



**EHESP**

---

**Élève directeur d'hôpital**

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

---

**L'adaptation des conventions de  
mise à disposition de personnel  
médical au contexte de la  
tarification à l'activité**

---

**Axel JULIEN**

---

# Remerciements

---

Je tiens en premier lieu à remercier Mesdames Mizzi et Ringot, respectivement directrice et directrice adjointe aux affaires médicales du Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, pour m'avoir orienté dans la définition de ce projet et guidé dans sa réalisation, ainsi que pour leurs patientes relectures.

J'exprime également ma reconnaissance à Michel Louazel, enseignant-chercheur à l'École des hautes études en santé publique, spécialiste en stratégies de coopération des établissements de santé, pour avoir accepté d'être le référent de ce mémoire. Sa disponibilité, son soutien et ses conseils éclairés m'ont été précieux.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aimablement reçu et consacré de leur temps dans le cadre de la compréhension des données utiles à la réalisation de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Les conventions de mise à disposition de personnel médical, un outil au cœur des politiques de coopération inter-hospitalière territoriale, mais devenu financièrement défavorable aux C.H.U. ....	5
1.1 Les conventions de mise à disposition, enjeu principal des conventions de personnel médical.....	5
1.1.1 Les différents types de convention de personnel médical.....	5
1.1.2 Le périmètre des conventions « à enjeux », un périmètre resserré autour des conventions de mise à disposition .....	6
1.1.3 Les conventions de mise à disposition, un sujet plus spécifiquement délimité à certains établissements de santé partenaires du C.H.R.U. de Tours.....	7
1.2 Les conventions de mise à disposition de personnel médical, un outil au cœur de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière .....	9
1.2.1 Les conventions de mise à disposition, un outil au service du maintien d'une offre hospitalière de proximité .....	9
1.2.2 Le rôle des conventions de mise à disposition dans le renforcement des filières d'amont et d'aval.....	10
1.2.3 Les conventions de mise à disposition, vecteur de compétences médicales	11
1.3 Un modèle financier devenu peu performant dans un contexte de tarification à l'activité.....	12
1.3.1 Le modèle du remboursement du temps médical, un modèle hérité de l'ère de la dotation globale .....	12
1.3.2 Un équilibre financier devenu inéquitable en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie .....	13
1.3.3 Un modèle plus particulièrement défavorable pour les C.H.U., sur le plan financier	16
2 L'évaluation des flux d'activité générés par les conventions de personnel médical...	18
2.1 Les possibilités offertes par les outils informatiques récents.....	18
2.1.1 L'exploitation de la base de données du C.H.U.....	18

2.1.2	L'exploitation des applications proposées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) sur son site Internet <i>ScanSanté</i> .....	19
2.2	Expérimentation d'une évaluation <i>ex post</i> de l'impact des conventions de mise à disposition sur les flux de patientèle à destination du C.H.R.U .....	20
2.2.1	Une étude de faisabilité conduite <i>ex post</i> à partir d'un échantillon de conventions de personnel médical.....	20
2.2.2	Mise en œuvre de l'expérimentation à partir d'un échantillon.....	21
2.3	Évaluation des flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition « <i>au fil de l'eau</i> », une solution techniquement réalisable mais peu opportune vis-à-vis du corps médical .....	29
2.3.1	Une solution techniquement réalisable .....	29
2.3.2	Une solution difficilement acceptable pour les médecins .....	30
3	L'apport de modèles financiers novateurs applicables aux conventions de personnel médical dans un contexte de tarification à l'activité.....	31
3.1	D'autres modèles financiers envisageables .....	32
3.1.1	Les modèles de partage de la valeur ajoutée, des modèles financièrement aboutis mais excessivement complexes à mettre en œuvre .....	32
3.1.2	Le modèle de la location de plateau technique .....	37
3.1.3	Le modèle du forfait.....	40
3.2	Essais comparés du modèle du forfait et du modèle actuel à des conventions de mise à disposition en cours .....	43
3.2.1	Mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. dans le cadre de consultations externes	43
3.2.2	Mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. dans le cadre d'une activité opératoire .....	45
3.3	Modalités concrètes du déploiement du modèle du forfait dans les conventions de mise à disposition de personnel médical recensées au C.H.R.U. de Tours .....	50
	Conclusions .....	55
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	III

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles et acronymes utilisés

---

AMA	Assistant médico-administratif
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAP	Cadre administratif de pôle
C.C.A.M.	Classification commune des actes médicaux
C.E.T.	Compte épargne temps
C.H.	Centre hospitalier
CHIC	Centre hospitalier intercommunal
C.H.R.	Centre hospitalier régional
C.H.R.U.	Centre hospitalier régional et universitaire
C.H.T.	Communauté hospitalière de territoire
CIM	Classification internationale des maladies
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
D.M.S.	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
E.P.R.D.	État des prévisions de recettes et de dépenses
F.M.I.H.	Fédération médicale inter-hospitalière
G.C.S.	Groupement de coopération sanitaire
G.H.M.	Groupe homogène de malade
G.H.T.	Groupement hospitalier de territoire
H.A.D.	Hospitalisation à domicile
H.P.S.M.	Hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
I.R.D.E.S.	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
M.C.O.	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
P.M.S.I.	Programme de médicalisation des systèmes d'information
R.S.S.	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale
SIMEES	Service d'information médicale, épidémiologique et d'économie de la santé

S.N.C.F.	Société nationale des chemins de fer
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
S.S.R.	Soins de suite et de réadaptation
T.2.A.	Tarifification à l'activité

## Introduction

« La T2A [tarification à l'activité] tend [...] à améliorer l'efficience à la fois de chaque établissement et de l'ensemble du système, en introduisant une forme de compétition stimulant l'efficience dans un contexte où ces pressions compétitives étaient absentes jusqu'alors ». Ainsi, le sénateur Alain Vasselle, faisant lui-même référence à un document de travail de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)<sup>1</sup>, résumait, en 2009, quelle logique avait prévalu à l'instauration du nouveau mode de financement des hôpitaux publics français<sup>2</sup>. La recherche d'efficience avait, certes, commencé avant le passage à la T.2.A., en 2004, mais ce nouveau mode de financement a contraint les établissements à pousser plus loin cette logique. Ces derniers se doivent désormais d'optimiser l'emploi de leurs ressources, notamment humaines, dans tous les champs possibles, sans exception, comme le rappelait la Cour des comptes, la même année : « La question des ressources humaines [...] ne se résume certes pas à un constat de surabondance, car la réalité est faite de multiples contrastes : contrastes entre établissements et entre services d'un même hôpital, puisqu'un même établissement peut offrir à la fois des images spectaculaires [...] de « lits couloir » aux urgences et une ambiance de grand calme quelques étages au-dessus. [...] Ce sont du reste ces paradoxes qu'il faut retenir car la plupart d'entre eux sont révélateurs d'un besoin d'organisation et de rationalisation »<sup>3</sup>.

Pourtant cette même logique de compétition entre établissements, à laquelle aucun domaine ne semble devoir échapper, est, par ailleurs, pourfendue par la tutelle ministérielle, qui appelle, au contraire, à davantage de coopération. Sur le site Internet du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, il est ainsi rappelé qu'« aujourd'hui, l'objectif affiché est de dépasser les logiques de concurrence [...] et de favoriser les complémentarités entre professionnels, établissements ou structures. Pour cela, la loi HPST a simplifié et gradué les outils de coopération à disposition des acteurs et favorisé leur mise en place, notamment par la création de mesures incitatives<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> OR (Z.) et RENAUD (T.), *Principes et système de la tarification à l'activité à l'hôpital*, document de travail de l'Irdes n° 23, mars 2009.

<sup>2</sup> VASSELLE (A.), *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010*, Sénat, n° 90, 4 novembre 2009, p. 26 et s.

<sup>3</sup> Cour des comptes, *La sécurité sociale, chapitre VII. La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours*, septembre 2009, p. 171.

<sup>4</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Coopérations territoriales*, le 29 août 2013, [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales.html>, consulté le 22 septembre 2015.

Cette injonction contradictoire concerne en premier lieu les centres hospitaliers universitaires<sup>5</sup>, sur lesquels repose très largement la mission d'animation de la coopération territoriale inter-hospitalière<sup>6</sup>. Ce sont en effet ces établissements qui fournissent largement aux autres centres hospitaliers, du temps médical dans un certain nombre de spécialités telles que l'imagerie ou l'anesthésie, lorsque ces derniers ne parviennent plus à recruter. La gradation des soins et son corollaire, l'approche territorialisée de la prise en charge des patients, en partie perçues comme le moyen de réduire les inégalités d'accès aux soins<sup>7</sup>, reposent, elles aussi, amplement sur les centres hospitaliers universitaires<sup>8</sup>.

Or, la coopération territoriale inter-hospitalière passe en grande partie par les conventions de personnel médical<sup>9</sup>. Les conventions sont des actes juridiques multilatéraux par lesquels les établissements formalisent et encadrent leurs partenariats les plus simples<sup>10</sup>. Les conventions de personnel médical sont une catégorie de ces conventions par lesquelles plusieurs établissements déterminent ensemble les modalités de leur coopération dans l'emploi d'un ou plusieurs médecins. Si certaines conventions ont un impact très faible car elles prévoient des collaborations très ponctuelles<sup>11</sup>, d'autres, en revanche, ont de vraies conséquences, tant sur l'activité des établissements de santé concernés que sur leur masse salariale. En fait, c'est presque systématiquement le cas de ce sous-ensemble de conventions de personnel médical qui impliquent le déplacement physique régulier d'un ou de plusieurs praticiens, en vue de produire une activité de soins.

Le centre hospitalier régional et universitaire (C.H.R.U.) de Tours n'échappe pas à ce dilemme entre recherche continue d'efficience et implication dans la politique de coopération territoriale inter-hospitalière. Tandis qu'au sein de cet établissement, qui

---

<sup>5</sup> Comme cela était encore rappelé, en 2005, dans le rapport Giraud, GIRAUD (F.), *Les centres hospitaliers universitaires – Réflexion sur l'évolution de leurs missions*, Rapport au Premier ministre, 2005.

