coût TDC valeur initiale Coefficient TDC/HT 155%	543 894 225 €	2 073 435 €	101 640 630 €	647 608 290 €
Coût TDC valeur finale + 3,5% par an	712 040 837 €	2 852 524 €	154 560 270 €	869 453 631 €

Source : Icade

[175] Bien que les comparaisons soient délicates à réaliser, dans la mesure où les grandes opérations hospitalières réalisées ces dernières années ne sont pas strictement comparables, la mission a rapproché les coûts prévisionnels du projet Ile de Nantes avec les coûts de deux grands chantiers hospitaliers récents : l'hôpital « Pasteur 2 » du CHU de Nice, dont l'ouverture est prévue pour la fin de l'année 2012 et le « Nouvel Hôpital Civil » du CHU de Strasbourg, ouvert mars en 2008. Il s'agit, dans les deux cas, de constructions de plus de 90 000 m² SDO dédiées au court séjour et accueillant plus de 600 lits et places⁴⁵. Ces trois CHU font partie des 15 CHU (hors AP-HP) totalisant plus de 75 000 RSA par an.

[176] Les coûts hors taxes⁴⁶ ont été actualisés en valeur mars 2011 pour Nice et Strasbourg.

Tableau 17 : Comparaison des coûts par lit et place

	Coût actualisé indice BT 01 Mars 2009 en €HT	Lits et places	Coût par lit et place en €HT
CHU de Nantes	417 451 800	1 384	301 627
CHU de Nice	237 932 667	628	378 874
CHU de Strasbourg	211 331 448	671	314 950

Source : Base de données de la conférence des directeurs généraux de CHU et Icade.

⁴⁵ Les données relatives au CHU d'Amiens, 1468 lits et places, n'ont pu être communiquées à la mission dans les délais requis.

⁴⁶ Issus de la base de données de la conférence des directeurs généraux de CHU.

- [177] Il apparaît que les coûts prévisionnels de l'opération « Ile de Nantes » sont légèrement inférieurs aux coûts constatés, actualisés, de l'opération strasbourgeoise et sensiblement inférieurs à ceux de l'opération niçoise en voie d'achèvement. S'agissant de Nantes les coûts ont été estimés par ICADE sur la base de 2 100 €/m² hors taxes⁴⁷.

4.6.6. Des objectifs d'efficience à réaliser impérativement

- [178] La contribution du CHU au financement de ce projet structurant repose largement sur des économies sur les charges de fonctionnement liées, en particulier, à une optimisation de l'organisation des soins. Cette optimisation repose sur amélioration du circuit du patient, sur une gestion des lits et places plus fine et sur une meilleure affectation des ressources humaines.
- [179] La définition de nouvelles maquettes d'organisation des services de soins et des plateaux techniques (blocs opératoires notamment, dont le nombre de salles passera de 55 à ce jour à 44 à l'Ile de Nantes) permet d'envisager des économies de gestion importantes. Ces économies ont été chiffrées précisément et leur calendrier de réalisation a été défini.

4.6.6.1. Economies liées aux nouvelles maquettes

- [180] L'impact de ces nouvelles maquettes est estimé 21,1 M€ sur la période 2010-2025. En 2010, 4,5 M€ d'économies ont été réalisées. L'essentiel des économies à réaliser est lié à l'ouverture de chacune des deux phases du nouveau site : 13,4 M€ à l'issue de la phase 1 (2020-2021) et 2,2 M€ à l'issue de la phase 2.

4.6.6.2. Autres économies

- [181] Elles touchent principalement les plateaux techniques (blocs opératoires, laboratoires, stérilisation) pour un montant de 4,6 M€

4.6.6.3. Un programme d'économies anticipé dès 2010

- [182] L'amélioration du résultat attendu en 2010, à hauteur de 4,5 M€ témoigne de la volonté du CHU d'atteindre les objectifs qui lui ont été assignés et plaide pour sa capacité à réaliser le programme d'économies intégré à son plan de financement.
- [183] Ces résultats encourageants ne dispensent pas le CHU et l'ARS de veiller, lors de la revue de contrat annuelle, à l'exacte réalisation des engagements pris.

5. LA SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET

5.1. La situation à la clôture de l'exercice 2010

- [184] Bien que signé en février 2009, le CREF couvre la période 2008-2012, la base de référence étant constituée par l'exercice 2007. Au 31 décembre 2010 la plus grande partie du chemin vers le retour à l'équilibre a donc été parcourue et le compte financier 2010 permet d'apprécier le niveau de l'effort réalisé par le CHU.

⁴⁷ Voir ci-dessus point 4.6.5

[185] Il faut, toutefois, signaler que le patrimoine et les comptes de l'hôpital Bellier⁴⁸ ont été intégrés à ceux du CHU au 1^{er} janvier 2010. Un budget annexe supplémentaire intitulé « Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD) » a également été créé au 1^{er} janvier 2010. Ceci peut introduire de légères distorsions dans les comparaisons effectuées par rapport aux exercices antérieurs.

[186] Ces deux opérations impactent, notamment, les effectifs de personnel apparaissant au compte de résultat principal : + 84 ETP pour l'hôpital Bellier et – 17 ETP pour le CFPD.

5.1.1. Les objectifs fixés à l'établissement ont été atteints

[187] Les engagements pris par le CHU ont été tenus et parfois même dépassés.

5.1.1.1. Activité valorisée

[188] Le CREF prévoyait une progression de l'activité valorisée supérieure de 1,5% à celle qui est retenue chaque année pour la construction de l'ONDAM. Pour les années 2008, 2009 et 2010 cet effet volume a été fixé à 1,7%. La progression attendue du CHU de Nantes était ainsi de + 3,2% par an en moyenne. Elle s'est élevée, en réalité, à 8,3% en moyenne annuelle sur la période.

Tableau 18 : Valorisation de l'activité 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	2010/2007	Moyenne annuelle
Produits T2A (K€)	327 211	360 669 + 10,2%	371 822 + 3,09%	408 818 + 9,95%	+ 24,94%	+ 8,3%

Source : TBFEPS

5.1.1.2. Masse salariale

[189] L'effectif moyen annuel du personnel non médical était de 8 305 (ETP rémunéré) ; il est passé à 8 217 en 2010 malgré l'intégration des effectifs de l'hôpital Bellier. Ceci représente une diminution de plus de 200 ETP. Cette réduction a porté sur les contrats à durée déterminée (personnels de remplacement). Elle a été rendue possible par la suppression de 4 jours de congés non réglementaires et une remise à plat des effectifs.

[190] La masse salariale (toutes activités confondues) a évolué ainsi :

Tableau 19 : Masse salariale 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	2010/2007	Moyenne annuelle
Charges de personnel nettes (K€)	426 185	443 807 + 4,13%	440 097 - 0,84%	448 573 + 1,93%*	+ 5,25%	+ 1,75%

Source : TBFEPS

*+ 1,1% hors impact hôpital Bellier

⁴⁸ Il s'agit d'un ancien établissement public de santé départemental dont la gestion avait été confiée au CHU de Nantes et qui a fusionné avec ce dernier au 01/01/2010. Il constitue un site de référence dans la filière gériatrique nantaise.

[191] Ces données sont à rapprocher des données nationales. Selon la DREES⁴⁹, les charges de personnel ont progressé, en moyenne, dans les établissements publics de santé, de + 4,3% en 2008 et de 1,6% en 2009.

5.1.1.3. Ajustement des investissements

[192] Dès l'année 2008 le montant des investissements a été significativement réduit.

Tableau 20 : Investissements 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	2007/2010
Immobilisations (K€)	68 903	60 237	55 511	49 475	- 28,2%

Source : TBFEPS

[193] La part des dépenses du titre IV rapportée aux charges d'exploitation a été limitée à 9,5% en 2008, conformément à l'objectif fixé par le CREF. En 2010, en accord avec l'ARS, les comptes de provisions ont pu, à nouveau, être dotés améliorant ainsi la capacité d'autofinancement.

5.1.1.4. L'accompagnement financier de l'ARH

[194] L'ARH n'a pas été en mesure d'apporter la totalité des crédits prévus au contrat.

Tableau 21 : Accompagnement financier de l'ARH prévu au CREF

	2008	2009	2010	2011	2012
Crédits prévus (K€)	8 100	18 800	19 200	19 600	20 000
Crédits alloués (K€)	7 540	13 713	15 836		

Source : CHU de Nantes

[195] Une partie non négligeable de ces sommes correspond à des allocations de moyens qui ne sont pas directement liées au CREF, comme la mise à niveau des MERRI ou les crédits du plan Hôpital 2012 (9,6 M€ en 2010).

[196] A ces crédits il faut, toutefois, ajouter 12 127 K€ de soutien exceptionnel provisionnés à la demande de la DGOS.

[197] On peut donc conclure, à ce stade, que les objectifs assignés au CHU de Nantes ont été atteints et même dépassés.

⁴⁹ Etudes et Résultat n° 746 janvier 2001.

5.1.2. Des indicateurs financiers en nette amélioration

Tableau 22 : Evolution des indicateurs financiers

	2008	2009	2010
Taux de marge brute	5,5	7,4	12,25
Taux de CAF	4,4	6,3	10,47
Taux de CAF nette	55,9	65	81,27
Durée apparente de la dette	8,6	6,4	3,29
Ratio d'indépendance financière	73,8	74,2	66,58
BFR en jours de charges courantes	31,5	20,4	31,34
FRNG en jours de charges courantes	21,7	23,9	32,11

Source : *Hospidiag et compte financier 2010 du CHU de Nantes.*

[198] Ainsi qu'on peut le constater à la lecture de ce tableau les principaux indicateurs financiers se sont améliorés chaque année depuis 2008. L'enjeu sera de les maintenir dans les limites retenues par l'ANAP.

5.1.3. Des perspectives favorables

[199] La perspective d'un retour à l'équilibre dès 2011 est crédible⁵⁰ et le retour à une situation excédentaire en 2012 permettrait d'engager la résorption du déficit cumulé constaté au bilan de clôture 2010 (- 61,4 M€).

[200] Par mesure de prudence les hypothèses de simulation financière qui ont été élaborées par le CHU et examinées par la mission ont été bâties en tenant compte d'un retour à l'équilibre en 2012 seulement, conformément aux engagements du CREF.

5.1.4. Mais des points critiques à surveiller particulièrement

5.1.4.1. Un report à nouveau déficitaire important à apurer

[201] La reconstitution des provisions évoquée ci-dessus au point 5.2.1.3 a permis d'améliorer le niveau des capitaux permanents. Seul l'apurement du report à nouveau déficitaire permettra d'améliorer durablement le ratio d'indépendance financière. Conformément aux dispositions de l'instruction M 21 les excédents à venir devront être prioritairement affectés à l'apurement de ce déficit⁵¹.

5.1.4.2. Un niveau de recours à l'emprunt à maîtriser

[202] L'exercice 2010 a permis à l'établissement d'amorcer un mouvement de désendettement. A 64,82% le ratio d'indépendance financière est redevenu inférieur au seuil réglementaire de 70% (La médiane des établissements de santé se situe à 51%). Cet effort devra être poursuivi en prévision des lourds investissements liés à la reconstruction.

⁵⁰ Selon les données e-pmsi, les séjours et séances valorisés au 1^{er} trimestre 2011 sont en hausse de + 4,66% par rapport à la même période de l'année 2010.

⁵¹ Instruction M 21 tome 1, p. 12, commentaire sous le compte 119.

[203] Le ratio de durée apparente de la dette (rapport entre le stock de la dette et la capacité d'autofinancement) s'est fortement réduit, passant de 6,84 à 3,3 années (médiane 5,3 en 2008).

5.1.4.3. Une dette largement composée de produits structurés

[204] Comme d'autres CHU et nombre de collectivités territoriales, le CHU de Nantes a eu recours à des emprunts dits « structurés ».

[205] La structure de la dette du CHU se présente de la manière suivante : 14.7% des emprunts sont des taux fixes (37M€), le solde est constitué, pour 85.3%, de produits structurés pour un montant de 217M€

[206] Le portefeuille du CHU ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 23 : Structure de la dette du CHU de Nantes

	CHU de Nantes	Moyenne des CHU
Taux fixes	7%	43.6%
Taux fixe faible	69%	26.2%
Taux variable faible	13%	25.3%
Taux variable	11%	4.9%

Source : CHU de Nantes

[207] La charte GISSLER de « bonne conduite » classe les risques sur 5 indices sous-jacents (1 à 5) et 5 indices de structures (A à E). Hors charte, Finance-Active⁵² ajoute un classement supplémentaire pour décrire plus complètement le risque. Ainsi les produits les moins risqués sont de type 1A et les plus risqués seront classés 6F.

[208] Les principes de cette charte, signée le 7 décembre 2009, imposent que les établissements bancaires renoncent désormais à proposer aux collectivités locales, tout produit exposant à des risques sur le capital et des produits reposant sur certains indices à risques élevés. Les établissements prêteurs s'engagent à ne commercialiser que des produits selon un tableau de risques cotés de 1 à 5 et de A à E. Le risque maximal est donc une composante des deux indices >5 et à E.

[209] Pour le CHU de Nantes, 5 contrats sont classés « structurés intermédiaires » et treize contrats « structurés volatils » selon la charte « Gissler » (cf. tableau ci-joint).

[210] Les contrats structurés intermédiaires représentent 65 293 333.33 € et sont pour quatre d'entre eux dans leur première phase, avec un taux fixe défini ou Euribor + marge, un seul est en phase structurée, basée sur le taux d'inflation annuelle française.

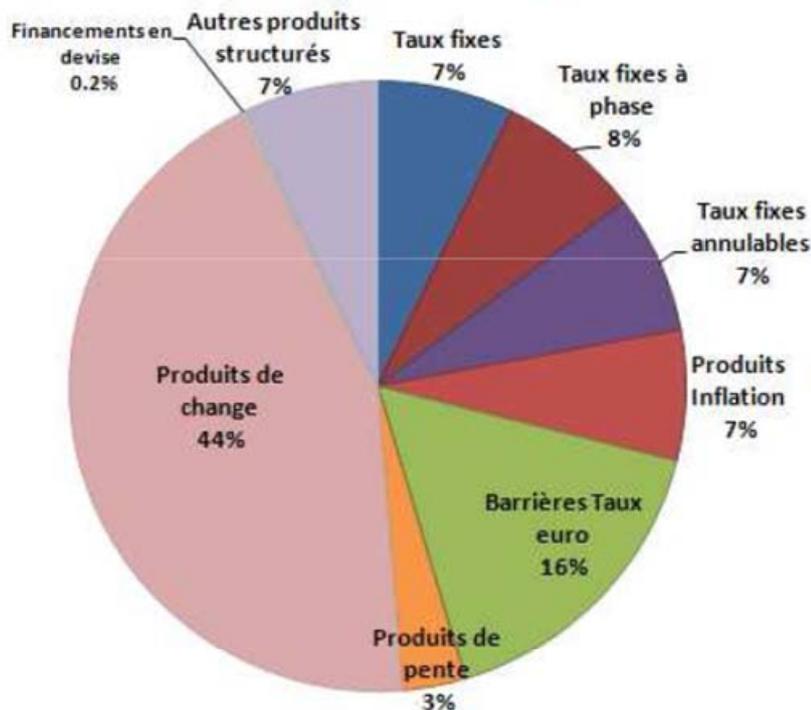
[211] Les contrats structurés volatils représentent 151 865 242.57 € et sont pour sept d'entre eux dans la phase bonifiée (taux fixe défini).