<sup>6</sup> La coopération hospitalière est ici précisée comme étant territoriale, en opposition à la coopération hospitalière internationale, selon une distinction du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, d'après le site internet du ministère : *Coopérations territoriales, les coopérations territoriales*, le 29 août 2013, [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales.html>, consulté le 22 septembre 2015.

<sup>7</sup> HUBERT (J.) et MARTINEAU (F.), *Mission groupement hospitalier de territoire – Rapport intermédiaire*, Rapport au ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mai 2015, p. 11 ; ARS de la région Centre, *Schéma régional d'organisation des soins en région Centre – 2012-2016*, 2011, 288 p.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>9</sup> Le mode conventionnel est la principale modalité de la coopération territoriale hospitalière, grâce à la souplesse qu'il offre, d'après J. Saison, notamment en opposition au mode « organique » constitué en particuliers des groupements de coopération sanitaire ou d'intérêt public ou économique. SAISON (J.), *Droit hospitalier*, 3<sup>ème</sup> édition, octobre 2011, p. 198 et s..

<sup>10</sup> D'après Assistance publique – Hôpitaux de Paris, *Guide pratique des conventions*, mai 2008, p. 5.

<sup>11</sup> Exemple d'une convention avec un autre centre hospitalier universitaire qui ne prévoit que 6 déplacements par an pour le praticien concerné.

réalisait 15,9 % des séjours et séances de la région Centre – Val-de-Loire en 2014<sup>12</sup>, est poursuivie, de façon continue, la rationalisation du dimensionnement de ses quelque 2000 lits et places<sup>13</sup>, sa politique de coopération territoriale inter-hospitalière en matière médicale s'est développée dans des dimensions importantes, comme l'illustre la croissance régulière, ces dernières années, des encaissements et décaissements recensés dans le cadre du suivi des conventions de personnel médical<sup>14</sup>. Aujourd'hui le C.H.R.U. de Tours compte ainsi des conventions de personnel médical avec les établissements situés dans son territoire de santé, tels que les centres hospitaliers du Chinonais ou de Loches, qui ont vocation à le rejoindre dans le futur groupe hospitalier de territoire (G.H.T.), tout autant qu'avec des établissements plus éloignés, de référence infrarégional ou régional comme le centre hospitalier régional d'Orléans.

Pour le C.H.R.U. de Tours comme pour les autres C.H.U., l'enjeu est donc de déterminer comment la recherche d'efficience impliquée par la T.2.A. trouve à s'appliquer à leur politique de coopération territoriale inter-hospitalière. Cette dernière peut en effet être perçue comme devant être exonérée de toute recherche d'efficience médico-économique, de par sa nature même, mais ce choix présente l'inconvénient majeur de faire reposer les coûts de cette politique sur le reste de l'activité de l'établissement, qui doit alors dégager des excédents budgétaires en compensation, ce qui, en retour, limite d'autant le développement de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière. Pour contourner cette limite majeure, une autre option est donc de concevoir cette politique comme étant en elle-même porteuse d'opportunités médico-économiques nouvelles, aptes à en compenser les coûts par de nouvelles recettes. Néanmoins cette autre option impose, en contrepartie, une importante adaptation des conventions de personnel médical, qui permettrait d'allier performance économique et bonne prise en compte des spécificités propres à chaque C.H.U., y compris celles du C.H.R.U. de Tours.

En l'état actuel, les conventions de personnel médical, outil au cœur des politiques de coopération inter-hospitalière territoriale, sont devenues en partie inadaptées dans un contexte de tarification à l'activité (1). Dans la mesure où le postulat selon lequel ces conventions permettraient d'accroître le recrutement de patientèle au profit des C.H.U. n'a pas pu être vérifié (2), il est donc proposé d'en faire évoluer le modèle financier afin que les coûts générés par les conventions de personnel médical ne soient plus un obstacle au développement de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière (3).

---

<sup>12</sup> Direction des finances et du contrôle de gestion du C.H.R.U. de Tours, *Rapport d'activité du CHRU de Tours - 2014*, avril 2015, p. 11.

<sup>13</sup> En témoigne la restructuration de l'hôpital Trousseau, l'un des sites du C.H.R.U., conduite sur 2015 et 2016.

<sup>14</sup> Étude réalisée à partir des chiffres 2009-2014 de la direction des affaires médicales du C.H.R.U.



# **1 Les conventions de mise à disposition de personnel médical, un outil au cœur des politiques de coopération inter-hospitalière territoriale, mais devenu financièrement défavorable aux C.H.U.**

L'enjeu représenté par les conventions de personnel médical se concentre en fait principalement sur l'un de leurs sous-ensembles : les conventions de mise à disposition (1.1). Ces dernières servent de multiples objectifs de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière (1.2), mais elles sont devenues inadaptées dans un contexte de tarification à l'activité, ce dont pâtissent en premier lieu les C.H.U. (1.3).

## **1.1 Les conventions de mise à disposition, enjeu principal des conventions de personnel médical**

### **1.1.1 Les différents types de convention de personnel médical**

Les conventions de personnel médical dénombrées au C.H.R.U. de Tours peuvent être réparties selon cinq grandes catégories : les conventions de mise à disposition, les conventions d'intérêt général, les conventions d'activité partagée, les conventions de stage, observation & formation et une partie des conventions de coopération<sup>15</sup>. Les conventions de mise à disposition sont des actes par lesquels des médecins sont mis à disposition d'autres institutions, pour partie de leur temps de travail, moyennant remboursement, par celles-ci, de la rémunération correspondant aux demi-journées qu'ils effectuent dans l'établissement bénéficiaire<sup>16</sup>. Les conventions d'intérêt général répondent à des situations tout à fait particulières<sup>17</sup>. Elles se rapprochent des conventions de mise à disposition, à cette différence près qu'elles impliquent une double rémunération des médecins s'agissant de leur quotité de temps de travail passé en mise à disposition : par l'établissement employeur d'une part – qui se fait ensuite rembourser par l'établissement d'accueil – et par l'établissement d'accueil lui-même. Le C.H.R.U. n'en compte qu'un petit nombre<sup>18</sup>. Les conventions d'activité partagée, elles, ne sont utilisées, au C.H.R.U. de

---

<sup>15</sup> Entretien avec un adjoint des cadres hospitaliers à la direction des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours, réalisé le 25 août 2015.

<sup>16</sup> Un exemplaire d'une convention de mise à disposition est reproduit à l'annexe II.

<sup>17</sup> Dans nombre de cas, l'établissement d'accueil est d'une nature autre qu'hospitalière : S.N.C.F., Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie ou encore Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), entretien précité.

<sup>18</sup> 25 sur 251 conventions de personnel médical répertoriées comme « actives » au 21 août 2015.

Tours, que pour les assistants spécialistes, un statut de post-internat dont l'objectif premier est d'inciter de jeunes médecins à intégrer les hôpitaux périphériques, en y achevant, pour partie de leur temps, leur formation, tout en consolidant une coopération entre l'équipe médicale du C.H.R.U. et l'équipe de l'établissement d'accueil<sup>19</sup>. Elles représentent, là aussi, une faible proportion du total<sup>20</sup> et ont récemment fait l'objet d'une évaluation quantitative<sup>21</sup> et qualitative<sup>22</sup> encadrée par l'agence régionale de santé du Centre – Val-de-Loire, leur financement étant en grande partie national. Les seize conventions de stage, observation et formation recensées au C.H.R.U. ne concernent que des médecins d'autres établissements<sup>23</sup>. Les conventions de coopérations, enfin, regroupent des actes aussi différents que les conventions constitutives des réseaux, les conventions relatives à la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaires élargies à des praticiens extérieurs à l'établissement ou les conventions constitutives des fédérations médicales inter-hospitalières (F.M.I.H.)<sup>24</sup>. Ces dernières sont construites sur le fondement d'un projet médical à part entière et concrétisent des coopérations entre établissements, à un niveau très élaboré. Enfin, 10 conventions de coopération portent indûment leur nom en ce sens qu'elles correspondent en fait à des conventions de mise à disposition. Elles sont les vestiges d'un temps où les appellations n'étaient pas encore bien fixées.

### **1.1.2 Le périmètre des conventions « à enjeux », un périmètre resserré autour des conventions de mise à disposition**

C'est donc lorsqu'un médecin se déplace en dehors de son établissement employeur pour exercer son art dans un autre hôpital que les conséquences médico-économiques sont les plus sensibles, de part et d'autre. Dès lors, il apparaît que le périmètre des conventions à enjeux se concentre essentiellement sur les conventions de mises à disposition. Les conventions de stage, observation et formation n'induisent en effet pas d'impact sur le codage de l'établissement d'accueil et elles sont de toute façon peu nombreuses. Cette dernière caractéristique est partagée par les conventions d'activité partagée, de même que par les conventions d'intérêt général, auxquelles les conclusions valant pour les conventions de mise à disposition pourront de toute façon

---

<sup>19</sup> Entretien avec le directeur des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours, entretien réalisé le 23 avril 2015.

<sup>20</sup> 35 conventions d'activités partagées étaient enregistrées comme « actives » à la direction des affaires médicales le 21 août 2015.

<sup>21</sup> Nombre d'installations secondaires dans la région.

<sup>22</sup> Enquête de satisfaction auprès des assistants partagés.

<sup>23</sup> Médecins qui viennent donc se former au C.H.R.U. de Tours.

<sup>24</sup> Entretien avec un adjoint des cadres hospitaliers à la direction des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours, réalisé le 25 août 2015.

venir en partie s'appliquer. Quant aux conventions de coopération, leur grande hétérogénéité interdit de leur appliquer un modèle standard d'évaluation. Celles qui ont un fort impact médico-économique, comme les F.M.I.H., représentent une faible part du total et reposent, pour certaines d'entre elles, également sur des mises à disposition.