[212] Les six contrats en phase structurée sont basés : pour un contrat sur une stratégie de pente en zone euro, un contrat sur la moyenne annuelle des Libor USD 12 mois et quatre contrats sur des taux de change.

⁵² Société spécialisée dans la gestion de la dette et la prospective financière

Graphique 1 : Répartition de la dette du CHU de Nantes

Répartition détaillée de la dette globale



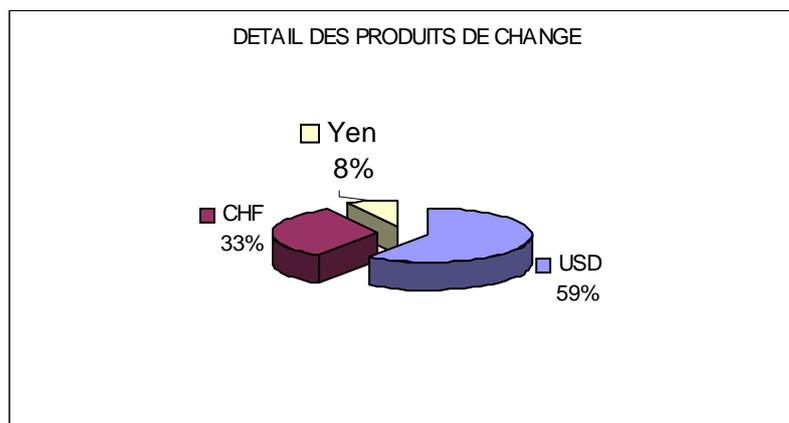
Source : CHU de Nantes

Tableau 24 : Typologie des produits

TYPLOGIE	CARACTERISTIQUE
Barrière	Taux fixe passant en variable si un taux désigné franchit un certain seuil convenu à l'avance.
Change	Taux dépendant de la stabilité ou de l'évolution des taux de change entre monnaies (EUR, CHF, USD, YEN) ; risque portant sur le calcul des intérêts et non sur le capital.
Pente	Produits dépendant de l'inflexion des anticipations ou de la courbe des taux
Inflation	Indexation du taux en fonction de l'écart d'inflation entre zones de monnaie différente
Autres	Divers (taux annulables, swaps, marché énergétique) et composites

Source : CHU de Nantes

Graphique 2 : Produits de change



Source : CHU de Nantes

- [213] En conclusion : un facteur de risque existe, il est néanmoins pondéré par une politique active de diversification et de veille financière, en coopération avec les partenaires bancaires, pour profiter des opportunités offertes par les évolutions des marchés financiers, dans une optique de consolidation et de diminution des phases ou conditions de risques.
- [214] Le résultat financier de la politique de gestion de la dette est, en 2010, un taux d'intérêt moyen de 3,63 %.
- [215] La récente décision prise par l'Assemblée Nationale de constituer une commission d'enquête sur les « emprunts toxiques » souligne, s'il en était besoin, la nécessité de faire preuve d'une grande vigilance sur l'évolution de ces produits.

5.2. Les hypothèses retenues

5.2.1. Un PGFP « juin 2010 » finalisé avec l'ANAP et présenté à la DGOS

- [216] Il est construit sur les bases suivantes :
- Un montant total d'investissements de 1 601 M€ entre 2010 et 2026, soit 94 M€ en moyenne sur 17 ans avec un pic atteignant 180 M€ sur la période de construction de la phase 1 (2016-2021)
 - Une progression de l'activité et des recettes en cohérence avec le programme capacitaire cible, incluant l'effet de l'évolution démographique et des techniques médicales
 - Des économies de gestion liées aux possibilités d'optimisation des organisations dans les nouveaux bâtiments et, notamment, aux gains de productivité évalués dans des services de soins optimisés
 - Le niveau d'endettement maximal soutenable par l'établissement a été déterminé sur la base de quatre critères :
 - 8 ans de durée apparente de la dette
 - 70% de ratio d'indépendance financière
 - 5% de charges financières dans les charges d'exploitation
 - 15% de charges de titre 4 dans les charges d'exploitation

[217] La prospective financière faisait apparaître les constats suivants :

- Un programme financé à 50% par autofinancement, 43% par emprunt et 5% par subvention du FMESPP
- Un besoin total de financement externe de 181 M€ décomposé en 100 M€ de subvention d'investissement et 81 M€ d'aide en exploitation, soit un apport moyen annuel de 12,9 M€ sur 14 ans (2013-2026)
- Un équilibre financier assuré en fin de période (encours de la dette, poids des charges d'investissement sur l'exploitation) permettant d'assurer la continuité du financement des immobilisations au-delà de 2026

5.2.2. Une nécessaire actualisation

[218] La DGOS et l'ARS ont souligné, tout à la fois, l'ampleur et l'exemplarité du travail réalisé avec l'appui de l'ANAP et le caractère audacieux du projet au regard des gains de productivité attendus et du niveau relativement modéré du soutien externe sollicité (181 M€).

[219] Des éléments de risque ont été relevés qu'il convient de prendre en compte :

- Risque de variation des recettes attendues lié, notamment, à la convergence tarifaire
- Risque d'incertitude sur l'évaluation des économies prévues à échéance de 10 à 15 ans
- Risque lié au niveau d'endettement futur qui pourrait justifier un montant de subvention plus important.

[220] Des éléments d'amélioration au vu de l'exécution budgétaire 2010 :

- Amélioration du résultat budgétaire
- Amélioration des paramètres financiers d'endettement, de capacité d'autofinancement et de ratio d'indépendance financière
- Actualisation du programme d'investissement en fonction du décalage dans le temps de certaines opérations.

5.2.3. Des hypothèses 2011 prudentes

[221] Trois hypothèses 2011 ont été testées qui prennent en compte :

- L'actualisation des données budgétaires et financières sur la base des résultats 2010
- Le réexamen du plan d'économies de gestion à la lumière des réalisations constatées en 2010 et des risques inhérents à un exercice de prospective à long terme qui se traduit par une réduction de 10% du programme d'économies (30,7 M€ 34 M€)
- La prise en compte de 3 scénarios de baisse des tarifs en relation avec la convergence intersectorielle :

Tableau 25 : Les hypothèses tarifaires testées

Hypothèse 0 (de référence)	PGFP de juin 2010 – stabilité des tarifs
Hypothèse 1	Baisse des tarifs de – 1% de 2013 à 2018
Hypothèse 2	Baisse des tarifs de - 0,5% de 2013 à 2018
Hypothèse 3	Baisse des tarifs de – 0,3% de 2013 à 2018

Source : CHU de Nantes

[222] Les conséquences, en termes d'accompagnement financier, sont les suivantes :

Tableau 26 : Les hypothèses d'accompagnement financier

Hypothèse	Crédits d'exploitation AC	Apports cumulés d'investissement FMESPP	Total des soutiens financiers
Hypothèse 0	81 000 000 €	100 000 000 €	181 000 000 €
Hypothèse 1	198 000 000 €	156 000 000 €	354 000 000 €
Hypothèse 2	102 000 000 €	151 000 000 €	253 000 000 €
Hypothèse 3	74 000 000 €	142 000 000 €	216 000 000 €

Source : CHU de Nantes

[223] Ces quatre scénarios ont été construits avec pour objectif le respect des quatre indicateurs financiers retenus par l'ANAP et rappelées au point 5.2.1 ci-dessus

[224] Ces indicateurs doivent être atteints impérativement en fin de période du PGFP, un écart limité pouvant être admis certaines années s'il reste minime.

5.3. *Le bien fondé des hypothèses de simulation financière*

[225] Les hypothèses retenues par l'établissement ont été validées par la MAINH puis par l'ANAP. Elles sont rappelées ci-dessous.

5.3.1. **L'activité cible**

[226] Une progression globale des séjours de + 1,4% par an (+ 0,5% pour l'hospitalisation complète et + 3% pour l'hospitalisation à temps partiel) apparaît prudente tant au regard de la progression observée sur la période 2006-2010 (+ 3,5% par an) qu'au regard de l'évolution démographique de l'agglomération et du territoire de santé nantais. Il faut également s'attendre, à partir de 2021, à un effet d'attractivité de l'hôpital neuf.

[227] Si l'on transpose ces prévisions d'activité en termes de recettes attendues (en intégrant la neutralisation de l'effet prix/revenus), on aboutit à une progression moyenne de 1,45% par an, très inférieure au taux de progression de l'ONDAM retenu dans la loi de programmation des finances publiques.

5.3.2. **La cohérence entre l'activité cible et le programme capacitaire**

[228] Il a été vérifié que les capacités prévues dans le programme permettent d'accueillir l'activité envisagée en 2026. Sur la base d'une DMS cible de 5 jours, l'activité projetée nécessite une capacité de 1208 lits et places pour une capacité prévue de 1384. Sur la base d'une DMS cible moins optimiste (- 0,5 jours par rapport à la DMS observée en 2009) la capacité nécessaire reste compatible avec le programme capacitaire (1302/1384) même si le taux d'occupation est alors supérieur à 90%.

5.3.3. **L'option de neutralisation des effets prix/revenus**

[229] A compter de 2013, soit à l'issue de la période de retour à l'équilibre, il a été convenu de retenir une neutralisation des effets prix/revenus, considérant que le taux de l'ONDAM intégrait, par construction, les évolutions des prix et des salaires.

[230] Cette option peut être acceptée dans la mesure où les éléments de prévisions à moyen terme ne sont pas disponibles.

5.3.4. Une réduction des crédits attendus au titre de la contractualisation

[231] Seuls ont été maintenus les crédits du CREF jugés pérennisables : MIG/MERRI/BHN/Hôpital 2012, soit un différentiel de – 4,8 M€ De plus, les crédits non reconductibles attendus (PHRC, STIC, internes...) ont été ramenés de 6,3 M€ à 3 M€ en raison du manque de visibilité à long terme.

[232] Il appartiendra à la DGOS et à l'ARS de confirmer ces hypothèses.

5.3.5. Le taux d'évolution des titres 2 et 3 de recettes et des forfaits

[233] S'agissant du titre 2, les consultants mandatés par l'ANAP ont considéré que ces recettes étaient liées au volume d'activité. Il a donc été retenu un taux d'évolution moyen de 1,3%, légèrement inférieur au taux de progression de l'activité envisagé.

[234] Pour les recettes financées par des forfaits et le titre 3 le principe de neutralisation a été appliqué par mesure de précaution.

5.3.6. Les charges d'exploitation

[235] Les économies de personnel liées à l'ouverture de la phase 1 de l'Ile de Nantes ont été étalées sur deux ans par souci de réalisme.

[236] Les valeurs comptables nettes (27,8 M€ en 2021 et 69,8 M€ en 2025) devront être traitées par des dotations de provisions exceptionnelles qui alimenteront la CAF.

[237] Les taux d'évolution des titres 2 et 3 sont calqués sur l'évolution des recettes en volume (+1,3%).

5.4. Un scénario réaliste

[238] Après examen des différents scénarios financiers présentés, la mission considère que l'hypothèse 2 apparaît comme la plus vraisemblable. Le chemin à parcourir pour parvenir à la convergence tarifaire que le législateur souhaite atteindre en 2018 conduira à une baisse relative des tarifs. Dans le cadre de la campagne tarifaire 2011, cette baisse a été de – 0,2% avant convergence tarifaire intersectorielle⁵³.

[239] Ce scénario⁵⁴ suppose qu'un accompagnement à hauteur de 253 M€ puisse être apporté à l'établissement sur une période de 14 ans (2013-2026) soit 15% du montant total des immobilisations prévues sur toute la durée du PGFP et 29% de la valeur finale TDC du projet « Ile de Nantes ». En moyenne annuelle, le montant de l'aide s'élèverait à 18,07 M€

[240] Ce montant doit être comparé aux hypothèses étudiées par la MAINH en 2009 (sans prise en compte d'une baisse des tarifs) soit 235 M€ pour le scénario 2bis (Ile de Nantes en deux phases) et 358 M€ pour le scénario 0 (réhabilitation des sites existants).

[241] Ce scénario est dépendant de la possibilité pour les finances sociales d'apporter les aides financières nécessaires.

⁵³ Circulaire du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011.

⁵⁴ PGFP scénario 6-2 – annexe 9

5.5. *Une aide à l'investissement nécessaire*

- [242] Pour que ce projet puisse être mené à bien le CHU de Nantes doit être accompagné dans ses efforts d'investissement. L'atteinte des objectifs du CREF et le retour probable à l'équilibre financier dès 2011 plaident en faveur de la crédibilité des engagements de la communauté hospitalière.
- [243] Il est utile de signaler que les produits perçus en fonction de l'activité (hors forfaits et dotations) ne représentent que 58% de l'ensemble des produits de l'établissement⁵⁵. Il n'est donc pas illégitime qu'une part de l'effort d'investissement soit supportée par les dotations.
- [244] L'hypothèse 2 évoquée ci-dessus postule une aide de 253 M€ sur la période 2013-2026. Une répartition entre 151 M€ de subvention du FMESPP et 102 M€ d'aide de titre 4 permet à l'établissement de respecter les indicateurs financiers fixés par l'ANAP et rappelés ci-dessus (5.2.3).
- [245] L'établissement prévoit de mobiliser ces aides « au fil de l'eau », en fonction des besoins liés à l'avancement des travaux. La plus grosse partie serait mobilisée sur la période 2019-2021 pour le FMESPP et 2016-2019 pour l'aide en titre 4, aide à la contractualisation (AC).
- [246] L'examen du calendrier d'exécution prévisionnel fait apparaître que les deux phases de l'opération mobiliseront l'essentiel des aides financières en trois périodes :
- Période 1 – 2012-2014 – Etudes : 30 M€ (FMESPP 8 M€ - AC 22 M€)
 - Période 2 – 2015-2019 – Travaux phase 1 : 168 M€ (FMESPP 104 M€ - AC – 64 M€)
 - Période 3 – 2020-2024 – Travaux phase 2 : 55 M€ (FMESPP 39 M€ - AC – 16 M€).
- [247] Le bon déroulement du projet nécessite que les engagements respectifs de l'établissement et de l'Etat (DGOS/ARS) soient assortis d'un calendrier très précis afin que tous les éléments du financement soient disponibles en temps voulu, qu'il s'agisse de l'autofinancement, et en particulier des économies de gestion réalisées, ou des aides à l'investissement (subvention du FMESPP et aide à la contractualisation).
- [248] Si les disponibilités du FMESPP le permettent, un accroissement de la part de subvention serait de nature à limiter le recours à l'emprunt et à améliorer les indicateurs financiers.

5.6. *Les modalités d'attribution des aides*

- [249] Pour tenir compte de l'évolution réelle de la situation du CHU, de la réalisation en deux phases et du contexte tarifaire, il pourrait être proposé de fixer un tunnel, dont le plancher serait constitué par l'hypothèse initiale du CHU (181 M€) et le plafond par l'hypothèse 2 ci-dessus rappelée (253 M€). Une revue de projet serait faite chaque année avec la DGOS et l'ARS afin d'arrêter le montant annuel de l'aide qui tiendrait compte des besoins réels de financement liés à l'avancement des travaux, de l'atteinte des objectifs qui sont de la responsabilité du CHU et du contexte externe qu'il ne maîtrise pas.
- [250] Une part fixe de l'aide de titre 4 serait apportée par la DGOS et une part variable serait apportée par l'ARS, sur ses marges régionales, dans une proportion à déterminer avec la DGOS en fonction du niveau des marges disponibles en région.