Au 31 juillet 2015, 217 conventions de mise à disposition étaient dénombrées au C.H.R.U. de Tours, en intégrant à ce chiffre les 10 conventions de coopérations à l'appellation aujourd'hui impropre<sup>25</sup>, sur un total de quelque 300 conventions de personnel médical actives recensées. Parmi elles, 73 intéressaient directement la coopération inter-hospitalière territoriale, en ce qu'elles liaient le C.H.R.U. à un autre établissement de santé<sup>26</sup>. Ces seules conventions de mise à disposition représentaient environ 165 demi-journées de temps de personnel médical passé, hors participation aux astreintes, chaque semaine, en dehors de l'établissement employeur, dont environ 104 pour le seul C.H.R.U. de Tours<sup>27</sup>, soit un total de 10,4 équivalents temps plein<sup>28</sup>.

Il est notable que la prise en compte, dans ce calcul, des conventions d'intérêt général ne modifie pas significativement les ordres de grandeur retenus puisque le total de demi-journées de temps de personnel médical passé, chaque semaine, en dehors de l'établissement employeur, atteint alors environ 175 dont 110 pour le C.H.R.U. de Tours, soit un total de 11 équivalents temps plein.

### **1.1.3 Les conventions de mise à disposition, un sujet plus spécifiquement délimité à certains établissements de santé partenaires du C.H.R.U. de Tours**

Au 31 juillet 2015, pour le seul périmètre représenté par les 73 conventions de mise à disposition, ou assimilées, intervenant dans le cadre de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière du C.H.R.U. de Tours, pas moins de 21 établissements de santé partenaires étaient recensés. Le montant total du temps médical concerné varie cependant dans des dimensions importantes d'un centre hospitalier à un autre. En effet, si concernant la majorité des établissements, le nombre de demi-journées de temps médical générées par les conventions de mise à disposition ne dépasse pas cinq par semaine, il n'en va en revanche pas de même pour quelques centres hospitaliers de la

---

<sup>25</sup> *Supra*.

<sup>26</sup> Ce chiffre s'entend donc hors les conventions liant le C.H.R.U. de Tours à un EHPAD, une autorité administrative indépendante, une structure militaire, etc.

<sup>27</sup> Calcul réalisé à partir de la base de données de la direction des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours.

<sup>28</sup> Le postulat est ici que les périodes de congés et de cessation d'activité s'appliquent identiquement entre le temps de travail ordinaire et le temps de travail correspondant à la mise à disposition. Une demi-journée correspond à 10 % du temps de travail hebdomadaire d'un médecin.

région Centre Val-de-Loire<sup>29</sup>, pour lesquels ce chiffre est supérieur à 10. Le nombre précis de demi-journées de temps médical générées, chaque semaine, par les conventions de mise à disposition entre le C.H.R.U. et ses établissements partenaires est retracé dans le tableau ci-après, par ordre décroissant.

Établissements de santé avec lesquels le C.H.R.U. recense une ou des conventions de mise à disposition de personnel médical	Nombre cumulé de demi-journées de temps médical par semaine générées par les conventions de mise à disposition entre le C.H.R.U. et l'établissement concerné
C.H.R. d'Orléans	48
C.H. du Chinonais <sup>30</sup>	27
C.H. de Loches	16
C.H. de Blois	11
C.H.U. d'Angers	10
Hospices civils de Lyon	10
C.H.U. de Rouen <sup>29</sup>	10
CHIC Amboise – Château-Renault	6
C.H. du Mans <sup>29</sup>	5
C.H. de Bourges	3
Centre de S.S.R. <i>Bois Gibert</i> de Ballan-Miré	3
Institut d'éducation motrice <i>Charlemagne</i> de Ballan-Miré	2
Centre de S.S.R. Basse Vision de Ballan-Miré	2
C.H.U. de Caen	2
ARAIR Santé (H.A.D.)	2
C.H.U. de Nantes	2
C.H. de Romorantin	2
C.H.U. de Poitiers	1
C.H. de Châteauroux	1
Centre Louis Sevestre de La Membrolle sur Choisille	1
C.H. de Luynes	1
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>

À l'étude de ce tableau, il apparaît que les établissements du territoire de santé d'Indre-et-Loire, que sont les centres hospitaliers de Chinon, de Loches, d'Amboise – Château-Renault, de Ballan-Miré, de La Membrolle-sur-Choisille et de Luynes, ne sont pas ceux avec lesquels le C.H.R.U. partage le plus de temps médical générées par des

<sup>29</sup> Une carte des établissements de santé de la région Centre – Val-de-Loire est reproduite en annexe III.

<sup>30</sup> Concernant ces établissements, une mise à disposition prépare la mutation d'un praticien, soit depuis le C.H.R.U. (dans les cas des C.H. du Chinonais et du Mans), soit vers le C.H.R.U. (dans le cas du C.H. du Mans).

conventions de mise à disposition. En effet, si par ordre décroissant, les centres hospitaliers de Chinon et de Loches occupent la deuxième et la troisième place de ce classement, le centre hospitalier intercommunal d'Amboise – Château-Renault, lui, ne partage que neuf demi-journées de temps médical par semaine, dans le cadre des conventions de mise à disposition, avec le C.H.R.U. de Tours. Quant aux autres établissements de santé du département, aucun ne partage plus d'une demi-journée de temps médical avec le C.H.R.U.

En revanche, le centre hospitalier régional d'Orléans recense, lui, un grand nombre de demi-journées de temps médical générées par les conventions de mise à disposition signées avec le C.H.R.U. de Tours, ce qui le classe de loin en tête de ce classement. Dans une moindre mesure, le centre hospitalier de Blois, avec 13 demi-journées de temps médical recensées, apparaît également comme un important partenaire du C.H.R.U. de Tours concernant les conventions de mise à disposition de personnel médical.

En conclusion, pour le C.H.R.U., l'enjeu représenté par les conventions de mise à disposition de personnel médical, dans le cadre de la politique de coopération inter-hospitalière territoriale, est davantage régional que départemental.

## **1.2 Les conventions de mise à disposition de personnel médical, un outil au cœur de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière**

### **1.2.1 Les conventions de mise à disposition, un outil au service du maintien d'une offre hospitalière de proximité**

Dans le SROS 2012-2016 de la région Centre, un lien net est régulièrement établi entre bon accès aux soins de la population, en particulier de ses catégories les plus précaires, et offre de proximité<sup>31</sup>. L'offre de soins doit en effet être organisée selon une gradation qui permette au patient de recevoir des soins de premier recours près de son lieu de résidence. Concrètement, les centres hospitaliers de proximité doivent donc être en mesure de proposer une offre de médecine et de chirurgie de première intention, qui pour la chirurgie par exemple, consiste en « *une permanence spécifique de chirurgie orthopédique ou traumatologique ou une permanence spécifique de chirurgie viscérale et*

---

<sup>31</sup> ARS de la région Centre, *Schéma régional d'organisation des soins en région Centre – 2012-2016*, 2011, 288 p.

*digestive dès lors qu'ils exercent une activité de chirurgie à temps complet »<sup>32</sup>. Or, pour maintenir cette offre, les conventions de mise à disposition sont déterminantes car elles sont un moyen, pour ces établissements, de s'attacher les services de praticiens dans des spécialités variées, alors même que les postes ouverts au recrutement dans les centres hospitaliers de proximité peinent parfois à être pourvus, selon les spécialités<sup>33</sup>. Ainsi, des médecins du C.H.R.U. de Tours sont mis à disposition, pour partie de leur temps de travail, auprès des différents centres hospitaliers de proximité du département, dans des spécialités aussi diverses que la chirurgie digestive ou l'orthogénie.*

Ces mises à disposition de temps médical peuvent prendre des formes variées, selon les spécialités et les besoins. Mis à disposition d'établissements de proximité, des chirurgiens du C.H.R.U. peuvent y réaliser des consultations avancées, afin de réduire les déplacements pour les patients et leurs proches, mais ils peuvent également y procéder à des interventions légères, parfois en ambulatoire, à l'instar de la chirurgie vasculaire qui est pratiquée au centre hospitalier de Loches par l'un d'entre eux. En oncologie, les centres hospitaliers de proximité n'étant pas autorisés en chirurgie carcinologique, l'objet des mises à disposition auprès des centres hospitaliers de proximité est cependant autre. Ainsi, un oncologue du C.H.R.U. est mis à disposition du centre hospitalier de Chinon pour y assurer le suivi des patients, en hôpital de jour, pour leur chimiothérapie.

### **1.2.2 Le rôle des conventions de mise à disposition dans le renforcement des filières d'amont et d'aval**

Une meilleure coopération entre les établissements situés à différents niveaux du parcours patient, comme les centres hospitaliers de court séjour et les établissements de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) est l'un des objectifs attribués aux conventions de mise à disposition. Ainsi, dans le schéma régional d'organisation des soins en région Centre – 2012-2016 (SROS), est-il rappelé, pour les établissements S.S.R. locomoteurs, *« l'importance des coopérations [qui], avec les établissements de court séjour [s'illustrent] par l'intervention d'équipes de SSR locomoteurs [...] dans les services de court séjour afin*

---

<sup>32</sup> A.R.S. de la région Centre, *op. cit.*, p. 21.

<sup>33</sup> Au-delà du constat général selon lequel les centres hospitaliers de proximité sont davantage exposés aux difficultés de recrutement de personnel médical que les établissements de plus grande taille, de grandes nuances apparaissent selon les établissements et les spécialités. À titre d'exemple, si le centre hospitalier du Chinonais doit recourir à de l'intérim pour parer à ses besoins en anesthésie-réanimation, ses postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie ou S.S.R. sont pourvus par les titulaires, sans difficulté particulière de recrutement. Entretien avec le directeur responsable de l'établissement de 2007 à 2015, dans le cadre de la direction commune avec le C.H.R.U. de Tours, réalisé le 7 septembre 2015.

*d'améliorer l'orientation des patients de court séjour vers la structure adéquate »<sup>34</sup>. Or, au C.H.R.U. de Tours, c'est justement l'objet d'une convention de mise à disposition que de permettre à un praticien de médecine physique et de réadaptation du C.H.R.U. de voir les patients d'orthopédie du même établissement en consultation post-opératoire pour déterminer si un séjour dans le service S.S.R. du centre hospitalier intercommunal (CHIC) d'Amboise – Château-Renault sera nécessaire ou non. Interrogé, le praticien concerné estime, de fait, que cette convention est profitable aux deux établissements car elle permet au CHIC de conforter son recrutement mais également au C.H.R.U. de diminuer la durée moyenne de séjour (D.M.S.) dans son service de chirurgie orthopédique. En ophtalmologie, une autre convention partage un objet très similaire. Un praticien du C.H.R.U. est ainsi mis à disposition du Centre Basse Vision de Ballan-Miré, afin notamment d'assurer une meilleure articulation entre le service d'ophtalmologie du C.H.R.U. et cet établissement de soins de suite et de réadaptation.*

### **1.2.3 Les conventions de mise à disposition, vecteur de compétences médicales**

Les conventions de personnel médical sont également un moyen, pour les établissements de santé, d'accéder à des compétences médicales pointues. Dans de nombreux cas, ce sont les spécialistes du C.H.R.U. de Tours qui sont ainsi sollicités pour apporter leurs compétences aux établissements partenaires. Il est toutefois possible de citer des exemples inverses comme celui d'un gynécologue du CHIC d'Amboise – Château-Renault qui est mis à disposition du C.H.R.U. de Tours pour y exercer une compétence très ciblée en infertilité masculine, dont le C.H.R.U. ne dispose pas en interne. Les mises à disposition peuvent également être demandées par les praticiens eux-mêmes, notamment afin de rompre avec l'isolement qu'implique parfois l'exercice dans un établissement de petite taille. Ainsi, un chirurgien du Centre hospitalier de Loches a sollicité sa mise à disposition auprès du C.H.R.U. de Tours, une demi-journée par semaine, afin de pouvoir participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire de sa spécialité et y présenter les cas de certains patients. Dans d'autres cas, des médecins demandent une mise à disposition pour pouvoir varier leur activité, en exerçant une compétence différente dans un autre établissement, à l'image d'un radiologue du C.H.R.U. qui consulte une demi-journée par semaine au centre hospitalier régional d'Orléans, en médecine du sport. De fait, en certains cas, les conventions de mise à disposition conjuguent largement des objectifs de coopération territoriale inter-hospitalière et des objectifs liés à l'attractivité de la carrière hospitalière publique pour les médecins.

---

<sup>34</sup> ARS de la région Centre, *op. cit.*, p. 55.

### **1.3 Un modèle financier devenu peu performant dans un contexte de tarification à l'activité**

#### **1.3.1 Le modèle du remboursement du temps médical, un modèle hérité de l'ère de la dotation globale**

L'équilibre financier qui prévaut actuellement pour les conventions de mise à disposition et qui consiste en un remboursement, par l'établissement d'accueil à l'établissement employeur, de la part de rémunération correspondant à la quotité de temps de travail passé par le médecin en mise à disposition date de l'époque de la dotation globale. Sous l'empire de ce mode de financement, les recettes de l'hôpital étaient alors déconnectées de la quantité d'actes et de la nature des soins produits, si bien que la mise à disposition d'un praticien au profit d'un autre établissement pour une partie de temps, bien que théoriquement à l'origine d'une moindre production de soins, n'avait pas d'impact direct sur les finances de l'hôpital. L'enjeu, pour l'établissement employeur, se limitait donc essentiellement à garantir la marche normale du service de rattachement du praticien en son absence, ce pourquoi il se faisait rembourser la part de rémunération correspondant à la quotité de temps de travail passé par le médecin dans l'établissement d'accueil. Ainsi, il disposait à nouveau de moyens lui permettant de rémunérer un autre praticien, en remplacement du premier.

L'évolution récente de ce modèle se caractérise cependant par une complexité croissante, qui le rend davantage mobilisateur en temps de travail, à la direction des affaires médicales. En vingt ans, il a notamment fallu intégrer certaines évolutions statutaires à ces modèles, à l'instar du compte épargne temps. C'est néanmoins la demande croissante venue des établissements partenaires de se voir facturer non plus le temps médical au coût moyen, mais au coût réel de chaque praticien, qui a particulièrement accru la charge de travail liée à ces conventions, car ce mode de calcul requiert un degré de précision élevé et des mises à jour régulières, en fonction des changements de taux de charges sociales. Parallèlement, les litiges induits par ce modèle entre les établissements de santé sont aussi en progression, en particulier au sujet des absences de praticien, situation dans laquelle les directeurs des affaires médicales de certains établissements d'accueil refusent de continuer à rembourser la part de rémunération du médecin correspondant à son temps de mise à disposition. En définitive, la simplicité qui caractérisait autrefois ce modèle est aujourd'hui largement remise en cause.

### 1.3.2 Un équilibre financier devenu inéquitable en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Dans la logique de financement des soins instituée par la T.2.A., la production de soins du praticien est valorisée au nombre d'actes dès lors qu'il exerce son art en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (M.C.O.)<sup>35</sup>. En conséquence, son absence du service se traduit par une moindre activité pour l'hôpital, donc une moindre recette. Or, en toute logique, pour que les établissements de santé soient à l'équilibre financier, le total de la valeur produite par les médecins excède nécessairement le total de leur rémunération. Théoriquement, un établissement qui met un de ses praticiens officiant dans le champ M.C.O. à disposition d'un autre établissement, dégrade donc son compte de résultat, bien que la part de rémunération correspondant à la quotité de temps de travail effectué dans l'établissement d'accueil lui soit remboursée. Parallèlement, l'établissement qui accueille le praticien est excessivement avantagé car il bénéficie d'un supplément d'activité, sans même voir augmenter ses effectifs, ce qui lui offre une grande souplesse dans la gestion de la coopération<sup>36</sup>. En définitive, le modèle financier actuel du remboursement du temps médical induit donc une importante iniquité économique entre les deux établissements parties à la convention.

Un exemple chiffré permet de mieux apprécier le déséquilibre induit par le modèle actuel. Soit deux établissements, A et B. A dispose d'un chirurgien à temps plein mais non-occupé un jour par semaine, soit 20 % de son temps, et B d'une salle de bloc sous-utilisée, libre un jour par semaine, soit 20 % de ses plages horaires d'ouverture. La rémunération du chirurgien coûte 100 000 € par an à A. La salle de bloc opératoire générerait un coût de 1 600 000 € par an, si elle était occupée cinq jours par semaine, et non quatre, comme actuellement. Les deux établissements s'accordent donc pour que le chirurgien de A utilise la salle de bloc de B un jour par semaine. Dans les deux établissements, il est estimé que la valorisation de l'activité générée par cette nouvelle coopération sera égale à 400 000 € par an. En vue de simplifier l'exemple, le postulat de départ est que 100 % de la chirurgie est faite en ambulatoire ; il n'y a donc pas

---

<sup>35</sup> Le champ M.C.O. se caractérise par des « soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou concernant des affections graves, pendant leur phase aiguë, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) » – d'après la définition officielle de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), *Glossaire*, [En ligne] <http://www.atih.sante.fr/glossaire>, s. d., consulté le 28 septembre 2015. Le financement du champ M.C.O. est le seul qui se fait actuellement par la T.2.A..

<sup>36</sup> Inversement, la fin de la coopération verrait l'établissement employeur devoir gérer un sureffectif, ce qui crée une nette inégalité entre les deux parties liées à la convention face au risque d'échec, un risque inhérent à toute activité économique. D'après Inspection générale des affaires sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, p. 135.

d'hospitalisation. Les consultations ne sont pas non plus prises en compte. Les frais de déplacements du chirurgien sont quant à eux considérés comme nuls.

Dans l'exemple décrit précédemment, le modèle historique peut donc être résumé, en coûts complets, comme suit :

<b>Coûts complets de B</b>	
Coûts d'une journée de bloc par semaine (20 % de 1 600 000 €)	320 000
Coûts d'une journée de chirurgien de A par semaine (20 % de 100 000 €)	20 000
<b>Total</b>	<b>340 000</b>

<b>Application du modèle de remboursement du temps médical à l'exemple donné</b>			
<b>Analyse en coût complet</b>			
<b>Coûts complets de A (1)</b>	20 000	340 000	<b>Coûts complets de B (2)</b>
<b>Remboursement d'une journée hebdomadaire de rémunération d'un chirurgien (3)</b>	20 000		
<b>Recettes T.2.A.</b>	0	400 000	<b>Recettes T.2.A. (4)</b>
<b>Gains nets de A (1-3)</b>	<b>0</b>	<b>60 000</b>	<b>Gains nets de B (4-2)</b>

L'exemple montre que ce modèle profite très largement à l'établissement B, mais qu'il n'est la source d'aucune recette supplémentaire pour l'établissement A. L'analyse en coûts complets présente cependant l'inconvénient de ne pas lier la valeur des ressources humaines ou matérielles à leur utilité<sup>37</sup>, ce qui fausse inmanquablement l'appréciation portée sur une telle coopération. Pour s'en convaincre, il faut se rappeler que le gain de l'établissement A n'est pas réellement nul dans cette coopération, puisque l'établissement se fait rembourser la part de rémunération de son chirurgien correspondant à la quotité de temps de travail qu'il passe dans l'établissement B ; part de rémunération qu'il lui faudrait verser y compris en l'absence de la convention, la rémunération des praticiens hospitaliers n'étant pas lié à leur niveau d'activité. Inversement, si les plages de bloc opératoire de l'établissement B restaient vides une journée par semaine, les coûts induits par le bloc opératoire ne serait pas d'un cinquième moins élevé, puisque les coûts fixes, notamment, resteraient les mêmes à amortir. Aussi, l'analyse en coûts complets n'est-elle pas suffisante. Elle doit être complétée par une analyse en coûts marginaux.