⁵⁵ Compte financier 2010.

[251] En fonction des accords qui interviendront entre le CHU et l'ICO en termes de calendrier et de relations contractuelles à établir pour la construction des locaux non mutualisés⁵⁶, les modalités de traitement des valeurs comptables résiduelles des investissements de l'ICO devront faire l'objet de dispositions spécifiques. En effet, si la situation financière favorable de l'ICO et les économies induites par une plus forte mutualisation des moyens peuvent lui permettre de faire face au coût de la reconstruction sur l'Ile de Nantes, l'amortissement anticipé du site actuel pourra nécessiter, le moment venu, une aide ponctuelle.

Recommandation n°1 : Les coopérations engagées avec le CHU d'Angers doivent être poursuivies et amplifiées. L'ARS devra veiller à la cohérence des projets médicaux des deux établissements et pérenniser la pratique inaugurée par l'ARH de volets communs du CPOM sur la recherche.

Recommandation n°2 : La constitution d'un GCS de moyens unique réunissant les deux CHU et l'ICO doit devenir réalité dans les meilleurs délais afin de mieux structurer la cancérologie hospitalo-universitaire de la région Pays de la Loire.

Recommandation n°3 : La constitution d'une CHT unique pour le territoire de santé de la Loire-Atlantique permettra au CHU de construire des partenariats avec l'ensemble des établissements publics sans obérer les coopérations de proximité, plus opérationnelles qui pourront donner lieu à la création de GCS de moyens entre les établissements concernés.

Recommandation n°4 : Encourager la dynamique d'intégration des activités de soins, d'enseignement et de recherche en autorisant la reconstruction du CHU sur un site central, proche des locaux de la faculté de médecine et des instituts de recherche et bien desservi par les transports en commun.

Recommandation n°5 : Prendre en compte la nécessaire relocalisation, le moment venu, du site nantais de l'ICO sur l'Ile de Nantes.

Recommandation n°6 : Veiller à ce que les engagements des collectivités territoriales se concrétisent rapidement dans un protocole d'accord qui garantisse au CHU la disponibilité des terrains et leur accessibilité dans des délais compatibles avec le déroulement du projet.

Recommandation n°7 : Définir le niveau et les modalités des aides à l'investissement nécessaires au CHU pour se moderniser et pour optimiser l'utilisation de ses moyens.

Recommandation n°8 : Mettre en place un comité de suivi réunissant la DGOS, l'ARS, le CHU et, pour ce qui le concerne, l'ICO afin de s'assurer du respect des objectifs, du calendrier et des enveloppes financières et ajuster, le cas échéant, le montant des aides, notamment en cas d'évolution plus favorable que prévu de l'activité et/ou des tarifs.

Jean-Louis Bonnet

Marguerite Moleux

⁵⁶ La valeur initiale TDC de la reconstruction des locaux de l'ICO est estimée 82,5 M€ en utilisant des critères identiques à ceux retenus pour le CHU.

Les recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Les coopérations engagées avec le CHU d'Angers doivent être poursuivies et amplifiées. L'ARS devra veiller à la cohérence des projets médicaux des deux établissements et pérenniser la pratique inaugurée par l'ARH de volets communs du CPOM sur la recherche.	ARS
2	La constitution d'un GCS de moyens unique réunissant les deux CHU et l'ICO doit devenir réalité dans les meilleurs délais afin de mieux structurer la cancérologie hospitalo-universitaire de la région Pays de la Loire.	CHU ANGERS CHU NANTES ICO
3	La constitution d'une CHT unique pour le territoire de santé de la Loire-Atlantique permettra au CHU de construire des partenariats avec l'ensemble des établissements publics sans obérer les coopérations de proximité, plus opérationnelles qui pourront donner lieu à la création de GCS de moyens entre les établissements concernés.	CHU Autres établissements publics de Loire Atlantique
4	Encourager la dynamique d'intégration des activités de soins, d'enseignement et de recherche en autorisant la reconstruction du CHU sur un site central, proche des locaux de la faculté de médecine et des instituts de recherche et bien desservi par les transports en commun.	DGOS
5	Prendre en compte la nécessaire relocalisation, le moment venu, du site nantais de l'ICO sur l'Ile de Nantes.	DGOS ARS
6	Veiller à ce que les engagements des collectivités territoriales se concrétisent rapidement dans un protocole d'accord qui garantisse au CHU la disponibilité des terrains et leur accessibilité dans des délais compatibles avec le déroulement du projet.	DGOS
7	Définir le niveau et les modalités des aides à l'investissement nécessaires au CHU pour se moderniser et pour optimiser l'utilisation de ses moyens.	DGOS ARS

8	Mettre en place un comité de suivi réunissant la DGOS, l'ARS, le CHU et, pour ce qui le concerne, l'ICO afin de s'assurer du respect des objectifs, du calendrier et des enveloppes financières et ajuster, le cas échéant, le montant des aides, notamment en cas d'évolution plus favorable que prévu de l'activité et/ou des tarifs.	DGOS
---	---	------

Liste des personnes rencontrées

Monsieur	Jean-Claude	Antonini	Maire	Ville d'Angers
Monsieur	Jean-Marc	Ayrault	Maire	Ville de Nantes
Professeur	Régis	Bataille	Directeur général	ICO
Madame	Aude	Bénard	Directrice	CHU de Nantes
Monsieur	Christiane	Berehouc	Directeur associé	ANAP
Monsieur	Philippe	Boennec	Président	FHF Pays de la Loire
Monsieur	Jean-François	Caillat	Directeur général adjoint	CHU d'Angers
			Directeur de l'accompagnement et des soins	
Monsieur	Laurent	Castra		ARS Pays de la Loire
Docteur	Philippe	Chandernagor		ANAP
Monsieur	Jean-Luc	Charles	Directeur général	SAMOA Nantes
Monsieur	Eric	Chevalier	Direction déplacements	Nantes Métropole
Monsieur	Patrick	Colombel	Directeur	CH Saint Nazaire
Madame	Christiane	Coudrier	Directrice générale	CHU de Nantes
				Département de Loire-Atlantique
Monsieur	Jean	Daubigny	Préfet	
Madame	Marie-Sophie	Desaulle	Directrice générale	ARS Pays de la Loire
Monsieur	Ronan	Dubois	Directeur général adjoint	ICO
Monsieur	Ahmed	El Bahri	Adjoint au chef de bureau	DGOS
Madame	Emilie	Gonzales	Chargée de mission	DGOS
Monsieur	François	Grimonprez	Directeur de la qualité et de l'efficience	ARS Pays de la Loire
Professeur	Norbert	Ifrah	Président de la CME	CHU d'Angers
		Jaglin-		
Madame	Cécile	Grimonprez	Directrice du plan	CHU de Nantes
Monsieur	Hubert	Jaspard	Directeur général adjoint	CHU de Nantes
				CCI de Nantes St Nazaire
Monsieur	Christian	Le Cornec	Directeur général	
Monsieur	Yannick	Le Guen	Sous-directeur	DGOS
				Faculté de médecine Nantes
Professeur	Bernard	Le Mevel	Professeur émérite	
Monsieur	Raymond	Le Moign	Sous-directeur	DGOS
Docteur	Philippe	Leroux	Président de la CME	CH Saint Nazaire
Monsieur	Eric	Manceuvrier	Directeur financier	CHU de Nantes
Monsieur	Daniel	Moinard	Directeur général par interim	CHU de Nantes
Monsieur	Benoist	Pavageau	Directeur général	Nantes Métropole
Professeur	Gilles	Potel	Président de la CME	CHU de Nantes
			Direction de l'accompagnement et des soins	
Monsieur	Patrick	Pourrias		ARS Pays de la Loire
				Faculté de médecine Nantes
Professeur	François	Resche	Professeur émérite	
Monsieur	Xavier	Rhoné	Directeur régional	Réseau Ferré de France
				CCI de Nantes St Nazaire
Monsieur	Olivier	Rocaboy	Directeur de cabinet	
				Faculté de médecine de Nantes
Professeur	Jean-Michel	Rogez	Doyen	
Monsieur	Sébastien	Rouleau	Directeur du foncier	Réseau Ferré de France
				Faculté de médecine d'Angers
Professeur	Jean-Paul	Saint André	Doyen	Secrétariat d'Etat à la santé
Monsieur	François-Xavier	Selleret	Directeur de cabinet	
Madame	Pascale	Ticos	Directrice des affaires financières	CH Saint Nazaire

Annexe 1 : Lettre de mission du ministre du travail, de l'emploi et de la santé



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

PARIS, LE 14 MARS 2011

Nos réf. YB/ap D. 11004594

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

Monsieur le chef de service de l'inspection générale
des affaires sociales

Objet : Mission d'audit pour la reconstruction du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nantes.

Le CHU de Nantes a pour ambition de regrouper les activités de l'Hôtel Dieu et de l'hôpital Laënnec situés respectivement au centre de Nantes et à Saint Herblain au sein d'un nouvel ensemble hospitalier situé sur l'île de Nantes. Ce projet est fortement soutenu par la communauté urbaine de Nantes Métropole, qui souhaite l'inscrire au cœur d'un grand projet de renouvellement urbain.

Ce projet, d'un montant estimé à 940 millions d'euros, s'inscrit dans un plan pluriannuel d'investissement d'un montant prévisionnel de 1,6 milliard d'euros. Sur cette base, le CHU évalue ses besoins d'accompagnement à 181 millions d'euros.

Après analyse et au regard de l'endettement actuel du CHU il apparaît que la soutenabilité financière du projet reste incertaine, compte tenu des prévisions de volume d'activité retenues dans un environnement fortement concurrentiel et des projections de résultats excédentaires escomptés.

Aussi, je vous demande d'évaluer l'opportunité et la faisabilité du projet.

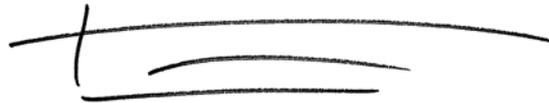
En vous appuyant sur une analyse stratégique, organisationnelle et financière, vous devrez établir des préconisations visant notamment à :

- évaluer la stratégie hospitalo-universitaire mise en place par le CHU de Nantes, notamment dans ses relations avec le CHU d'Angers et avec l'institut de cancérologie de

l'ouest ; vous prendrez en compte les enjeux, dans le domaine de l'enseignement et de la recherche, dans la définition et la localisation du projet d'investissement ;

- apprécier la pertinence de la gamme d'activités proposée par le CHU, compte tenu des besoins de la population et de l'offre de soins disponible sur le territoire de santé ;
- valider les travaux réalisés sur l'évolution de l'activité programmée en ambulatoire, et sur le dimensionnement du projet subséquent dans la perspective d'un achèvement en 2024 ;
- mesurer la soutenabilité financière du projet au regard des ratios prudentiels d'exploitation et d'endettement.

Mes services, ainsi que l'ANAP, sont à votre disposition pour vous apporter tous les éléments nécessaires à la conduite de cette mission. Vous voudrez bien me remettre vos préconisations pour le 31 mai 2011.



Xavier BERTRAND

**Annexe 2 : Courrier de Madame R.BACHELOT à
Monsieur le député-maire de Nantes (Février 2010)**



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

RBN/GFL/OLG/CW/SP/D-1082

Paris, le 18 FEV. 2010

Monsieur le député-maire,

Suite à notre entretien du 23 décembre 2009 relatif au projet de relocalisation sur un site unique des activités de court séjour du centre hospitalier universitaire de Nantes, dit « Ile de Nantes », je souhaite préciser les conditions auxquelles ce projet pourra se concrétiser.

Le projet « Ile de Nantes » est né du constat de l'inadéquation des locaux actuels affectés aux activités de court séjour du fait, principalement, de leur dispersion sur deux sites principaux et de l'obsolescence des bâtiments.

Je partage, comme vous le savez, ce constat. Aussi, afin d'offrir des perspectives au CHU de Nantes et de garantir sur le long terme à ses patients et ses professionnels des conditions de prise en charge et de travail optimales, je vous confirme aujourd'hui mon accord de principe à la réalisation de ce projet.

Sa complexité et son ambition nécessitent, toutefois, des travaux préalables approfondis avant qu'une position définitive puisse être prise sur ce dossier.

Je demande donc au CHU de Nantes de s'engager très rapidement dans la refonte de son projet médical, afin de l'adapter, notamment, à l'évolution des pratiques médicales et à celle de ses parts de marché dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins. J'attache en particulier beaucoup d'importance à ce qu'il soit fait une place substantielle à la chirurgie ambulatoire, conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence nationale d'appui pour la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

Je souhaite, en outre, que le projet « Ile de Nantes » ne soit pas le projet du seul CHU. Ce projet devra s'intégrer dans son environnement et tenir compte de l'état de l'offre de soins à la fois hospitalière et ambulatoire dans sa zone d'attractivité. Les mutualisations et les coopérations devront être systématiquement recherchées.

Monsieur Jean-Marc AYRAULT
Député-maire
Hôtel de Ville
29, rue de Strasbourg
44000 Nantes

Ce n'est qu'une fois ce projet médical revu que l'établissement pourra valablement arrêter le programme de l'opération. Celui-ci devra à cette occasion apporter la preuve de son optimisation, notamment en ce qui concerne le programme capacitaire. La situation financière actuelle de l'établissement et la volonté de faire du projet de relocalisation des activités de court séjour l'un des leviers de son retour à l'équilibre sur la durée devront l'amener à faire preuve de réalisme dans ses choix.

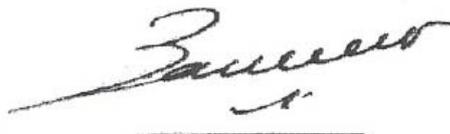
En parallèle, et sans attendre l'installation dans ses nouveaux locaux, le CHU devra poursuivre ses efforts de retour à l'équilibre financier pour crédibiliser le plan global de financement pluriannuel qui sera présenté. Dès lors qu'il appartiendra au CHU d'assumer l'essentiel du coût de son programme d'investissement, la reconstitution de sa capacité d'autofinancement est en effet déterminante.

J'appelle, enfin, l'ensemble des collectivités territoriales concernées, à commencer par la ville de Nantes et la communauté d'agglomération Nantes-Métropole à apporter leur concours à cette opération structurante en terme d'aménagement urbain. Je serai sensible à ce que ces dernières prennent en charge financièrement les coûts ne relevant pas de l'Assurance maladie et notamment les surcoûts liés à l'implantation en centre-ville sur l'île de Nantes. J'attends de leur part, par ailleurs, des garanties réelles en matière de réservation du foncier nécessaire, de desserte ou d'aménagement des places de stationnement, autant d'éléments qui conditionnent la faisabilité et le succès de l'opération.

Ce n'est que lorsque le coût définitif de l'opération aura été arrêté sur la base d'un programme redéfini et que le niveau d'autofinancement du CHU aura été précisé sur la base d'une version actualisée de son plan global de financement pluriannuel, c'est-à-dire au début de l'année 2011, que je pourrai vous faire part de ma décision définitive.

Je sais pouvoir compter sur votre engagement au service du CHU de Nantes et votre sens des responsabilités pour accompagner l'ensemble des parties prenantes à l'occasion de chacune des étapes qui permettront à ce projet important de voir le jour.