Les coûts marginaux sont une notion de microéconomie ; ils désignent les coûts supplémentaires induits par la dernière unité produite<sup>38</sup>. Ainsi, chaque patient supplémentaire opéré au bloc induit des coûts marginaux liés, par exemple, à la

<sup>37</sup> ÉCHAUDEMAISON (C.-D.) (dir.) *et al.*, *Économie contemporaine*, 2010, p. 20.

<sup>38</sup> *Ibid.*

consommation de temps non médical ou de fluides qui n'aurait pas eu lieu si ce patient n'avait pas été opéré. Dans l'exemple décrit précédemment, il est donc postulé que les coûts marginaux liés au remplissage de la plage de bloc une cinquième journée hebdomadaire sont de 180 000 €<sup>39</sup>. Inversement, dans la mesure où le praticien n'est pas rémunéré à l'acte, le coût marginal qu'il induit à chaque fois qu'il opère un patient supplémentaire est nul : son traitement serait le même s'il n'opérait pas. Partant, le modèle historique peut être résumé, en coûts marginaux, comme suit :

<b>Application du modèle de remboursement du temps médical à l'exemple donné</b>			
<b>Analyse en coût marginal</b>			
Coûts marginaux de A	0	180 000	Coûts marginaux de B
Recettes marginales de A	20 000	400 000	Recettes marginales de B (T.2.A.)
<b>Gains nets marginaux de A</b>	<b>20 000</b>	<b>220 000</b>	<b>Gains nets marginaux de B</b>

Une double conclusion découle donc de l'étude du modèle de remboursement du temps médical en coût complet et en coût marginal, par son application à cet exemple :

- 1) Analyser en coût complet ou en coût marginal, le bilan financier de ce modèle s'avère beaucoup plus favorable à l'établissement d'accueil du praticien qu'à son établissement de rattachement, dans la mesure où ce dernier n'est pas intéressé à la valeur produite par cette coopération.
- 2) L'analyse en coût marginal démontre cependant l'intérêt de coopérer pour les deux établissements car ces résultats sont plus favorables que ceux donnés par l'analyse en coût complet, en témoigne le fait que l'établissement A enregistre un gain marginal net grâce à la mise à disposition de son praticien alors que cette opération apparaissait comme financièrement neutre à l'issue de l'analyse en coût complet. La sous-occupation, un jour par semaine, du chirurgien dans l'établissement A est néanmoins un facteur déterminant de l'équilibre financier de cette opération. Si le praticien devait renoncer à une part d'activité dans l'établissement A, à chaque fois qu'il venait exercer son art dans l'établissement B, alors cette part devrait être considérée comme un coût marginal supplémentaire pour l'établissement A, diminuant d'autant son intérêt à coopérer.

<sup>39</sup> Cette évaluation, approximative, a été calculée comme suit : le bloc coûte 1 600 000 € par an à B s'il est occupé 5 jours par semaine. Le postulat est que la moitié de ces coûts est fixe et l'autre variable. À raison d'une journée par semaine de cinq jours, les coûts variables induits par la coopération sont donc de :  $1\,600\,000 \text{ €} * 50 \% / 5 = 180\,000 \text{ €}$ . La prise en charge d'un patient supplémentaire n'entraînant pas de changement de structure, les coûts fixes demeurent constants, en conséquence de quoi, les coûts variables sont égaux aux coûts marginaux. Dans cette configuration le coût total est donc bien égal aux coûts fixes additionnés des coûts marginaux.

### 1.3.3 Un modèle plus particulièrement défavorable pour les C.H.U., sur le plan financier

La problématique de ce déséquilibre financier en défaveur de l'établissement employeur du médecin se pose avec une acuité particulière pour les C.H.U.. Établissements supports des politiques de coopération territoriales inter-hospitalières, ils mettent à disposition des autres centres hospitaliers un nombre bien supérieur de praticiens par rapport à ceux qui leur sont mis à disposition. L'exemple du C.H.R.U. de Tours le confirme, comme le démontre le calcul, reproduit dans le tableau ci-après, des différences, établissement par établissement, entre le nombre de demi-journées réalisées par les praticiens du C.H.R.U., dans le cadre de leur mise à disposition auprès d'un autre établissement, et le nombre de demi-journées réalisées par les praticiens d'autres établissements, dans le cadre de leur mise à disposition auprès du C.H.R.U..

Établissements de santé avec lesquels le C.H.R.U. recense une ou des conventions de mise à disposition de personnel médical	Différentiel cumulé de demi-journées de temps médical par semaine générées par les conventions de mise à disposition entre le C.H.R.U. et l'établissement concerné
C.H.R. d'Orléans	44
C.H. du Chinonais	17
C.H.U. d'Angers	11
C.H.U. de Rouen	10
CHIC Amboise – Château-Renault	6
Centre Basse Vision de Ballan-Miré	2
C.H.U. de Nantes	2
C.H. de Bourges	1
C.H.U. de Poitiers	1
C.H. de Luynes	1
C.H. de Loches	0
Centre Louis Sevestre de La Membrolle sur Choisille	-1
C.H. de Châteauroux	-1
Institut d'éducation motrice <i>Charlemagne</i> de Ballan-Miré	-2
ARAIR Santé (H.A.D.)	-2
C.H.U. de Caen	-2
C.H. de Romorantin	-2
C.H. de Blois	-2
Centre Bois Gibert	-3
C.H. du Mans	-5
Hospices civils de Lyon	-10
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>

À première vue, ces différences sont très contrastées entre établissements. Le résultat du C.H.R. d'Orléans, en particulier, est remarquable, avec une différence égale à 44 demi-journées de temps médical, soit 4,4 équivalents temps plein, ce qui démontre que plus de temps médical est mis à disposition de cet établissement par le C.H.R.U. que réciproquement. La différence globale, elle, est positive à hauteur de 65 demi-journées, un bilan non neutre pour les finances du C.H.R.U.. Tout se passe en effet comme si le personnel de la direction des affaires médicales gérait un peu plus de 6 médecins à plein temps, du fait de l'activité réalisée par d'autres établissements.

Plusieurs éléments viennent cependant modérer ce premier constat. En premier lieu, il n'est pas prouvé que l'absence d'un praticien une partie de son temps se traduise par une diminution exactement proportionnelle de l'activité habituellement codée par lui. À titre d'illustration, rien n'indique qu'un médecin qui sera dorénavant absent un jour par semaine, soit un cinquième de son temps passé au C.H.U., codera un cinquième d'activité en moins. De nombreux autres éléments interviennent en effet dans le calcul de la productivité d'un praticien.

En second lieu, il est largement postulé que les conventions de personnel médical, et les conventions de mise à disposition en particulier, permettraient d'augmenter, dans l'ensemble, le recrutement de patientèle<sup>40</sup>. Ainsi, la perte de recette immédiatement induite par la mise à disposition des médecins pourrait être en partie compensée ou même surcompensée par le surcroît d'activité qu'ils ramèneraient à leur établissement employeur dans leur spécialité. Cette hypothèse doit toutefois être vérifiée, ce qui implique d'être en mesure de pouvoir évaluer précisément les flux de patientèle potentiellement générés par les conventions de mise à disposition de personnel médical.

---

<sup>40</sup> Entretien avec le directeur des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours, entretien réalisé le 27 avril 2015.

## 2 L'évaluation des flux d'activité générés par les conventions de personnel médical

Les bases de données informatisées, bien que riches de possibilités (2.1.), ne permettent pas d'évaluer le flux de patients généré par une convention de mise à disposition dans le cadre d'un essai (2.2.). Or, l'autre solution envisageable pour tracer ces flux, qui consisterait en un suivi du parcours de leurs patients par les praticiens eux-mêmes, est d'une opportunité discutable (2.3.).

### 2.1 Les possibilités offertes par les outils informatiques récents

#### 2.1.1 L'exploitation de la base de données du C.H.U.

Depuis peu, de nouveaux outils informatiques et statistiques existent, qui permettent notamment d'envisager l'évaluation des flux d'activité générés par ces conventions de personnel médical. Ainsi, la généralisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) dans les établissements publics de santé, à partir de 1997, qui a pour objet d'offrir la possibilité « *aux établissements de soins de disposer d'information quantifiées et standardisées sur leur activité de manière à mesurer leur production médicale* »<sup>41</sup>, permet en théorie d'estimer avec précision leur recrutement de patientèle. En effet, à chaque passage d'un patient dans une unité médicale d'un établissement, une saisie informatique appelée « résumé d'unité médicale » (RUM) est effectuée<sup>42</sup>. Ces RUM sont ensuite agrégées dans un « résumé de sortie standardisé » (R.S.S.) unique par séjour, qui relie les informations dites administratives, portant notamment sur l'identité du patient et son code postal de résidence, aux informations médicales propres à son séjour. Les médecins de santé publique du département d'information médicale de l'établissement de santé peuvent donc utiliser ces informations pour calculer les taux d'attractivité de la structure, spécialité par spécialité, voire acte par acte et leurs évolutions dans le temps. En conséquence, l'hypothèse selon laquelle la mise à disposition d'un praticien au profit d'un autre établissement accroîtrait le recrutement de patientèle de l'établissement employeur devrait donc pouvoir être confirmée ou infirmée. En effet, une hausse du flux de patientèle en provenance de la zone géographique du centre hospitalier qui accueille le praticien mis

---

<sup>41</sup> MORKOS (M.), « Le PMSI, qu'est-ce que c'est ? » in *Hospitalia* n° 8, octobre 2009.

<sup>42</sup> Atih, *Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*, [En ligne] <http://www.atih.sante.fr/mco/presentation>, s. d., consulté le 23 septembre 2015.