Veuillez agréer, monsieur le député-maire, l'expression de mes salutations distinguées *et les meilleurs*



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

**Annexe 3 : Lettre du Président de Nantes
Métropole au directeur général du CHU de Nantes
et le projet de protocole**

Nantes Métropole

COMMUNAUTÉ URBAINE

C.H.U. de NANTES

- 5 JUIL. 2010

Direction Générale

Le Président

Madame COUDRIER
 Directeur Général
 CHU
 5 Allée de l'Île Gloriette
 44093 Nantes Cedex 1

Nantes, le - 2 JUIL. 2010

Madame,

Je vous prie de trouver ci-joint la proposition de protocole qui formalise les conditions de mise en œuvre et d'engagement réciproque de Nantes métropole et du CHU pour mener à bien le grand projet de regroupement des services hospitaliers et de recherche sur l'Île de Nantes.

Ce document traduit la volonté de la collectivité de s'impliquer aux côtés du monde hospitalier nantais pour renforcer le service public de la santé et de la recherche.

Je suis prêt à soumettre ce projet aux instances délibératives compétentes de Nantes métropole au terme des discussions qui se dérouleront dans les prochains mois sur les modalités de lancement de ce grand dossier.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.



Jean-Marc AYRAULT
 Président
 Député-maire de Nantes

Toute correspondance doit être adressée à :
 Monsieur le Président.

NANTES MÉTROPOLE

44923 Nantes cedex 9

TEL : +33(0) 2 40 99 48 48
 Fax : +33(0) 2 40 99 48 49

siren 244 400 404

**PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE NANTES METROPOLE ET LE CHU
POUR LA REALISATION DU PROJET DE CENTRE HOSPITALIER
SUR L'ILE DE NANTES – COMMUNE DE NANTES**

ENTRE

NANTES METROPOLE – COMMUNAUTE URBAINE, représenté par le Président, Jean-Marc AYRAULT,

ET

LE CHU, représenté par son Directeur général, Madame Christiane COUDRIER.

PREAMBULE

La convergence entre le grand projet hospitalier du Centre Hospitalier Universitaire et le projet urbain sud ouest de l'Ile de Nantes est déterminante pour le devenir et l'attractivité de l'agglomération.

- L'offre de santé et les activités des Sciences de la vie liées à la santé sont un secteur majeur de l'attractivité métropolitaine. En témoignent les projets développés ces dernières années dans le domaine des soins et de la recherche (le cyclotron, accélérateur de particules utilisé en recherche médicale nucléaire; le pôle de compétitivité Atlanpôle Biothérapies : entreprises, recherche fondamentale et clinique, et enseignement supérieur ; la création d'instituts : l' Institut de Transplantation Urologie Néphrologie, l'institut du Thorax, l'Institut Régional du Cancer de Nantes Atlantique et l'institut des maladies de l'appareil digestif et en cours, dans le cadre du Grand Emprunt national, le projet d'un IHU (Institut hospitalo-universitaire) : Sciences de la Transplantation et Immunothérapie).
- Le CHU est l'un des grands équipements constitutifs de cette attractivité qui sera renforcée par son projet de regroupement sur l'Ile de Nantes ;
- L'Ile de Nantes est le site prioritaire de développement des grandes fonctions métropolitaines, par sa position au cœur de l'agglomération, par sa capacité d'accueil et son accessibilité globale.
- **Un enjeu urbain : l'Ile de Nantes**

Grand projet de renouvellement urbain, l'aménagement de l'Ile de Nantes vise à transformer un territoire composite en un véritable cœur d'agglomération, confortant le centre-ville de Nantes. Sur un territoire de 350 hectares, accueillant au début des années 2000, 15 000 habitants et 15 000 actifs, l'ambition à 20 ans est d'accueillir 15 000 habitants supplémentaires, 15 000 actifs nouveaux, les services associés et un ensemble de grands équipements d'agglomération (enseignement, culture, santé).

Le projet est entré en phase opérationnelle depuis dix ans : 2 000 logements neufs ont été réalisés et 2500 le seront d'ici 2015, 180 000 m² de surfaces d'activité (tertiaire, services, commerces) et 50 000 m² d'équipements ont ou seront réalisés d'ici 2015 dont des équipements majeurs d'agglomération (Ecole d'Architecture, Ecole des Beaux-Arts, Machines de l'île). 40 hectares d'espaces publics ont été transformés avec notamment une densification de la desserte structurante

en transport en commun. Deux lignes de transports en commun en site propre 3 et 4 sont venues compléter la ligne 2 de tramway préexistante.

Sur près de 100 hectares, la transformation du sud-ouest de l'île de Nantes constitue le principal horizon du projet de l'île de Nantes au-delà de 2015, avec d'ores et déjà de grands enjeux identifiés impliquant les acteurs locaux et nationaux :

- l'accueil du projet du CHU et l'organisation de ses conditions de développement sur ce site ;
- le transfert des activités ferroviaires de l'ancienne Gare de Nantes Etat ;
- l'évolution du Marché d'Intérêt National ;
- le devenir des emprises propriété du Grand Port Maritime Nantes Saint-Nazaire ;
- la mutation des grands sites industriels, à l'instar de Tereos-Beghin Say.

Le projet de l'île de Nantes, initié par Nantes Métropole a été confié par une convention publique d'aménagement à la SAMOA, société publique locale d'aménagement, sur l'ensemble de l'île, pour vingt ans.

Le projet hospitalier, ambitieux par sa taille et par les liens développés avec la recherche, s'inscrit pleinement dans la dynamique du projet urbain de l'île de Nantes engagé par Nantes Métropole depuis 10 ans.

- **Un enjeu hospitalier : le projet de regroupement des activités du CHU, un hôpital durable**

Le CHU projette le regroupement de ses activités aujourd'hui localisées sur l'hôtel Dieu et Laënnec au sein d'un même ensemble situé sur l'île de Nantes soit un programme de 1488 lits et places ambulatoires développés sur 210 000 m² SDO, auxquels viendront s'ajouter 50 000 m² correspondant à l'IRCNA. (1^{ère} phase : livraison 2020/travaux 2014 : 170 000 m² SDO / 2^{ème} phase : livraison 2025/travaux 2018 : 40 000 m² SDO / 3^{ème} phase (IRCNA) : 50 000 m² SDO/livraison 2020-2025/travaux 2015-2020 – Référence rapport MAINH mai 2009

Ce programme ne comprend pas les équipements dont il convient de prévoir la possible implantation à proximité du futur hôpital, dans une logique de visibilité et de renforcement d'un pôle santé-biotechnologies-recherche à l'instar des instituts de recherche (IRT1 et 2, IHU, pôle Biotech...), mais aussi de constitution d'un véritable campus hospitalo-universitaire associant des établissements d'enseignement supérieur (facultés de santé en particulier) et d'autres partenaires qui pourront souhaiter s'installer à proximité du CHU (EFS, ECHO, etc.).

Ce programme ne comprend pas non plus les hôtels, commerces, services et autres activités économiques nécessaires au fonctionnement d'un équipement de cette taille et à la vie du quartier à venir.

- ⇒ *Nantes Métropole s'engage à accompagner le CHU dans la mise en œuvre de ce grand projet.*
- ⇒ *Le CHU et Nantes Métropole s'engagent conjointement à mettre en place un dispositif d'études et d'actions afin de mener à bien ce projet de regroupement, sur l'île de Nantes, des activités du CHU, actuellement installées sur l'hôtel Dieu et Laënnec.*

I. GOUVERNANCE DU PROJET

Le projet de regroupement du CHU sur l'île de Nantes revêt un enjeu stratégique pour l'offre de santé métropolitaine et le développement de la ville.

Il implique la mobilisation de l'ensemble des partenaires du projet : Direction du CHU et communauté hospitalière, Nantes Métropole et la SAMOA, les services de l'Etat dont la Préfecture et l'Agence Régionale de Santé, mais aussi la communauté des chercheurs, les acteurs ferroviaires, la Chambre du Commerce et de l'Industrie et les acteurs économiques.

⇒ *Nantes Métropole et le CHU sollicitent l'engagement de l'ensemble des acteurs pour mener à bien ce projet.*

⇒ *Nantes Métropole et le CHU demandent la mise en place d'un comité stratégique constitué pour suivre le projet et associant :*

- *le Président de Nantes Métropole*
- *le Maire de Nantes*
- *le Préfet de Région Pays de la Loire*
- *le Directeur Général du CHU*
- *le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé*
- *le Président de la commission médicale de l'établissement et le doyen de la faculté de médecine ;*

Dès confirmation par le Centre de Lutte contre le Cancer de son association au projet, son Directeur Général intégrera le comité de pilotage.

En tant que de besoins, pourront être associés :

- *l'Université,*
- *la Région*
- *et le Département*

Ce comité stratégique s'appuiera sur un comité technique composé des équipes projet au sein du CHU et de Nantes Métropole/SAMOA.

II. VOLET PROJET URBAIN

Le volet urbain du présent protocole s'attache à formaliser les principes d'intégration et les conditions d'accueil du projet CHU dans le projet urbain via les engagements respectifs de Nantes Métropole et du CHU.

Il définit les bases du projet urbain et propose un accord de méthode sur les conditions d'élaboration du projet urbain.

Article 1 : Méthode de collaboration en phase de programmation et de conception du projet du CHU

Le CHU souhaite réaliser son projet dans le calendrier suivant :

- livraison de la première phase en 2020/ début des travaux en 2015, ce qui suppose une accessibilité du terrain dès 2014 ;
- livraison de la seconde phase et de l'IRCNA en 2025 / début des travaux en 2018.

Le projet urbain de l'île de Nantes disposera d'un nouveau maître d'œuvre (architecte urbaniste) dès septembre 2010. L'une de ses missions spécifiques sera de concevoir le projet sud-ouest de l'île de Nantes dans un délai de 18 mois, pour un développement opérationnel pour les quinze prochaines années.

Parallèlement, le CHU prévoit de désigner un programmiste en juin 2010 et lancer un concours de maîtrise d'œuvre au printemps 2011 pour un choix au printemps 2012.

- ⇒ *En conséquence, le CHU, Nantes Métropole et la SAMOA s'engagent conjointement dans un travail collaboratif sur l'élaboration du projet.*
- ⇒ *Dans ce cadre, le CHU s'engage à associer le maître d'œuvre du projet urbain à l'ensemble des phases (élaboration du programme sur le volet urbain, participation au processus du choix du maître d'œuvre et du projet CHU et suivi de la conception du projet).*
- ⇒ *Nantes Métropole et la SAMOA s'engagent à poursuivre l'association du CHU dans le processus de conception du projet urbain du sud ouest de l'île de Nantes.*

Article 2 : Assiette foncière du projet et intégration urbaine

- Article 2.1 : assiette foncière (carte n°1)

Sur la base des grands principes du schéma directeur du CHU et du programme énoncé à ce jour, le CHU a fait réaliser des études de faisabilité afin de définir les emprises nécessaires à l'accueil de l'établissement hospitalier et aux activités induites nécessaires dont le programme n'est pas aujourd'hui arrêté.

L'assiette globale de l'ensemble du projet peut se développer sur environ 12 hectares actuellement propriétés de Nantes Métropole (par l'intermédiaire de la SAMOA) et de Réseau Ferré de France (activités ferroviaires) et Marché d'Intérêt National MIN.

Le sud ouest de l'île de Nantes, dont les conditions d'urbanisation seront définies concomitamment à la définition du projet du CHU, offre une capacité d'extension de l'assiette globale du projet, permettant de mobiliser une emprise complémentaire de 3 ha.

En première phase :

- La faisabilité n°3⁵⁷, réalisée par le cabinet MAES pour le compte du CHU (*cf. extrait*), montre que **la première phase de l'hôpital** (170 000 m² SDO) peut se développer sur une emprise qui offre un potentiel de constructibilité maximum de 190 000 m².
- Par ailleurs, les terrains maîtrisés aujourd'hui par la SAMOA offrent, dès la première phase, deux sites complémentaires pour accueillir soit une partie du programme hospitalier, soit **des activités induites** par l'arrivée du CHU (**ville induite**) :
 - au nord le long du boulevard de l'Estuaire (environ 50 000 m²) ;
 - à l'est, le secteur dit « triangle des Marchandises » (environ 30 000 à 40 000 m²). Un des programmes de biotechnologie et de recherche porté par Nantes Métropole et par le Conseil Régional est d'ores et déjà identifié pour prendre place sur ce site, permettant l'installation d'unités de recherche fondamentale et d'entreprises de biotechnologies.

Engagements liés à l'implantation de l'hôpital

- ⇒ *Compte tenu de ces éléments, Nantes Métropole s'engage à proposer pour l'implantation du CHU et des programmes de la ville induite, une assiette foncière globale d'environ 12 hectares, délimitée au nord par le boulevard de l'Estuaire, actuel faisceau ferré, au sud par le prolongement du boulevard Bénoni Goullin projeté, à l'est par la rue et le secteur dit « triangle*

⁵⁷ Présentée dans le document « *Analyse de la proposition d'implantation du 8 mars 2010 de la SAMOA - Avril 2010* »

des Marchandises » et à l'ouest, par une limite non définie à ce jour, qui dépendra de l'évolution du projet et de l'accueil du centre IRCNA.

- ⇒ *Afin de permettre la mise en place d'un réseau viaire satisfaisant à l'échelle de l'Ile de Nantes, le CHU s'engage à étudier de manière privilégiée un développement de l'ensemble hospitalier stricto sensu (260 000 m² dont 170 000 m² en phase 1) dans l'emprise globale qui se développe à l'ouest de la rue des Marchandises, en fonction de la libération effective du foncier nécessaire à son développement.*

Toutefois, les liens fonctionnels souhaités entre les unités de recherche et les activités cliniques de l'hôpital (constituant un continuum recherche fondamentale, recherche clinique, soins) pourraient justifier le maintien d'un lien physique qui pourrait se traduire par des passerelles et/ou une galerie technique en sous-sol traversant la rue des Marchandises.

Engagements liés à la mise à disposition de l'assiette globale du projet (cf. volet foncier du protocole)

L'assiette globale du projet impacte à terme l'ensemble des activités du MIN et le faisceau ferré de Réseau Ferré de France existant sur ce site.

La première phase du projet CHU nécessite, dès le début des travaux, la libération des activités de la halle à marée et du bâtiment produits carnés du MIN ; elle nécessite également, avant sa mise en service, l'arrêt du trafic ferroviaire de fret et le réaménagement de l'emprise des voies ferrées en limite nord du site permettant d'ouvrir la rue des Marchandises et le boulevard de l'Estuaire.

- ⇒ *Les activités du MIN constituent un enjeu majeur pour l'agglomération. L'urbanisation du secteur sud ouest de l'Ile de Nantes et l'arrivée du grand projet hospitalier permettront de redéfinir avec les professionnels et le monde économique, les modalités d'évolution de ces activités essentielles à l'agglomération. La CCI et Nantes Métropole se sont engagées dans une démarche de projet de redéfinition des activités du MIN permettant de conforter la diffusion de produits frais dans l'agglomération.*
- ⇒ *Nantes Métropole s'engage en concertation avec la Chambre du Commerce et de l'Industrie, les services de l'Etat, et les opérateurs du MIN, à travailler à la libération partielle du site dans un temps compatible avec le lancement des travaux de la première phase du CHU.*
- ⇒ *Pour les emprises ferroviaires, Nantes Métropole demande l'inscription au Contrat de projets Etat Région du transfert des activités ferroviaires de Nantes Etat vers le site du Grand Blottereau et ce dans une logique de reconstitution des infrastructures ferroviaires nécessaires aux activités existantes sur le site actuel ; Ce transfert devra permettre d'assurer une libération du site dans un temps compatible avec la livraison de la première phase du CHU.*

- Article 2.2 : Grands principes d'insertion urbaine (cf. carte n°2)

Le projet hospitalier constitue un élément structurant du projet urbain et économique développé sur le sud ouest de l'Ile de Nantes.

Sur la base des éléments du projet de l'île de Nantes, la trame urbaine qui sera définie sur le sud-ouest de l'île de Nantes s'appuiera sur les principes suivants :

- Une trame principale est-ouest inscrite dans le réseau structurant des espaces publics développée par :
 - le boulevard de l'Estuaire, qui accueillera notamment un transport en commun structurant (chronobus, ligne n°5) à l'horizon 2014 ;
 - le prolongement du boulevard Bénoni Goullin projeté et le boulevard Gustave Roch.

- Une trame principale nord-sud inscrite dans le réseau structurant des espaces publics développée par :
 - o la rue des Marchandises ;
 - o et a minima un nouvel axe à l'ouest du site évoluant en fonction des différentes phases.

⇒ *Nantes Métropole s'engage à mettre en œuvre les études et travaux nécessaires pour assurer la réalisation de ce maillage primaire public. Pour la première phase, Nantes Métropole s'engage à ce que soient réalisés les aménagements nécessaires à l'ouverture du CHU.*

Compte tenu des dimensions de l'équipement, le projet du CHU devra réserver des perméabilités pouvant aller jusqu'à des cheminements doux traversant internes à l'hôpital, en prolongement de la trame d'espaces publics.

⇒ *Le CHU s'engage à réserver dans l'élaboration de son programme et dans les études de conception qui seront réalisées, des principes de perméabilité assurant la meilleure insertion urbaine possible de l'équipement hospitalier dans le projet de l'île de Nantes.*

- **Article 2.3 Mise en œuvre des dispositifs réglementaires pour la réalisation du projet**

Le secteur du sud ouest de l'île de Nantes est aujourd'hui maîtrisé dans son développement urbain par :

- un périmètre d'étude de 76 ha adopté en octobre 2009 par Nantes Métropole, permettant de sursoir à statuer sur les implantations non conformes avec le projet urbain ;
- une règle urbaine limitant la valorisation du secteur ;
- une propriété foncière essentiellement répartie entre de grands propriétaires institutionnels (Nantes Métropole, SAMOA, RFF/SNCF, Grand Port Maritime Nantes Saint-Nazaire) ;
- un droit de préemption urbain renforcé délégué à l'aménageur public.

⇒ *Nantes Métropole s'engage à faire évoluer les dispositions réglementaires de sa compétence pour permettre la mise en œuvre du projet.*

⇒ *Nantes Métropole et le CHU conviennent qu'il appartient aux services de l'Etat de s'assurer de l'ensemble des évolutions réglementaires de leurs compétences nécessaires à l'implantation du CHU sur ce site, notamment celles liées aux installations classées, le cas échéant.*

ARTICLE 3 : ACCESSIBILITE DU SITE

- **Article 3.1 : La politique de déplacement de Nantes Métropole**

Nantes Métropole a engagé l'élaboration du nouveau Plan de Déplacement Urbain pour la période 2010-2015, dans une perspective globale à l'horizon 2030. Ce Plan de Déplacement Urbain sera arrêté par le conseil communautaire d'octobre 2010 et visera le renforcement de principes de mobilité durable adaptée aux différentes échelles de territoire.

L'île de Nantes, située au cœur de l'agglomération, est au centre du réseau viaire structurant. Ainsi, les liaisons avec l'ensemble des territoires de l'agglomération et au-delà, du département et de la région, sont particulièrement lisibles et efficaces. Dix ponts existants sur la Loire permettent d'assurer les déplacements de transit et de desserte de l'île de Nantes. Le site du CHU est à 10/15 minutes à pied du centre ville de Nantes.

En l'état actuel, le territoire de l'île est également irrigué par deux lignes de tramway (lignes 2 et 3 à 500 mètres du futur CHU) et une ligne de busway en site propre (ligne 4) sur des axes nord-sud.

Des lignes de bus s'y connectent et permettent d'accéder à la gare SNCF de Nantes, au centre ville, aux différents quartiers de l'agglomération et aux parcs relais.

Ces équipements confèrent à ce site un niveau d'accessibilité tout mode optimal au regard de la vocation d'un équipement hospitalier de cette envergure et bien supérieur à tout autre site de l'agglomération nantaise. (cf. carte n°3)

⇒ *En choisissant de positionner le CHU sur l'île de Nantes, accessible par tout mode de transport en cœur d'agglomération, Nantes Métropole et le CHU s'inscrivent dans cette démarche de mobilité durable compatible avec les vocations du futur hôpital.*

⇒ *Le CHU s'engage à poursuivre son plan de mobilité d'entreprise qui vise à réduire le taux de venue en voiture de ses salariés en proposant des alternatives de déplacements.*

Nantes Métropole accompagnera cette dynamique de développement du cœur d'agglomération, notamment par des aménagements et équipements complémentaires comme suit :

⇒ **Les franchissements de Loire** : *Nantes Métropole confirmera par des études à mener en 2011 et 2012 les besoins de mobilités et de transit et les modalités à mettre en œuvre pour les franchissements tous modes complémentaires.*

⇒ **Le renforcement des transports en commun structurants à l'horizon 2014 et 2030 (cf. carte 4) :**

- *dès 2014, Nantes Métropole s'engage à renforcer le réseau par une ligne structurante complémentaire sur l'axe est-ouest de l'île (ligne n°5) desservant le futur CHU en connexion avec les lignes précédentes et avec les quartiers du centre ville et la gare de Nantes situés à moins de 15 minutes.*

- *A l'horizon 2030, l'armature structurante des transports en commun de Nantes Métropole sera renforcée au sud et à l'ouest de l'île au regard du rythme de l'urbanisation croissante de cette partie de l'île (1 000 000 m² de constructions neuves projetées).*

- Article 3.2 : les principes de desserte de proximité du CHU

Principes d'accès au CHU

⇒ *Nantes Métropole et le CHU s'accordent pour positionner de manière privilégiée les accès publics à l'établissement en versant nord au plus près de la desserte en transport en commun et du cœur de ville et les dessertes logistiques en versant sud, en lien direct avec l'hôpital Saint Jacques.*

Les stationnements automobiles (cf. carte n°5): L'approche des besoins de stationnement selon le nombre, la nature des usagers et les objectifs projetés du Plan de Déplacement Urbain, est au total de l'ordre de 2800 à 3600 places, dont 2240 à 2900 en première phase.

⇒ *Le CHU s'engage, en première phase, à réaliser 1200 places au sein du programme du CHU.*

⇒ *Nantes Métropole s'engage à réserver la capacité de places complémentaires, dans un environnement maximum de l'ordre de 500 mètres à partir des entrées du CHU dont un*

parking dans le périmètre immédiat de la ville induit. Par ailleurs, les aménagements des Espaces publics à proximité du CHU pourront offrir une capacité complémentaire de 200 à 300 places et accueilleront des stations d'autopartage.

⇒ *En seconde phase, Nantes Métropole et le CHU s'accordent pour que le besoin de stationnement complémentaire, estimé actuellement à environ 650 places, soit réétudié le moment venu.*

Les stationnements vélo : L'approche quantitative pour les personnels détermine un besoin de l'ordre de 900 à 1000 places (soit 720 à 800 places en première phase) pour les vélos dans le volume bâti et facilement accessible depuis l'espace public.

⇒ *Le CHU s'engage à offrir dans son projet ces places de stationnement facilement accessibles.*

⇒ *Nantes Métropole proposera pour les autres usagers des stations de vélos partagés en libre service ainsi que des aménagements de stationnement pour vélos positionnés aux abords des entrées de l'établissement sur l'espace public.*

Les déplacements hospitaliers (cf. carte 6a et 6b) : Des déplacements pour les besoins en logistique seront nécessaires en première et seconde phase entre l'établissement de l'Ile de Nantes et celui de Saint Jacques, tandis que d'autres correspondent à des besoins médicaux (transports de patients, prélèvements sanguins, pièces anatomiques et produits sanguins labiles en particulier) devront être assurés en première phase entre l'Ile de Nantes et le site de l'Hôtel Dieu.

⇒ *Nantes Métropole propose les itinéraires schématisés sur la carte jointe ;*

⇒ *Nantes Métropole et la Ville de Nantes s'engagent à prendre les mesures réglementaires nécessaires pour satisfaire ce schéma de déplacement.*

ARTICLE 4 : ENVIRONNEMENT ET DEVELOPPEMENT DURABLE

- Article 4.1 : Démarche éco quartier et éco hôpital

Nantes Métropole et la SAMOA sont engagés dans une démarche de développement durable, récemment reconnue par l'Etat dans le cadre des appels à projet « Eco quartier et Eco cité » dans le cadre d'une étroite coopération avec l'ensemble des partenaires.

⇒ *Nantes Métropole et la SAMOA poursuivront cette démarche dans la mise en œuvre du projet du sud ouest de l'Ile de Nantes.*

⇒ *Le CHU s'engage à rechercher à travers son projet la déclinaison des actions des agendas 21 de Nantes Métropole: par exemple le Plan Climat Territorial, le projet communautaire de l'énergie, l'espace mobilités et développement durable, l'accessibilité de l'agglomération nantaise, la démarche éco-quartier, la densité urbaine...*

⇒ *Le CHU s'engage à s'intégrer à cette ambition et engage le projet CHU-Ile de Nantes dans une démarche de qualité environnementale globale avec une optimisation systématique sur tous les champs du programme (énergie, eau, matériaux, chantier...).*

Nantes Métropole a lancé une procédure de délégation de service public pour le développement et l'exploitation d'un réseau de chaleur sur le centre de l'agglomération dont le périmètre intègre l'Ile de Nantes. Ce réseau pourra permettre le raccordement du futur CHU à ce nouvel outil performant dans la lutte contre le réchauffement climatique et la maîtrise de l'énergie.

⇒ *Le CHU s'engage à étudier de manière privilégiée le raccordement au réseau de chaleur.*

- **Article 4.2 : Eaux potables, pluviales, usées, Réseaux électriques**

⇒ *Le CHU s'engage à optimiser sa consommation de ressources et ses rejets.*

⇒ *Nantes Métropole s'engage à équiper le site : réseaux Eaux Potables, Eaux Usées, Eaux Pluviales, ~~et~~ réseau électrique conformément à la convention Nantes Métropole/ERDF, réseau très haut débit, le cas échéant gaz, etc.*

Une annexe précisera, le cas échéant, les conditions d'exécution des services publics notamment d'assainissement pour les rejets industriels et également la PRE.

⇒ De manière générale, Nantes Métropole s'engage à accompagner les démarches du CHU vis-à-vis de l'ensemble des concessionnaires et prestataires extérieurs.

III - VOLET FONCIER

ENGAGEMENTS DE NANTES METROPOLE

Article 1 : Terrain d'assiette du projet

Nantes Métropole s'engage à céder au CHU sur un terrain d'environ 12 hectares, pour la réalisation du projet hospitalier et de la ville induite défini dans le volet ci-dessus, sur le territoire de la commune de Nantes, Ile de Nantes, selon l'état d'avancement du projet de construction susmentionné (cf. plan joint) :

- En 2015, environ 170 000 m² de SHON, pour l'activité MCO Adulte ;
- En 2018, environ 90 000 m² de SHON, pour l'activité Mère Enfant, SAMU-SMUR et IRCNA.

Article 1bis : Extension de l'assiette du projet

Le site sur l'île de Nantes offre une capacité supplémentaire, portant l'emprise globale d'assiette à 15ha, dont il conviendra de définir les modalités de transaction financière, si la mobilisation de 3 hectares supplémentaires était nécessaire.

Article 2 : Maîtrise foncière par Nantes Métropole

Nantes Métropole a déjà la maîtrise d'une partie de l'assiette foncière dudit projet (parcelles cadastrées section DX n^{os} 199 et 200) et s'engage à maîtriser la partie de l'assiette foncière complémentaire nécessaire audit projet (parcelles cadastrées section DX n^{os} 146, 147, 148, 201, 202 pour partie et 204).

Article 2.1 : Maîtrise foncière par Nantes Métropole – Foncier de la Gare Nantes Etat

La cession prévue en 2015 n'impacte pas directement le trafic fret ferroviaire sur ce site. Mais, l'accès au CHU sur le secteur, tel que défini dans le volet urbain, est une donnée-clé du programme du CHU et nécessitera le déménagement de l'activité fret à l'ouverture du centre hospitalier, à savoir 2018.

Les conditions du transfert de cette activité doivent se faire à l'initiative de l'Etat et de Réseau Ferré de France, dans le cadre d'un accord à passer avec Nantes Métropole et la Région Pays de la Loire. Les études opérationnelles de ce transfert sont inscrites au Contrat de Plan Etat-Région 2006-2013. Nantes Métropole demandera à l'Etat d'inscrire, au Contrat de Plan Etat-Région, le projet de transfert des activités à l'identique sur le site du Blottereau.

- **Article 2.2 : Maîtrise foncière par Nantes Métropole – Foncier du Marché d’Intérêt National (cf. annexe 1 MIN)**

Il est établi que le projet impacte pour partie les bâtiments occupés par le Marché d’Intérêt National, ce qui nécessitera la relocalisation de tout ou partie de ces activités. Nantes Métropole s’engage à procéder à la libération desdits bâtiments en fonction des phases nécessaires à la réalisation du projet du CHU, à partir des conclusions du processus de concertation conduit par la Chambre du Commerce et de l’Industrie avec les opérateurs du Marché d’Intérêt National. Nantes Métropole fera son affaire de la relocalisation de ces activités.

- **Article 2.3 : Maîtrise foncière par Nantes Métropole**

Les terrains permettant de démarrer la première phase de travaux du CHU sont situés sur des terrains propriété de la SAMOA pour le compte de Nantes Métropole, de RFF. Aussi, Nantes Métropole s’engage-t-elle à acquérir ces terrains auprès de RFF dans des délais compatibles avec le calendrier et le phasage des travaux indiqué ci-dessus.

ENGAGEMENTS DU CHU

Article 3 : Maîtrise foncière du CHU

Le CHU a la maîtrise foncière des biens suivants, sur le territoire de la commune de Nantes, concernés par un transfert sur l’Ile de Nantes :

- Phase 1 (acte d’échange 2015/libération prévue 2021):
 - Deurbroucq, d’une SDO de 4 956 m², situé 5 allée de l’Ile Gloriette ;
 - PAD d’une SDO de 948 m², situé 7bis allée de l’Ile de Gloriette ;
 - Tourville, d’une SDO de 1 750 m², situé 5 rue Yves Bocquien ;
 - Hôtel Dieu, d’une SDO de 98 052 m², situé 1 place Alexis Ricordeau ;
 - Plateau technique 1, d’une SDO de 25 751 m², situé 1 place Alexis Ricordeau et Jean Monnet, d’une SDO de 20 451 m², situé 30 boulevard Jean Monnet.
- Phase 2(acte d’échange 2018/libération prévue 2025):
 - SAMU, d’une SDO de 2 950 m², situé 9 quai Moncoussu ;
 - Faïencerie, d’une SDO de 26 423 m², situé 38 boulevard Jean Monnet ;
 - Pédiatrie, d’une SDO de 19 624 m², situé 38 boulevard Jean Monnet ;
 - PTMC, d’une SDO estimée de 20 000 m² (en cours de réalisation), situé boulevard Jean Monnet.