à disposition devrait logiquement apparaître à partir de la date d'entrée en vigueur de la convention.

### **2.1.2 L'exploitation des applications proposées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) sur son site Internet ScanSanté**

À partir de son site Internet, *ScanSanté*<sup>43</sup>, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) rend une partie de la base nationale des données relatives aux G.H.M. accessibles via des applications de cartographies ou la production de tableaux statistiques, qui atteignent un niveau de précision relativement fin pour les utilisateurs dits « autorisés »<sup>44</sup>, dont les médecins de santé publique des départements d'informations médicales rattachés aux établissements de santé font partie. Grâce aux applications du site *ScanSanté*, il est donc possible d'accéder aux flux de patientèle concernant l'ensemble des établissements de santé nationaux et ainsi de connaître les taux de fuite. Ces derniers correspondent au rapport entre le nombre de séjours de la zone géographique sélectionnée pris en charge en dehors de cette zone sur le nombre total de séjours issus de la zone sélectionnée. Dans le cadre d'une évaluation des flux d'activité générés par les conventions de personnel médical, il est donc très utile car il permet d'approcher la marge de progression d'un établissement dans son recrutement de patientèle. Ainsi, pour un C.H.U., un taux de fuite en diminution concernant une spécialité médicale et un territoire donnés pourrait valider le postulat selon lequel une convention de mise à disposition de l'un de ses praticiens dans la spécialité en question, auprès du centre hospitalier du territoire concerné, génère bien un surcroît de recrutement de patientèle. Une étude à l'objet proche a déjà été conduite en ce sens, en 2012, et s'est avérée concluante<sup>45</sup>. Elle portait sur l'analyse des flux de patientèle à destination du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, potentiellement générés par la mise en place de consultations avancées au centre hospitalier de Tarare. Son échelle était néanmoins différente de par le nombre de praticiens concernés par la mise à disposition de temps médical entre les deux établissements. Concernant le seul secteur de la pédiatrie, sur lequel est concentrée l'étude, jusque 10 praticiens ont pu assurer les vacations au centre

---

<sup>43</sup> <http://www.scansante.fr>

<sup>44</sup> « Les données détaillées du PMSI (nationales, régionales ou extractions particulières) sont diffusées à tout titulaire d'un accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), délivré en fonction de l'utilisation prévue », Atih, *Accès aux données collectées auprès des établissements de santé*, [En ligne] <http://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees>, s. d., consulté le 23 septembre 2015.

<sup>45</sup> AUGER (A.), *Effizienz économique d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'Hôpital Nord Ouest Villefranche-sur-Saône – Tarare*, 2012, 54 p.

hospitalier de Tarare<sup>46</sup>. Aucune mise à disposition n'atteint une telle dimension au C.H.R.U. de Tours. Logiquement, les flux de patients générés devraient donc être nettement plus ténus, donc plus difficiles à identifier.

## **2.2 Expérimentation d'une évaluation *ex post* de l'impact des conventions de mise à disposition sur les flux de patientèle à destination du C.H.R.U.**

### **2.2.1 Une étude de faisabilité conduite *ex post* à partir d'un échantillon de conventions de personnel médical**

Pour valider l'hypothèse selon laquelle certaines conventions de mise à disposition peuvent avoir un impact favorable sur le recrutement de patientèle de l'établissement employeur, une évaluation conduite à partir d'un échantillon de conventions d'ores et déjà en vigueur a été conduite. En accord avec un médecin spécialiste de santé publique appartenant au Service d'information médicale, épidémiologique et d'économie de la santé (SIMEES) – le département d'informations médicales du C.H.R.U. de Tours – un certain nombre de caractéristiques ont donc été retenues pour pouvoir procéder à une première sélection de conventions à même d'être étudiées. Ces caractéristiques ont été les suivantes :

- La convention concerne une spécialité M.C.O. ;
- La convention génère potentiellement un flux de patientèle à destination du C.H.R.U. de Tours. Cela implique notamment qu'elle permette au praticien d'accéder à des patients, ce qui concentre *in fine* le périmètre des conventions éligibles aux seules conventions de mise à disposition de praticiens auprès d'autres établissements de santé ;
- Le flux de patientèle potentiellement généré est statistiquement décelable, ce qui exclut les mises à dispositions ponctuelles ou avec des établissements géographiquement trop éloignés.
- La convention est postérieure à la mise en place du P.M.S.I., faute de quoi les éventuelles modifications de flux de patientèle induites par son entrée en vigueur sont indétectables ;
- Le praticien concerné a connu une activité en mise à disposition la plus continue possible, de façon à ce qu'un éventuel lien de corrélation entre

---

<sup>46</sup> AUGER (A.), *op. cit.*, p. 26.

l'entrée en vigueur de la convention et une modification dans les flux de patientèle apparaisse de manière nette.

Il s'agissait ensuite de rencontrer les médecins concernés par les conventions sélectionnées. Le texte de l'acte juridique ne contient en effet que peu d'informations sur le contenu médical de la convention, aussi était-il nécessaire d'appréhender les réalités de la mise à disposition directement avec le praticien. Accessoirement, ce dernier devait également décrire quels étaient, selon lui, les contours du flux de patientèle potentiellement généré par la convention à destination du C.H.R.U. de Tours, notamment en communiquant les principaux codes<sup>47</sup> utilisés au C.H.R.U. pour saisir les diagnostics propres à ces patients ou les codes<sup>48</sup> correspondant aux actes pratiqués pour les soigner. Une fois le flux de patientèle potentiellement identifié et les codes obtenus, l'analyse pouvait débuter au département d'information médicale, afin de démontrer l'existence statistique de ce flux et, si possible, de le quantifier.

Sur la soixantaine de conventions étudiées, 7 seulement, répondaient à l'intégralité des caractéristiques retenues en accord avec le médecin spécialiste de santé publique du SIMEES. Il a été possible de rencontrer les médecins concernés pour 6 d'entre elles. Finalement, il est apparu qu'une seule convention générait très sûrement un flux de patientèle régulier et suffisamment important pour être statistiquement décelable.

### **2.2.2 Mise en œuvre de l'expérimentation à partir d'un échantillon**

A) Une convention aux caractéristiques *a priori* favorables pour mesurer la faisabilité de l'évaluation

Parmi l'ensemble des conventions de personnel médical étudiées, une mise à disposition est apparue comme étant propice à une vérification de la faisabilité des études d'évaluation de l'impact des conventions sur les flux de patientèle. Il s'agit de la mise à disposition, depuis février 2012, d'un chirurgien vasculaire, pour 20 % de son temps, soit un jour par semaine, auprès du centre hospitalier de Loches. Cette mise à disposition est particulièrement intéressante en ce qu'elle a été demandée par le chirurgien lui-même, dans le but d'accroître le recrutement de patientèle du C.H.R.U. En effet, en 2011, le praticien apprend le départ en retraite de l'un de ses confrères, unique chirurgien

---

<sup>47</sup> Les diagnostics sont codés avec la dixième révision de la *Classification internationale des maladies*, dite CIM-10, de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>48</sup> Les actes sont codés avec la *Classification commune des actes médicaux* (C.C.A.M.).

vasculaire du Centre hospitalier de Loches. Ce dernier y avait une activité réduite, se limitant à de la chirurgie variqueuse. Les patients devant subir une opération de chirurgie artérielle, une spécialité qui requiert un plateau technique autrement plus conséquent, étaient reçus en consultation au Centre hospitalier de Loches mais opérés par le même praticien, dans un établissement de santé privé. Fin 2011, le chirurgien du C.H.R.U. de Tours propose donc de reprendre l'activité de consultation et de bloc opératoire qu'avait son confrère au Centre hospitalier de Loches. Un jour par semaine, il y opérera les patients nécessitant une chirurgie variqueuse mais les patients requérant une chirurgie artérielle, eux, seront dorénavant opérés au C.H.R.U. de Tours. Ainsi, cette convention de mise à disposition devait incontestablement générer un nouveau flux de patientèle à destination du C.H.R.U., que l'étude conduite à partir des outils du P.M.S.I. n'avait plus qu'à quantifier.

Autre aspect favorable de cette convention, le chirurgien s'est montré intéressé par la démarche, dans la mesure où lui-même avait agi dans l'optique d'accroître l'activité du C.H.R.U.. Il était également en capacité de fournir une liste précise des principaux codes C.C.A.M. utilisé pour enregistrer les actes qu'il pratique au C.H.R.U. de Tours sur les patients en provenance du secteur du Lochois<sup>49</sup>, dans la mesure où il est habitué à coder ses actes dans le cadre de son activité en secteur libéral au sein du C.H.R.U..

B) Recherche de l'existence du flux de patientèle généré par la convention à l'échelle du domaine d'activité

Pour quantifier le flux de patientèle généré par la convention à destination du C.H.R.U., la première approche a consisté en l'utilisation de l'outil du P.M.S.I. le plus facile d'accès : la *cartographie du PMSI MCO* disponible sur le site Internet *ScanSanté*. Cette application a en effet l'avantage d'être en libre accès. Potentiellement, elle pourrait donc être utilisée par tout agent du C.H.R.U. chargé de l'évaluation des conventions de personnel médical.