Concernant le site dit « Laënnec », situé sur la commune de Saint Herbain, d’une superficie globale de 45 hectares, les parties conviennent de poursuivre la discussion sur la requalification urbaine du site dans le cadre de la stratégie d’aménagement métropolitaine en concertation avec la ville de Saint-Herblain.

MODALITES DE LA TRANSACTION

Article 4 : Parcelles échangées par les Parties en vue de la réalisation de la phase 1 du projet (2015)

Nantes Métropole et le CHU de Nantes s’engagent à échanger les parcelles dont elles sont ou seront propriétaires, en application des dispositions des articles L.3112-3 du code général de la propriété des personnes publiques et L.6148-1 du code de la santé publique, telles qu’elles sont rappelées ci-dessous en vue de la réalisation de la phase 1.

Cet échange interviendra au titre de l’ensemble des parcelles visées ci-dessous.

Les valeurs des immeubles échangés sont mentionnées à titre indicatif.

Les 170 000 m² SHON à prendre sur une emprise foncière incluse dans l'assiette globale de 12 hectares, désignés en article 1 échangés par Nantes Métropole au profit du CHU, sont estimés sur la base d'un prix de 150 €/m² de SHON, moyennant un prix total convenu entre les parties de 25,5 millions €

Les parcelles échangées par le CHU au profit de Nantes Métropole sont estimées comme suit :

- Les immeubles Deubroucq, Tourville et PAD, à hauteur de 11 millions €;
- Les immeubles Hôtel Dieu et Jean Monnet à hauteur de 9 millions € (correspondant essentiellement à la valeur de l'immeuble Jean Monnet)
- soit un total de 20 millions €

Cet échange interviendra sans soulte dès 2015, avec la mise en place d'une convention d'occupation des biens transférés à Nantes Métropole au profit du CHU jusqu'à la libération prévue par le CHU en 2021, et ce, en fonction de l'état d'avancement du projet de construction ; le CHU assumant toutes les charges du propriétaire pendant cette durée.

Cette convention d'occupation précaire sera conclue dans le seul but d'assurer la continuité du service public hospitalier. Elle aura une durée allant jusqu'en 2021, date à laquelle Nantes Métropole récupérera la jouissance des terrains et bâtiments dans l'état dans lequel ils auront été laissés par le CHU. En contrepartie de cette mise à disposition, pendant la durée de la convention, le CHU assumera l'ensemble des frais habituellement mis à la charge du propriétaire (estimés à 3 645 792 euros).

Elle sera donc une condition de l'acte d'échange de parcelles, conformément aux dispositions de l'article L.3112-3 du code général de la propriété des personnes publiques.

Cet échange de parcelles a pour objet de permettre à chaque partie d'exercer la mission de service public, relevant de sa compétence, sur le terrain dont elle bénéficie.

Article 5 : Parcelles échangées par les Parties en vue de la réalisation de la phase 2 du projet dont IRCNA (2018)

Nantes Métropole et le CHU de Nantes s'engagent à échanger les parcelles dont elles sont ou seront propriétaires, en application des dispositions des articles L.3112-3 du code général de la propriété des personnes publiques et L.6148-1 du code de la santé publique, telles qu'elles sont rappelées ci-dessous en vue de la réalisation de la phase 2.

Cet échange interviendra au titre de l'ensemble des parcelles visées ci-dessous.

Les 90 000 m² SHON à prendre sur une emprise foncière incluse dans l'assiette globale de 12 hectares, désignés en article 1 échangés par Nantes Métropole au profit du CHU, sont estimés sur la base d'un prix de 150 €/m² de SHON, moyennant un prix total convenu entre les parties de 13,5 millions €

Les parcelles échangées par le CHU au profit de Nantes Métropole sont estimées comme suit :

- l'immeuble SAMU, à hauteur de 5 millions €;
 - les immeubles Faïencerie Pédiatrie et PTMC, à hauteur de 18 millions €;
- soit un total de 23 millions €

Cet échange interviendra sans soulte dès 2018 avec la mise en place d'une convention d'occupation des biens transférés à Nantes Métropole, au profit du CHU jusqu'à la libération prévue par le CHU en 2025 en fonction de l'état d'avancement du projet de construction ; le CHU assumant toutes les charges du propriétaire pendant cette durée.

Cette convention d'occupation précaire sera conclue dans le seul but d'assurer la continuité du service public hospitalier. Elle aura une durée allant jusqu'en 2025, date à laquelle Nantes Métropole récupérera la jouissance des terrains et bâtiments dans l'état dans lequel ils auront été laissés par le CHU. En contrepartie de cette mise à disposition, pendant la durée de la convention, le CHU assumera l'ensemble des frais habituellement mis à la charge du propriétaire (estimés à 967 164 euros).

Elle sera donc une condition de l'acte d'échange de parcelles, conformément aux dispositions de l'article L.3112-3 du code général de la propriété des personnes publiques. Pendant la durée de la convention, le CHU assumera l'ensemble des frais habituellement mis à la charge du propriétaire.

Cet échange de parcelles a pour objet de permettre à chaque partie d'exercer la mission de service public, relevant de sa compétence, sur le terrain dont elle bénéficie.

Article 6 : Coûts de portage financier pour Nantes Métropole

Les coûts de portage relatifs à la mise à disposition d'une surface d'environ 12 hectares sur le site de l'Ile de Nantes, considérés sur une durée de portage de 7 ans au regard des délais de libération et de commercialisation des immeubles cédés par le CHU, aboutissent à un coût financier estimé à 4,8 millions € pris en charge par Nantes Métropole. Le CHU quant à lui assumera pendant toute la durée nécessaire à la charge du gros entretien des bâtiments mis à sa disposition pour un coût estimé à 4,6 millions €

Monsieur Jean-Marc Ayrault
Président de Nantes Métropole
Député Maire de Nantes

Madame Christiane COUDRIER
Directeur général

**Annexe 4 : Lettre du directeur général du CHU de
Nantes à la ministre de la santé et des sports
(Juillet 2010)**

**PÔLE DIRECTION GÉNÉRALE
ET STRATÉGIE**

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57
direction.generale@chu-nantes.fr

DIRECTEUR GÉNÉRAL
Christiane Coudrier

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
Hubert Jaspard



Madame Roselyne BACHELOT

Ministre de la santé et des sports
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

S/c de Madame Marie-Sophie DESAULLE

Directrice de l'Agence Régionale de Santé
des Pays de la Loire

Objet : CHU de Nantes - Projet Ile de Nantes

Pièce jointe :

- Dossier « CHU de Nantes - Projet Ile de Nantes »

Réf. CJG/LB – 10.113 L

Nantes, le **09 JUL 2010**

Madame la Ministre,

Par lettre en date du 18 février 2010 adressée au Député-Maire de Nantes, vous avez apporté votre soutien au projet Ile de Nantes, en faisant votre constat de l'inadéquation des locaux actuels affectés aux activités de court séjour, du fait de leur dispersion sur deux sites et de l'obsolescence des bâtiments.

Vous avez souhaité que le CHU apporte des éléments complémentaires concernant :

- La refonte du projet médical, intégrant l'évolution des pratiques médicales et l'organisation territoriale de l'offre de soins ;
- La révision du programme capacitaire, tenant compte d'une forte ambition de développement de l'ambulatoire ;
- L'actualisation du plan global de financement pluriannuel, permettant de démontrer la capacité du CHU à respecter son engagement de retour à l'équilibre et à auto-financer une part significative du projet ;
- Le concours des collectivités territoriales à l'aménagement urbain.

Confortée par votre soutien, la communauté hospitalo-universitaire s'est mobilisée pour conduire ce travail, avec le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et en lien étroit avec l'Agence Régionale de Santé.

Ce projet fait l'objet d'un très large consensus au sein de la communauté hospitalière, médicale et scientifique.

Le 28 juin 2010, la commission médicale d'établissement du CHU a, en effet, adopté à une écrasante majorité le projet médical, le programme capacitaire et le pré-programme fonctionnel.

Le 8 juillet, le Directoire du CHU s'est prononcé à l'unanimité en faveur du projet et m'a demandé de vous transmettre ce dossier, présenté également au Conseil de surveillance lors de sa séance d'installation le 28 juin. Il sera amené à se prononcer formellement à l'automne, sur la base de la délibération du Directoire.

...

J'ai donc l'honneur de vous transmettre les documents constitutifs du Projet Ile de Nantes, dont le contenu est résumé dans une note de synthèse, et qui comprend :

- La refonte du projet médical et du programme capacitaire du CHU
- Le pré-programme fonctionnel du projet Ile de Nantes
- Une étude de faisabilité relative au projet d'implantation sur l'Ile de Nantes
- Un projet de protocole d'accord CHU-Nantes Métropole permettant de formaliser les conditions de mise en œuvre et d'accompagnement urbain du projet
- Le plan global de financement pluriannuel actualisé.

Les représentants du CHU et moi-même sommes à votre disposition pour vous présenter ces documents, dont il me semble utile de souligner les points essentiels :

- Après la crise extrêmement forte de l'année 2007, la situation s'est considérablement améliorée permettant au CHU de respecter ses engagements au Contrat de Retour à l'Equilibre Financier, grâce à une véritable dynamique interne, à une activité en augmentation constante.
- La refonte du projet médical prévoit la création de 5 à 6 ensembles fonctionnels, permettant, autour d'axes médico-scientifiques majeurs, de rapprocher les pôles actuels et de constituer des ensembles de lits et de personnels favorisant une optimisation de la gestion.
Elle fixe un objectif de développement des alternatives à l'hospitalisation à hauteur de 56% des séjours et d'amélioration systématique de la performance (diminution du nombre de blocs opératoires, taux d'occupation, etc.).
Ces éléments permettent donc d'engager le CHU sur un programme capacitaire de 1400 lits et places, correspondant à une diminution de 369 lits conventionnels et à un quasi-doublement des places ambulatoires.
- Le pré-programme traduit la volonté de modifier radicalement l'organisation spatiale des activités, sur la base de principes fonctionnels privilégiant systématiquement le regroupement et la mutualisation des ressources.
- Le travail très dense et constructif mené avec Nantes Métropole a permis de garantir une assiette foncière satisfaisante et extensible (jusqu'à 15 hectares), un accompagnement de l'arrivée du CHU par le projet urbain, mais aussi de couvrir le coût du foncier par un échange avec le site Hôtel-Dieu, dont les valeurs (évaluées par l'ANAP) sont comparables.
- L'étude de faisabilité confiée par le CHU à un architecte urbaniste, démontre la capacité du site à accueillir le projet, en respectant les principes fonctionnels retenus par le projet médical et en intégrant le Centre de Lutte Contre le Cancer et les bâtiments destinés aux unités de recherche.
- Le programme global de financement pluriannuel montre la capacité du CHU à apporter 50% du financement de ses investissements, mais aussi la nécessité d'un accompagnement financier, lui permettant de conserver un niveau d'endettement soutenable.

Au-delà du contrat de performance CHU-ANAP-ARS, qui garantit l'accompagnement des chantiers organisationnels à conduire à l'automne, le CHU est prêt à s'engager dans un contrat d'objectif et de moyens spécifique permettant de formaliser les efforts de rationalisation et de réorganisation sur lesquels s'engage l'établissement et qui conditionnent le soutien financier à l'investissement.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, en l'assurance de ma considération distinguée.


Christiane COUDRIER
Directeur général

Annexe 5 : Charte constitutive du groupement de coopération HUGO

N°2006-225

**Charte constitutive d'un groupement de coopération
entre les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires du Grand Ouest
(H.U.G.O)**

Les soussignés :

Le **Centre Hospitalier Universitaire d'Angers**, sis 4 rue Larrey, 49933 ANGERS Cedex 09, représenté par M. Yvonnick MORICE, son Directeur Général et M. Jean-Claude GRANRY, son Président de CME,

La **Faculté de Médecine d'Angers**, sis rue Haute de Reculée, 49045 ANGERS Cedex, représentée par M. Jean-Paul SAINT-ANDRE, son Doyen,

Le **Centre Hospitalier Universitaire de Brest**, sis 2 avenue Foch, 29200 BREST Cedex, représenté par M. Louis ROLLAND, son Directeur Général et M. Michel ROBASZKIEWICZ, son Président de CME,

La **Faculté de Médecine de Brest**, sis 22 avenue Camille Desmoulins, 29285 BREST, représentée par M. Yves BIZAIS, son Doyen,

Le **Centre Hospitalier Universitaire de Nantes**, sis 5 allée de l'île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1, représenté par M. Pierre GUSTIN, son Directeur Général et M. Hervé LE MAREC, son Président de CME,

La **Faculté de Médecine de Nantes**, sis 1 rue Gaston Veil, 44035 NANTES Cedex, représentée par M. Jean-Michel ROGEZ, son Doyen,

Le **Centre Hospitalier Régional d'Orléans**, sis 1 rue Porte Madeleine, BP 2439, 45032 ORLEANS CEDEX 1, Monsieur Jean-Pierre GUSCHING, son Directeur Général et M. Christian FLEURY, son Président de CME,

Le **Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers**, sis 2 rue de la Milétrie, 86021 POITIERS Cedex, représenté par M. Jean-Pierre DEWITTE, son Directeur Général et M. Michel CARRETIER, son Président de CME,

La **Faculté de Médecine de Poitiers**, sis 34 rue du Jardin des Plantes, 86005 POITIERS Cedex, représentée par M. Roger GIL, son Doyen,

Le **Centre Hospitalier Universitaire de Rennes**, sis 2 rue Henri le Guilloux, 35000 RENNES, représenté par M. Gérard SACCO, son Directeur Général et M. Alain LEGUERRIER, son Président de CME,

La **Faculté de Médecine de Rennes**, sis 2 avenue du Pr Léon Bernard, 35043 RENNES Cedex, représentée par M. François GUILLE, son Doyen,

Le **Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours**, 37044 TOURS Cedex 9, représenté par M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, son Directeur Général et M. Loïc DE CALAN, son Président de CME,

Et la **Faculté de Médecine de Tours**, sis 2 bis Boulevard Tonnellé, 37032 TOURS Cedex 1, représentée par M. Dominique PERROTIN, son Doyen,

Conviennent ce qui suit :

Préambule

Depuis 2005, les Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (groupement HUGO) ont convenu d'engager une démarche commune dans les domaines de la recherche, de l'enseignement et des activités de recours. A cette fin, les six Centres Hospitaliers Universitaires de l'inter-région Ouest ont décidé de présenter un dossier commun, dans le cadre de l'appel à projets lancé par la DHOS le 26 mai 2005 (circulaire DHOS-OPRC n° 252 du 26 mai 2005 relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique), pour structurer et mettre en place une Délégation Inter-régionale à la Recherche Clinique du Grand Ouest.

Les Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours et le Centre Hospitalier Régional d'Orléans représentés par leurs Directeurs Généraux, leurs Présidents de CME et leurs Doyens, réunis à Angers le 4 mai 2005 décident de constituer un groupement de coopération inter-régionale sans personnalité juridique.

Ce groupement de coopération est dénommé Hôpitaux Universitaires du Grand-Ouest (H.U.G.O).

L'objectif de cette coopération est de favoriser l'émergence de projets communs dans le champ des missions imparties aux Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires particulièrement au regard de l'organisation sanitaire, l'enseignement, l'innovation et la recherche en vue d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population des régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

Dans un contexte marqué par la problématique de la démographie médicale, la réforme de la tarification, la réorganisation de la planification sanitaire et la réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé, les signataires de la présente Charte s'engagent à développer des stratégies et des actions communes, complémentaires et fédératrices visant à renforcer le potentiel et le positionnement de chacun des établissements partie-prenante à la présente Charte et à promouvoir l'identité de l'inter-région Ouest.

1. Les valeurs fondatrices de la Charte

- **Le partage des informations** : les partenaires du groupe HUGO décident de se doter d'une base commune d'informations sur les projets d'établissement de chaque CHU et les Contrats quadriennaux de chacune des universités du Grand Ouest particulièrement en ce qui concerne l'enseignement et la recherche en santé.
- **La préférence** : chaque établissement s'engage à coopérer préférentiellement mais non exclusivement avec les autres membres du groupe pour ses activités et ses projets de dimension inter-régionale.
- **Les mises en communs** : les membres du groupe HUGO décident de favoriser la mise en commun de moyens et d'outils dans les domaines d'activité où la complémentarité constitue un atout pour un ou plusieurs d'entre-eux.

- **Les partenariats stratégiques** : s'agissant des activités médicales, d'enseignement, de recherche et d'innovation de dimension inter-régionale, nationale, voire européenne, les membres du groupe HUGO, proposeront, le cas échéant, des partenariats stratégiques en vue de conforter le positionnement de l'inter-région du Grand-Ouest. Ils formuleront par ailleurs des propositions pour une répartition équilibrée des activités dans le cadre du S.R.O.S interrégional.

2. Les objectifs du groupe H.U.G.O

Afin d'explorer les partenariats possibles, quatre groupes de travail thématiques ont été institués avec les objectifs suivants :

Groupe enseignement :

Proposer des enseignements et des actions de formation complémentaire notamment au niveau du second et du troisième cycle : préparation de l'Examen National Classant et échange d'internes au sein de l'inter-région.

Proposer des formations à la recherche.

Groupe recherche :

Proposer les actions visant à renforcer et développer la recherche, favoriser les synergies entre les équipes et structurer la recherche notamment dans le cadre de la Délégation Inter-régionale de Recherche Clinique.

Assurer une représentation de H.U.G.O. au sein des structures régionales, interrégionales et nationales de recherche (cancéropôle, C.N.C.R...) afin d'exprimer des positions communes et coordonnées.

Groupe schémas inter – régionaux :

Identifier les pôles d'excellence de chaque CHU et proposer, en cohérence avec les SROS, le renforcement de ces pôles, les synergies à développer voire les projets communs à promouvoir.

Groupe organisation – charte – fond documentaire

Elaborer la charte du groupe HUGO – coordonner les groupes de travail et exploiter le fond documentaire.

3. Le fonctionnement du groupe H.U.G.O.

L'Assemblée du groupe

Elle est composée de l'ensemble des Directeurs généraux, Présidents de CME et Doyens des 7 CHRU signataires de la Charte.

L'Assemblée est l'instance décisionnelle du groupe H.U.G.O. *Les positions communes sont prises à la majorité absolue des voix, chaque CHU disposant de trois voix et le CHR d'Orléans de deux voix, dès lors que l'établissement est représenté par au moins un des membres composant l'Assemblée de groupe.*

Elle se réunit au moins deux fois par an.

La présidence est assurée par le Directeur général de l'établissement qui accueille l'Assemblée du groupe.

Le président fixe l'ordre du jour de l'assemblée et convoque les membres.
Le secrétariat de l'assemblée est assuré à sa diligence.

Les groupes de travail

Ils sont convoqués et animés par un coordonnateur qui rend compte à l'assemblée des travaux de sa commission et des propositions de partenariat pour sa thématique.

4. Durée de la Charte

La présente Charte prend effet à compter du 1^{er} juin 2006 pour une durée d'une année à l'issue de laquelle et sur la base d'une évaluation elle sera, le cas échéant, renouvelée dans les conditions fixées par le Groupement.

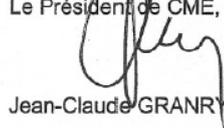
Fait à Angers, en vingt exemplaires, le 31 janvier 2006

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire d'Angers,
Le Directeur Général,



Yvonnick MORICE

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire d'Angers,
Le Président de CME,



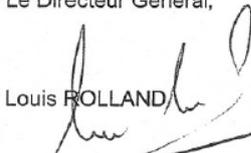
Jean-Claude GRANRY

Pour la Faculté de
Médecine d'Angers,
Le Doyen,



Jean-Paul SAINT-ANDRE

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Brest,
Le Directeur Général,



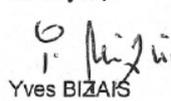
Louis ROLLAND

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Brest,
Le Président de CME,



Bertrand FENOLL

Pour la Faculté de
Médecine de Brest,
Le Doyen,



Yves BIZAIS

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Nantes,
Le Directeur Général,



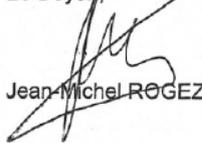
Pierre GUSTIN

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Nantes,
Le Président de CME,



Hervé LE MAREC

Pour la Faculté de
Médecine de Nantes,
Le Doyen,



Jean-Michel ROGEZ

Pour le Centre Hospitalier
Régional d'Orléans,
Le Directeur Général,

Jean-Pierre GUSCHING



Pour le Centre Hospitalier
Régional d'Orléans,
Le Président de CME,

Christian FLEURY

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Poitiers,
Le Directeur Général,

Jean-Pierre DEWITTE

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Poitiers,
Le Président de CME,

Michel CARRETIER

Pour la Faculté de
Médecine de Poitiers,
Le Doyen,

Roger GIL

Pour le Centre Hospitalier,
Universitaire de Rennes,
Le Directeur Général,

Gérard SACCO

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire de Rennes,
Le Président de CME,

Alain LEGUERRIER

Pour la Faculté de
Médecine de Rennes,
Le Doyen,

François GUILLE

Pour le Centre Hospitalier,
Régional et Universitaire
de Tours,
Le Directeur Général,

Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD

Pour le Centre Hospitalier
Régional et Universitaire
de Tours,
Le Président de CME,

Loïc DE CALAN

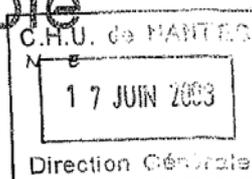
Pour la Faculté de
Médecine de Tours,
Le Doyen,

Dominique PERROTIN

Annexe 6 : Lettre du Président de Nantes Métropole au directeur général du CHU de Nantes

Nantes Métropole

COMMUNAUTÉ URBAINE



Le Président

Attribution

M. Daniel MOINARD
 Directeur général du CHU de Nantes
 CHU de Nantes
 5 allée Gloriette
 44 093 Nantes Cedex

Information

Nantes, le **13 JUIN 2008**

Monsieur le Directeur général,

Comme les autres CHU, le Centre hospitalier universitaire de Nantes est confronté à une situation financière difficile qui l'oblige à s'engager dans un plan d'équilibre et de modernisation courageux, seule voie possible pour porter un projet ambitieux, à moyen et long terme.

Les réflexions concernant l'ajustement du programme d'investissement doivent être dictées par l'impérieuse obligation de moderniser l'outil de production du CHU de Nantes, afin qu'il continue à répondre aux besoins de la population de l'agglomération, en constante augmentation, et qu'il consolide ainsi son positionnement de leader incontesté de l'interrégion Ouest.

Je partage les réflexions que vous avez portées à ma connaissance. Je fais également mienne votre ambition de regrouper l'intégralité des activités de court séjour sur l'île de Nantes, selon un calendrier que nous définirons ensemble.

Dans cette perspective, en tant que Maire de Nantes, Président de la communauté urbaine et Président du Conseil d'administration du CHU de Nantes, je prends l'engagement de faire en sorte que les terrains nécessaires soient réservés sur l'île de Nantes afin de permettre la constitution d'un campus hospitalo-universitaire de premier plan, tout en mettant en œuvre un projet urbain de grande qualité, avec la réalisation d'une ligne de tramway.

Une première étape de construction du nouveau CHU de Nantes, conduirait l'Institut du thorax, l'Institut Itert-uro-néphro, le pôle neurosciences et le pôle biologie sur l'île de Nantes.

Afin que chaque service puisse bénéficier aussi vite que possible de locaux modernes, adaptés aux attentes des patients et ergonomiques pour les personnels, je serai tout particulièrement attentif à ce que cette première étape se réalise dans les délais les plus brefs en capitalisant et en potentialisant les études déjà conduites.

Pour atteindre ces objectifs ambitieux, un effort collectif est nécessaire avec notamment une revalorisation des Migac et une participation financière exceptionnelle de l'Etat. Ce

Toute correspondance doit être adressée à :
 Monsieur le Président.

NANTES MÉTROPOLE

44923 Nantes cedex 9
www.nantesmetropole.fr

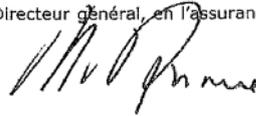
Tél : +33(0) 2 40 99 48 48
 Fax : +33(0) 2 40 99 48 00

SIEN 244 400 404

soutien sera, j'en suis convaincu, la juste contrepartie des efforts très conséquents consentis par l'établissement.

Je compte sur un soutien sans faille de la communauté médicale à ce projet de campus hospitalo-universitaire, qui doit devenir la grande ambition de notre CHU.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, en l'assurance de ma considération distinguée.



Jean-Marc AYRAULT

Destinataires :

M. Daniel MOINARD, Directeur général du CHU de Nantes
M. Hervé LE MAREC, Président de la CME du CHU de Nantes
M. Jean-Michel ROGÉZ, Doyen de la Faculté de médecine du CHU de Nantes

**Annexe 7 : Lettre du Préfet de la Loire Atlantique
au Président de Nantes Métropole sur l'élaboration
du plan de prévention des risques d'inondation**

11/05/2011 09:29 02-40-99-49-13

DIRECTION GENERALE

PAGE 01/03

11/05/2011 17:28 0240995261

D. G. D. U

PAGE 01/03



PRÉFET DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES TERRITOIRES ET DE LA MER

Direction

Affaire suivie par Marc JACQUET

☎ 02.40.67.23.23

☎ 02.40.67.23.29

marc.jacquet@loire-atlantique.gouv.fr

Nantes Métropole
Arrivée Général 2011:001312
Relance:22-02-2011
Ref:Type 1
ELUS/COUTURIER Christian
Elu Pilote Le: 03-02-2011
DGS/Courrier DGS
Copie Le: 03-02-2011
Cabinet du Président/Courrier CRB
Copie Le: 03-02-2011
DGDU/Courrier DGDU
Copie Le: 03-02-2011
Service Coordination et Cohérence Urbaine/Courrier SC

**ANNULE ET
REMPLACE**

DSR reçu le - 4 FEV. 2011

Monsieur le président,

Par lettre du 16 décembre 2010, vous appelez mon attention sur les modalités de fixation de l'aléa de référence pour l'établissement du plan de prévention des risques inondation de la Loire aval, en souhaitant que cet aléa de référence soit désormais fixé rapidement en tenant compte des données les plus scientifiquement établies pour les différents facteurs qui interviennent dans la survenue des crues.

Je partage pleinement votre préoccupation sur une fixation désormais rapide de l'aléa de référence. Dans ce sens, je vous apporte les propositions suivantes qui se fondent sur les travaux conduits ensemble à travers la mission d'étude confiée au GIP Loire estuaire.

1) les scénarios de l'étude de modélisation des lignes d'eau

Pour les secteurs soumis à l'influence des marées, le SDAGE Loire-Bretagne révisé fin 2009 prévoit d'intégrer l'effet de l'élévation prévisible du niveau de la mer, du vent de la pression atmosphérique et des aménagements de navigation dans les cotes de référence pour la définition de l'aléa du PPRI. C'est notamment au regard de cette disposition qu'une étude de modélisation des lignes d'eau a été confiée au GIP Loire Estuaire.

Cette étude, réalisée par SOGREAH Hydratech et expertisée par le CETMEF, a conduit à définir des lignes d'eau d'occurrence centennale prenant en compte la configuration morphologique actuelle de la Loire, ainsi que les configurations morphologiques et climatiques futures prévisibles, compte-tenu des évolutions structurelles du lit de la Loire et de la prise en compte des effets du changement climatique.

Les différents scénarios de cette étude ont porté sur trois situations dites « de référence » pour la restauration de l'estuaire et deux hypothèses sur l'élévation du niveau marin, de 60 cm et 100 cm, déclinées sur deux échéances de temps de 50 et 100 ans

Monsieur Jean-Marc AYRAULT
Président de Nantes Métropole
Député-maire de Nantes
44923 NANTES cedex 9

10 BOULEVARD GASTON SERPETTE - BP 53606 - 44036 NANTES CEDEX 1
TELEPHONE : 02.40.67.26.26 - COURRIEL : ddtm@loire-atlantique.gouv.fr
SITE INTERNET : www.loire-atlantique.equipement-agriculture.gouv.fr
Horaires d'ouverture : 9 h 00 - 12 h 00 / 14 h 00 - 16 h 30

11/05/2011 09:29 02-40-99-49-13

DIRECTION GENERALE

PAGE 02/03

11/05/2011 17:28 0240995261

D. G. D. U

PAGE 02/03

- 2 -

Les trois situations dites de référence sont les suivantes :

- situation actuelle de l'estuaire à titre de comparaison
- situation future sans intervention, dite « tendancielle », correspondant à la morphologie vers laquelle l'estuaire va « naturellement » évoluer à échéance 2040, sans aucune intervention hormis les dragages d'entretien du chenal de navigation
- situation future restaurée, dite « scénario morphologique », intégrant le scénario de restauration morphologique d'ensemble (tel qu'étudié à ce jour par le GIP estuaire), avec les leviers « recréation de vasières » et « remontées des fonds de chenal », à la même échéance 2040

La circulaire ministérielle du 7 avril 2010, prise suite aux événements dramatiques de la tempête Xynthia, retient pour l'élévation du niveau marin lié au changement climatique une hauteur de un mètre à l'horizon 100 ans dans l'attente d'études plus fines.

Des hypothèses fortes pour l'évolution du vent et des sur-cotes ont été retenues dans l'étude et peuvent être considérées comme sécuritaires. Au regard des résultats du projet scientifique ICC-Hydroqual de l'université de Tours selon lesquels les débits d'étiage et débits moyens devraient se réduire à l'avenir, il a été proposé de ne pas intégrer le scénario d'augmentation des débits extrêmes (scénario prospectif modélisé dans l'étude GIP).

Le constat partagé de la dégradation de l'estuaire de la Loire en l'absence d'intervention (gestion difficile des prélèvements d'eau pour les usages agricoles et industriels, impact paysager dans les traversées urbaines, impact des crises d'anoxie sur le milieu vivant, colmatage des milieux annexes...) a conduit à inscrire l'objectif d'une restauration de l'estuaire dans le plan Loire de 1994 et à réaffirmer cet objectif dans les plans Loire successifs. Le conseil d'administration du GIP Loire-estuaire s'est prononcé en décembre 2006 sur le scénario de restauration morphologique de l'estuaire aval. Ce scénario de restauration de l'estuaire aval, pleinement cohérent avec la démarche Eco-cité et la désignation en tant que capitale verte européenne 2013 de la métropole Nantes/Saint-Nazaire a été intégré au cahier des charges de la modélisation et étudié en tant que tel par le GIP estuaire.