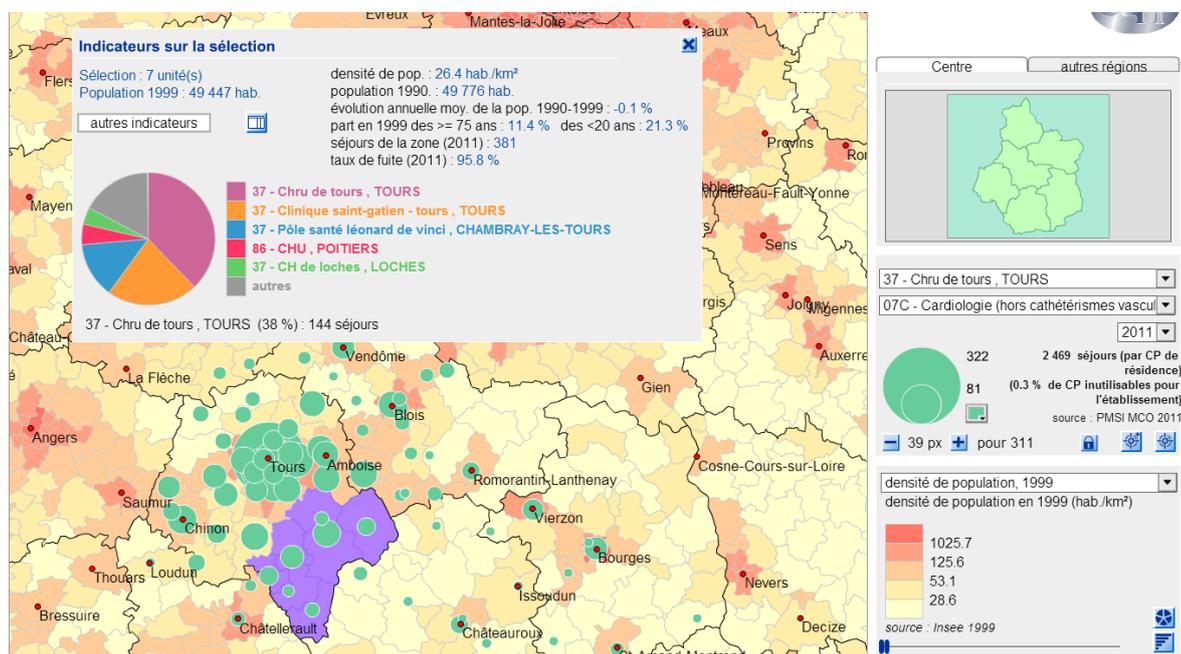
Cette application consiste en une carte interactive sur laquelle les principales aires géographiques de recrutement d'un établissement pour une activité médicale donnée sont représentées. Réciproquement, il est possible de voir vers quels établissements et selon quelles proportions les habitants d'une zone géographique P.M.S.I.<sup>50</sup> s'orientent, selon

---

<sup>49</sup> Cette liste de code est reproduite dans un tableau, en annexe IV.

<sup>50</sup> Les zones géographiques P.M.S.I. correspondent aux codes postaux de domicile des patients. Cette information figure dans les résumés transmis par les établissements de santé. Dans le cas de codes postaux desservant moins de 1000 habitants, ceux-ci sont fusionnés, au moment de

leurs pathologies. Le niveau le plus fin de catégorisation des patients qui est proposé dans cette application, est le domaine d'activité. D'après les codes qu'il a transmis, l'activité de chirurgie vasculaire artérielle pratiquée au C.H.R.U. de Tours sur les patients du Lochois par le praticien se répartit entre les deux domaines d'activité suivants : « cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels » et « chirurgie cardio-vasculaire ». La mise en œuvre de la convention de mise à disposition, à compter de février 2012, devrait donc se traduire par une augmentation du recrutement de patientèle, par le C.H.R.U., dans les zones géographiques du P.M.S.I. correspondant au secteur du Lochois, concernant ces deux secteurs d'activité, entre 2010 et 2011 d'une part et 2012 et 2013<sup>51</sup> d'autre part.



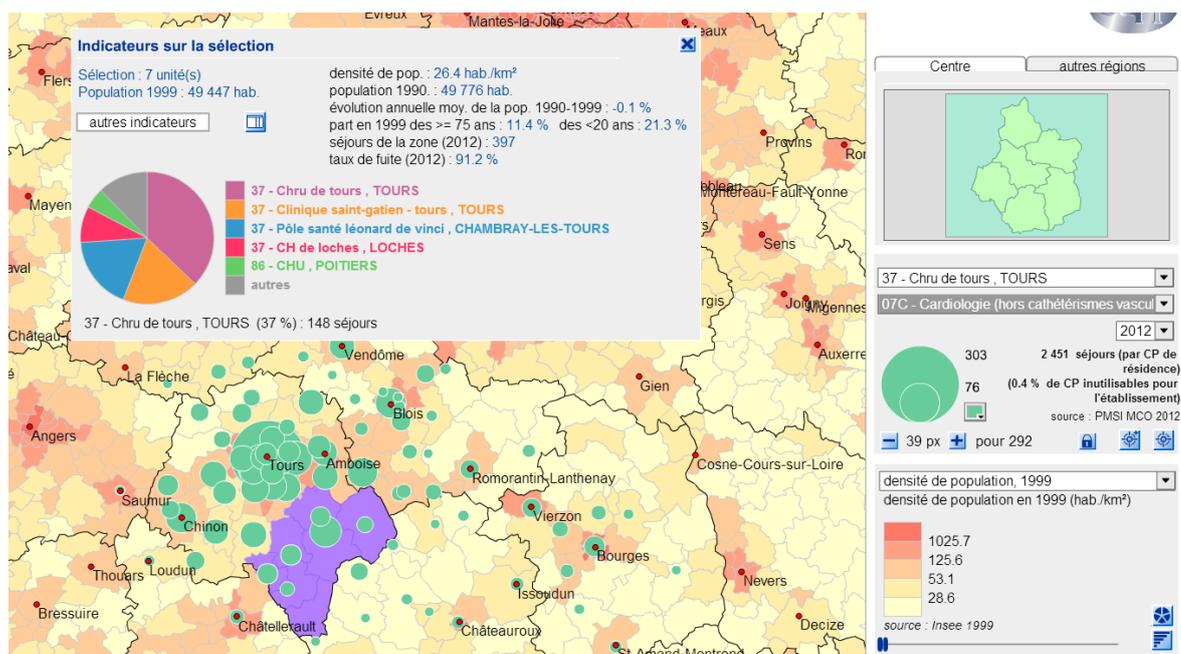
Sur la carte ci-dessus, les disques verts représentent le nombre de patients pris en charge au C.H.R.U. de Tours, en 2011, dans le domaine d'activité « chirurgie cardio-vasculaire », selon leur aire géographique de domiciliation. Le diamètre du disque est proportionnel au nombre de séjours ou journées réalisées au C.H.R.U. pour les patients domiciliés dans l'aire géographique. Le secteur du Lochois est quant à lui délimité approximativement par les 7 aires P.M.S.I. en violet. Dans l'encart central, apparaît la répartition dans les principaux établissements de santé de la région, des patients domiciliés dans le Lochois, ayant dû subir une opération chirurgicale en lien avec le

l'anonymisation des résumés avant leur transmission, avec les codes postaux voisins de telle sorte à dépasser ce seuil. Atih, *Guide d'utilisation des fonctionnalités du module de cartographie*, [En ligne] <http://www.scansante.fr/cartographie-du-pmsi-mco-hors-séances-et-erreurs>, s. d., consulté le 26 septembre 2015.

<sup>51</sup> Sur *ScanSanté*, les données de 2014 n'étaient pas encore disponibles au mois de septembre 2015.

domaine d'activité sélectionné. En 2011, 144 patients sont ainsi venus se faire opérer, dans cette spécialité, au C.H.R.U. de Tours, soit 38 % du nombre total de patients.

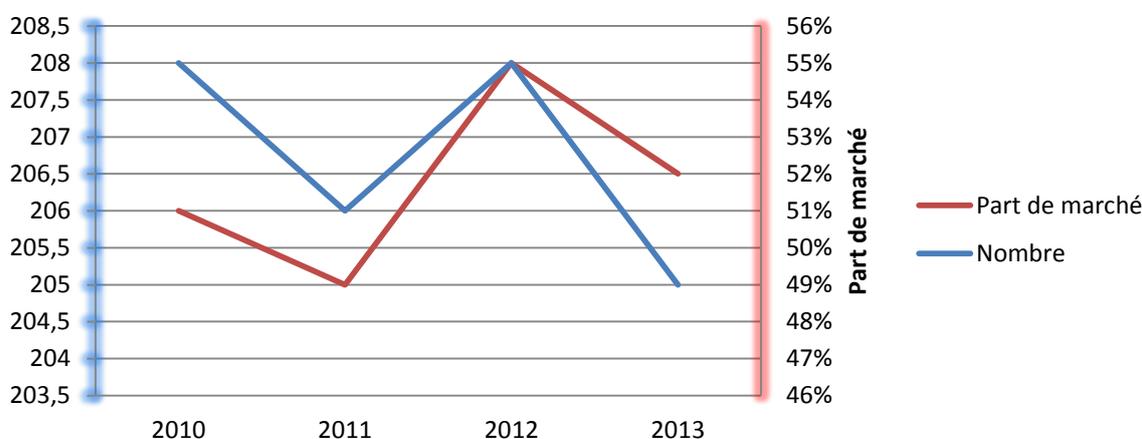
La mise en œuvre, à compter de février 2012, de la convention de mise à disposition étudiée et la réorientation du flux de patientèle en provenance du Lochois qu'elle a normalement dû induire, devrait donc s'illustrer par une hausse du recrutement au profit du C.H.R.U. de Tours, dans ce domaine d'activité, sur l'année 2012.



Or, comme cela apparaît sur la carte ci-dessous, il n'en est rien. Si 4 séjours de plus sont bien enregistrés en 2012, par rapport à 2011, ce qui est négligeable en tant que tel, la part de marché du C.H.R.U. de Tours recule, elle, d'un point, à 37 %, alors qu'en toute logique, elle aurait dû croître, notamment aux dépens des parts de marché des établissements privés de santé, vers lesquels cette activité de chirurgie artérielle du Lochois se dirigeait jusqu'en 2011.