2) les résultats à prendre en compte

Les résultats de l'étude de modélisation des lignes d'eau font l'objet d'une marge d'une vingtaine de cm (entre 16 et 23 cm selon les secteurs) attachée à l'intervalle d'incertitude lié aux imprécisions de la méthode de calculs.

Le scénario de restauration morphologique à l'horizon 2040, tel qu'étudié à ce jour par le GIP Estuaire, se traduit par une élévation supplémentaire de 20 à 35 cm. Un scénario optimisé de restauration morphologique devrait permettre de limiter cette élévation supplémentaire autour de 10 cm à 20 cm.

3) la proposition de l'aléa de référence pour le PPRI

Certains événements récents montrent la prégnance du risque inondation dans l'agglomération. Ainsi, lors de la crue de janvier 1994, d'une occurrence vingtenale, les communes de Rezé (secteurs de Trentemoult, Northouse, Basse-Ile et Haute-Ile) et d'Indre (secteur de Soferti) ont été inondées et ont fait l'objet d'arrêtés de catastrophes naturelles, sur des zones aujourd'hui en projets. Lors de la tempête Xynthia le 28 février 2010, les PHEC (plus hautes eaux connues) ont été atteintes sur la commune du Pellerin située en aval de Cheviré.

- 3 -

Au vu des impératifs de développement durable et de sécurité publique, la détermination du nouvel aléa de référence doit prendre en compte la perspective d'une restauration morphologique optimisée de l'estuaire, l'évolution du niveau de la mer de 1 m à 100 ans (hypothèses « fortes » avec le test de sensibilité à 100 ans de l'étude de modélisation des lignes d'eau) et une réserve pour la marge d'incertitude.

Afin de se fonder sur les résultats de l'étude de modélisation des lignes d'eau sans avoir à relancer une nouvelle phase d'étude il convient d'adopter comme référence la ligne d'eau calculée dans le scénario de restauration morphologique à l'horizon 2040 qui produit une élévation sensiblement équivalente à la restauration optimisée avec réserve pour marge d'incertitude, évaluée de 20 à 35 cm selon les sites de rives.

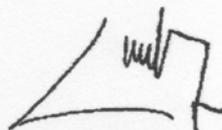
Les résultats de cette ligne d'eau sont en dessous des PHEC (de -20 cm à Cheviré à -110 cm au pont de Bellevue) et très proches des PHEP (plus hautes eaux prévisibles), voire en deçà des PHEP en amont de l'écluse de St-Félix. L'île de Nantes ne sera pas classée en zone inondable avec cet aléa de référence, à l'exception des secteurs situés en points bas suivants : pointe amont de l'île jusqu'à la limite du site de l'hôtel de région, partie basse du stade Michel Lecoindre, partie basse des espaces publics au droit et à l'aval immédiat du pont Anne de Bretagne. Les grands projets envisagés comme celui du CHU seront hors zone inondable dans ce scénario.

Le PPRI devra également prendre en compte les classes d'aléa définies par le SDAGE par pas de 0,50 m au lieu de 1 m dans l'atlas des zones inondables. La définition de l'aléa de référence doit par ailleurs être en cohérence avec la directive européenne relative à l'évaluation et à la gestion des risques inondations en date du 23 octobre 2007, qui stipule que doivent notamment être réalisées des cartes de zones inondables suivant les scénarios de crues de faible probabilité, de probabilité moyenne (période de retour supérieure ou égale à cent ans) et de forte probabilité.

Au regard des éléments développés dans votre courrier, la proposition d'aléa de référence que je vous présente me semble répondre de façon adéquate, en conjuguant du mieux possible les résultats scientifiques de l'étude de modélisation avec des hypothèses sur les différents facteurs (vent, surcote, restauration maîtrisée, effet du changement climatique...) raisonnablement sécuritaires de façon à garantir les objectifs légitimes de prévention à moyen et long terme du risque inondation sur le territoire de l'agglomération nantaise.

C'est sur cette base que nous pouvons poursuivre sans délai le processus d'élaboration du PPRI.

Dans cette attente, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération la plus distinguée.



Jean DAUBIGNY

Annexe 8 : PGFP 2011 hypothèse 2 principaux ratios

	Présent										Avenir						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Grandeurs bilancieller																	
10- Fonds de roulement d'investissement [en %]	104,26 %	99,41 %	98,98 %	98,26 %	97,56 %	97,07 %	96,61 %	96,34 %	96,12 %	95,98 %	95,76 %	94,75 %	94,63 %	94,52 %	94,21 %	94,80 %	96,46 %
11- Fonds de roulement d'exploitation [en %]	751,22 %	828,86 %	976,82 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
12- Fonds de roulement net global	57 102 560,30	16 604 283,73	16 668 475,60	17 485 492,24	18 049 940,89	23 892 539,76	23 754 977,65	24 286 355,77	24 910 705,44	25 261 642,44	25 574 810,22	25 916 699,00	26 492 268,67	27 125 062,34	27 339 472,57	52 854 364,07	113 036 352,73
14- Besoin en fonds de roulement	55 741 837,00	36 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00	20 000 000,00
15- Trésorerie	1 360 723,30	-19 395 716,27	-3 331 524,40	-2 514 507,76	-1 950 059,11	3 892 539,76	3 754 977,65	4 286 355,77	4 910 705,44	5 261 642,44	5 574 810,22	5 916 699,00	6 492 268,67	7 125 062,34	7 339 472,57	32 854 364,07	93 036 352,73
Reprise des 20M€ placements de trésorerie		20 000 000,00															
Ratios liés à la dette																	
20- Durée apparente de la dette [en années]	3,29	6,04	6,46	5,89	5,25	6,19	6,19	7,19	8,22	9,31	9,86	9,74	7,92	7,78	7,61	6,50	5,75
21- Indépendance financière [en %]	66,58 %	67,25 %	68,19 %	68,59 %	66,71 %	64,27 %	68,87 %	70,90 %	73,04 %	71,67 %	69,73 %	67,35 %	66,43 %	65,59 %	64,57 %	62,63 %	59,83 %
22a- Remboursement de l'annuité en capital de la dette sur les amortissements	37,23 %	39,39 %	39,63 %	40,68 %	38,20 %	30,41 %	29,73 %	35,37 %	41,42 %	48,85 %	55,33 %	61,86 %	46,96 %	48,20 %	49,42 %	49,27 %	48,32 %
22b- Coefficient d'autofinancement courant [en %]	91,77 %	96,15 %	95,85 %	95,27 %	94,86 %	95,77 %	94,18 %	94,45 %	94,65 %	95,11 %	95,28 %	94,94 %	93,84 %	94,08 %	94,23 %	93,36 %	92,56 %
23- Taux d'intérêt moyen de la dette	3,16 %	3,48 %	3,35 %	3,88 %	4,69 %	4,86 %	4,33 %	4,69 %	4,81 %	4,94 %	5,07 %	5,12 %	5,46 %	5,50 %	5,48 %	5,59 %	5,64 %
Recours à l'emprunt [%]	0,04 %	30,29 %	59,19 %	37,21 %	7,06 %	0,00 %	62,12 %	58,90 %	62,91 %	52,66 %	49,95 %	47,85 %	15,76 %	21,37 %	26,34 %	0,00 %	0,00 %
Taux de couverture du capital de la dette par la CAF	467,50 %	269,46 %	282,08 %	297,33 %	312,77 %	318,00 %	406,82 %	335,08 %	283,11 %	240,85 %	218,84 %	214,89 %	229,54 %	223,68 %	219,16 %	235,55 %	259,20 %
Investissements																	
32- Taux de renouvellement des immobilisations [en %]	5,64 %	10,15 %	8,99 %	6,12 %	4,73 %	4,35 %	11,08 %	10,37 %	8,93 %	9,46 %	8,63 %	8,27 %	2,71 %	2,73 %	3,06 %	1,32 %	0,00 %

34- Taux de CAF [en %]	10,47 %	6,13 %	6,43 %	7,13 %	7,56 %	6,17 %	7,72 %	7,92 %	8,26 %	8,36 %	8,68 %	9,46 %	10,92 %	10,70 %	10,61 %	11,54 %	12,11 %
35- Taux de marge brute [en %]	12,25 %	8,08 %	8,52 %	9,41 %	10,05 %	8,66 %	10,43 %	11,20 %	12,13 %	12,81 %	13,62 %	14,76 %	16,23 %	15,86 %	15,61 %	16,32 %	16,61 %
Exploitation																	
44- Evolution des amortissements [indice base 100]	100,00	56,02	51,99	63,93	68,36	68,23	69,61	73,18	75,02	74,65	75,31	75,38	101,36	99,61	98,72	101,01	92,99
47- Résultat net comptable	-4 035 833,45	-1 305 562,28	5 048 014,43	929 971,70	989 489,32	4 362 336,78	1 933 634,59	1 282 186,07	886 176,14	1 043 295,77	3 011 357,81	21 532 366,97	788 551,38	685 242,51	6 003 395,77	7 341 752,21	19 681 041,46
48- Capacité d'autofinancement	79 286 407,01	45 400 579,23	48 603 079,67	54 604 802,45	58 419 270,45	47 181 169,67	60 422 486,89	62 803 036,11	63 963 058,67	63 807 009,00	66 334 768,78	72 919 978,78	86 200 917,67	84 609 849,67	84 176 927,23	92 458 683,50	97 993 508,67
49- Evolution de la CAF [indice base 100]	100,00	57,26	61,30	68,87	73,68	59,51	76,21	79,21	80,67	80,48	83,66	91,97	108,72	106,71	106,17	116,61	123,59
Critères de déséquilibre financier																	
% du déficit du CRPP par rapport aux produits d'exploitation	0,61 %	0,23 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
% de CAF par rapport aux produits d'exploitation des CRP	10,45 %	6,12 %	6,43 %	7,13 %	7,55 %	6,05 %	7,71 %	7,91 %	8,26 %	8,36 %	8,68 %	9,31 %	10,91 %	10,69 %	10,54 %	11,53 %	12,10 %
Taux de couverture du capital de la dette par la CAF	467,50 %	269,46 %	282,08 %	297,33 %	312,77 %	318,00 %	406,82 %	335,08 %	283,11 %	240,85 %	218,84 %	214,89 %	229,54 %	223,68 %	219,16 %	235,55 %	259,20 %
CAPACITE AUTOFINANCEMENT NETTE	62 326 756,01	28 552 141,43	31 372 751,87	36 240 014,65	39 741 482,65	32 344 281,87	45 570 201,89	44 060 436,11	41 369 658,67	37 314 499,00	36 022 268,78	38 986 978,78	48 646 917,67	46 783 849,67	45 767 927,23	53 206 483,50	
Capacité d'autofinancement brute	79 286 407,01	45 400 579,23	48 603 079,67	54 604 802,45	58 419 270,45	47 181 169,67	60 422 486,89	62 803 036,11	63 963 058,67	63 807 009,00	66 334 768,78	72 919 978,78	86 200 917,67	84 609 849,67	84 176 927,23	92 458 683,50	
Remboursement en capital des emprunts	16 959 651,00	16 848 437,80	17 230 327,80	18 364 787,80	18 677 787,80	14 836 887,80	14 852 285,00	18 742 600,00	22 593 400,00	26 492 510,00	30 312 500,00	33 933 000,00	37 554 000,00	37 826 000,00	38 409 000,00	39 252 200,00	
PART DES CHARGES FINANCIERES DANS CHARGES EXPLOITATION	1,18%	1,42%	1,57%	1,77%	1,99%	1,95%	2,23%	2,83%	3,32%	3,90%	4,40%	4,82%	4,78%	4,64%	4,48%	4,29%	4,07%
PART DES CHARGES TITRE IV DANS CHARGES EXPLOITATION	13,05%	8,38%	8,09%	9,54%	10,21%	10,18%	10,56%	11,43%	12,03%	12,70%	13,29%	13,71%	16,16%	15,80%	15,52%	15,57%	14,55%

Sigles utilisés

AC	Aide à la contractualisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information dur l'hospitalisation
BHN	B (acte de biologie) hors nomenclature
CAF	Capacité d'autofinancement
CenGEPS	Centre national de gestion des essais de produits de santé
CETMEF	Centre d'études techniques maritimes et fluviales
CFPD	Centre fédératif prévention dépistage
CGO	Cancéropole du grand oeust
CH	Centre hospitalier
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CNEH	Centre national d'expertise hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRB	Centre de ressources biologiques
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRLCC	Centre régional de lutte contre le cancer
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIRC	Délégation interrégionale à la recherche clinique
DMS	Durée moyenne de séjour

DRCI	Délégation régionale à la recherche clinique et à l'innovation
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FME	Femme-mère-enfant
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAD	Hospitalisation à domicile
HC	Hospitalisation complète
HCL	Hospices civils de Lyon
HGRL	Hôpital Guillaume et René Laennec
HT	Hors taxes
HUGO	Hôpitaux universitaires du grand ouest
ICO	Institut de cancérologie de l'ouest
IGAS	Inspection générales des affaires sociales
INCA	Institut national du cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRCNA	Institut régional du cancer Nantes-Atlantique
MAINH	Mission d'appui à l'investissement hospitalier
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MCU-PH	Maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MIN	Marché d'intérêt national
NCN	Nouvelles cliniques nantaises
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PDU	Plan de déplacements urbains

PGFP	Programme général de financement pluriannuel
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PLU	Plan local d'urbanisme
PMCT	Poids moyen du cas traité
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
PPRI	Plan de prévention des risques d'inondation
PRES	Pôle de recherche et d'enseignement supérieur
PRIOR	Plateforme régionale d'information et d'orientation des malades atteints de maladies rares
PTD	Programme technique détaillé
PTMC	Plateau technique médico-chirurgical
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RSA	Résumé de séjour anonyme
SAMOA	Société d'aménagement de la métropole ouest-atlantique
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SATT	Société d'accélération des transferts technologiques
SDO	Surface dans œuvre
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SIOS	Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SIRIC	Site de recherche intégré en cancérologie
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STIC	Sciences et techniques de l'information et de la communication
T2A	Tarifification à l'activité
TBFEPS	Tableaux de bord financiers des établissements publics de santé
TDC	Toutes dépenses confondues

Bibliographie

Auteur	Titre	Date
ATIH	L'activité des CHU dans le PMSI	mai-09
Centre René Gauducheau	Projet d'établissement 2008-2012 du CLCC Nantes Atlantique	oct-08
Chambre régionale des comptes	Observations définitives sur les comptes et la gestion du CHU de Nantes	avr-08
CHU de Nantes	Schéma directeur 2003-2018	nov-04
CHU de Nantes	Projet médical	juin-10
Debrosse Denis	Rapport de diagnostic sur le CHR-U de Nantes	mars-08
INSEE Pays de la Loire	Etudes n° 96	mai-11
MAINH	Rapport n°5 Observatoire des coûts de la construction hospitalière	juin-07
MAINH	Audit complémentaire sur le schéma directeur du CHU de Nantes et sur le projet Ile de Nantes	mai-09
Nantes Métropole	Plan de déplacements urbains 2010-2015 Perspectives 2030	oct-10