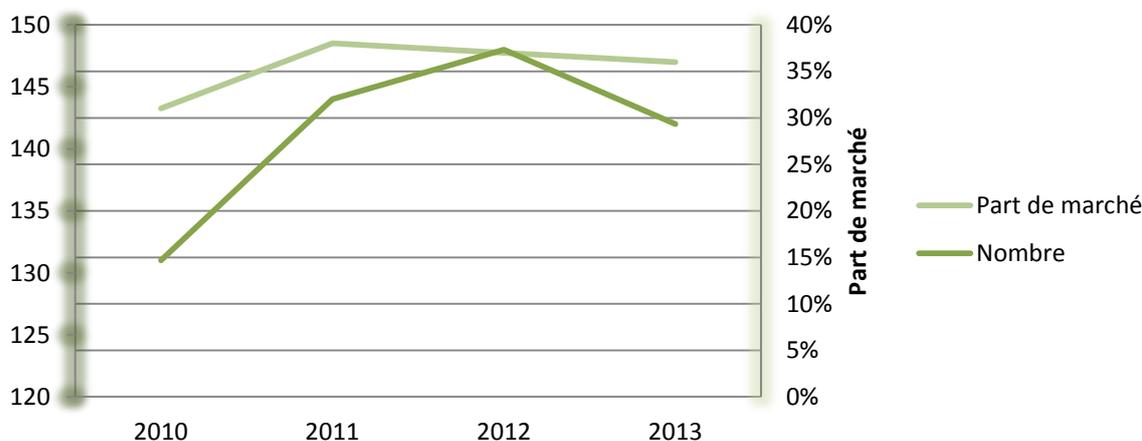
Une étude plus globale, conduite à partir des deux domaines d'activité, « cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels » et « chirurgie cardio-vasculaire », cette fois sur 4 années, soit de 2010 à 2013, n'est guère plus concluante, comme cela apparaît à la lecture des deux graphiques ci-après :

**Évolution du nombre de patients domiciliés dans le Lochois, pris en charge au C.H.R.U. de Tours, entre 2010 et 2013, dans le domaine d'activité "cathétérismes vasculaires"**



52

**Évolution du nombre de patients domiciliés dans le Lochois, pris en charge au C.H.R.U. de Tours, entre 2010 et 2013, dans le domaine d'activité "chirurgie cardio-vasculaire"**



53

À l'échelle des domaines d'activité, il n'apparaît donc pas que la mise en œuvre d'une convention de mise à disposition d'un chirurgien vasculaire du C.H.R.U. de Tours auprès du Centre hospitalier de Loches, en février 2012, a permis d'augmenter le recrutement du C.H.R.U. dans le Lochois à compter de 2012 ou de 2013, concernant cette spécialité.

<sup>52</sup> Le détail des chiffres est disponible dans un tableau, en annexe V.

<sup>53</sup> *Ibid.*

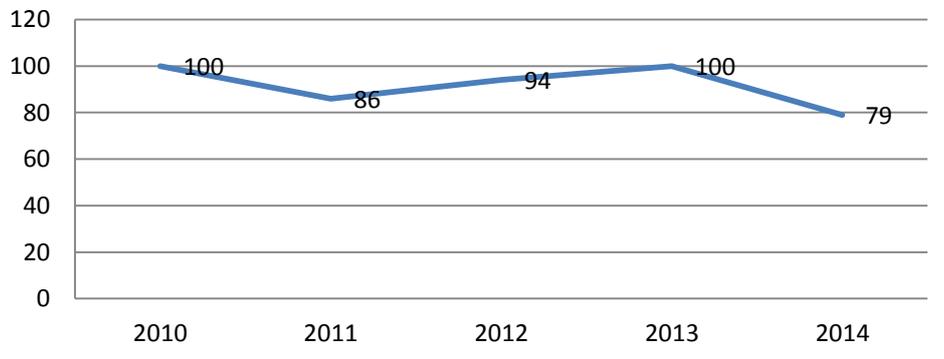
L'échelle retenue pour cette étude peut toutefois expliquer la non-matérialisation du flux de patientèle généré par la convention, à destination du C.H.R.U., dans les résultats. De nombreux autres facteurs peuvent en effet intervenir, par ailleurs, qui modifient à la hausse ou à la baisse le nombre de patients en provenance du Lochois, opérés au C.H.R.U. de Tours, dans les deux domaines d'activité que sont les cathétérismes vasculaires et la chirurgie cardio-vasculaire. Parmi ces facteurs, il faut en particulier relever l'évolution du nombre d'équivalents temps plein qui a concerné les chirurgiens vasculaires du C.H.R.U. de Tours, passé de 3,6 en 2012 à 2,8 en 2013, suite au départ d'un chef de clinique dans un autre établissement de santé. Pour réellement parvenir à matérialiser le flux généré par la convention, il faudrait donc simultanément parvenir à :

- réduire le périmètre de l'étude à la seule chirurgie vasculaire artérielle, afin notamment d'exclure les effets induits par les évolutions propres aux autres actes des domaines d'activité « cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels » et « chirurgie cardio-vasculaire » ;
- intégrer les chiffres de 2014 à l'étude, année au cours de laquelle les effectifs de chirurgiens vasculaires du C.H.R.U. se sont stabilisés par rapport à l'année précédente.

C) Recherche de l'existence du flux de patientèle généré par la convention à l'échelle des groupes homogènes de malades (G.H.M.) et des actes

Grâce à leur accès à la base P.M.S.I. du C.H.R.U. de Tours, les médecins de santé publique du SIMEES peuvent étudier les évolutions de flux de patientèle à destination de l'établissement à un niveau très fin et sur des données récentes. À partir des codes transmis par le chirurgien vasculaire mis à disposition du Centre hospitalier de Loches, il leur a donc été possible de sélectionner une liste de groupes homogènes de malades et d'observer comment évoluait, dans chacun d'eux, le nombre de patients en provenance du Lochois, d'année en année. Les résultats de cette étude sont reproduits dans le graphique ci-après.

### **Nombre de patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par G.H.M. de chirurgie vasculaire artérielle**



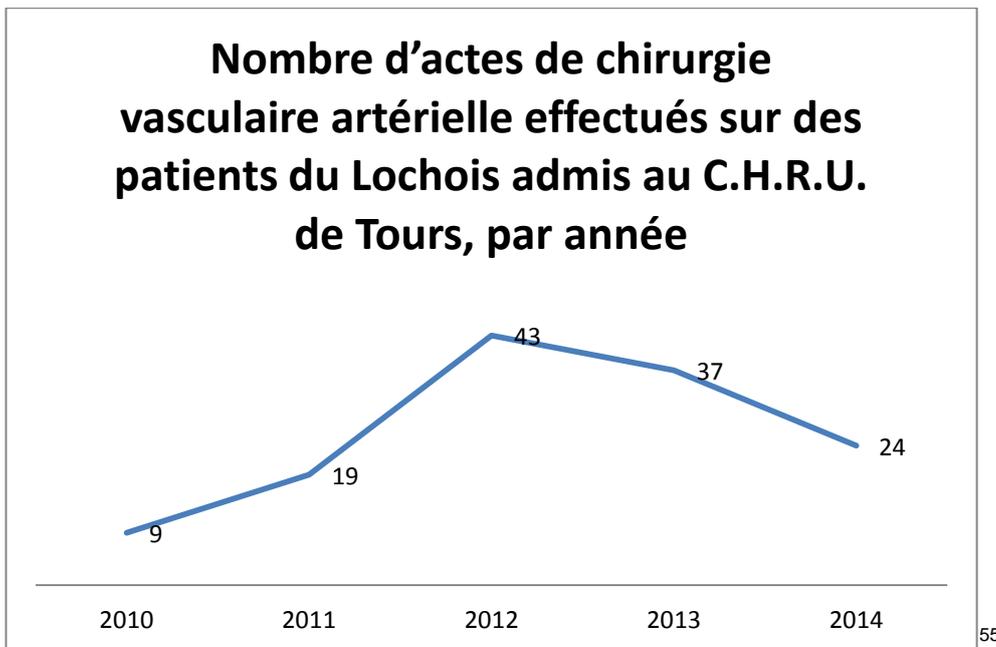
54

Cette étude ne s'avère pas non plus concluante, dans la mesure où le nombre de patients en provenance du Lochois baisse, en 2014, pour atteindre un point même inférieur à ce qu'il était avant l'entrée en vigueur de la convention. Or, aucun élément particulier n'est intervenu en 2014, qui pourrait expliquer une telle diminution puisque, notamment, les effectifs sont restés stables par rapport à 2013. Au contraire, la question du dimensionnement des effectifs pourrait même être relativisée puisque le nombre de patients du Lochois opérés en chirurgie artérielle continuait à croître en 2013.

À un niveau plus précis encore, les médecins de santé publique du SIMEES peuvent étudier les actes codés par l'ensemble des chirurgiens de l'établissement. Les résultats de l'étude conduite à partir de la liste des codes transmise par le praticien, qui retrace les actes de chirurgie vasculaire artérielle qu'il pratique au C.H.R.U. de Tours, est reproduite dans le graphique ci-après.

<sup>54</sup> Le nombre de patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par G.H.M. de chirurgie vasculaire artérielle et par année, sur lequel est construit ce graphique, est disponible en annexe VI.

### Nombre d'actes de chirurgie vasculaire artérielle effectués sur des patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par année



Cette étude ne donne pas non plus les résultats escomptés lorsqu'elle est appliquée à l'ensemble des patients domiciliés dans le Lochois qui ont subi une opération de chirurgie vasculaire artérielle au C.H.R.U.. Comme montré dans le graphique ci-avant, la hausse du recrutement escomptée à partir de 2012, parmi les patients domiciliés dans le Lochois, en chirurgie vasculaire artérielle, n'est pas observée. Au contraire, l'activité atteint un pic en 2012, avant de diminuer en 2013, mais aussi en 2014, alors que cette année-là, les effectifs de chirurgiens de la spécialité sont restés stables.

#### D) Conclusions quant à la faisabilité de l'évaluation *ex post*

Les études conduites à partir de la base P.M.S.I. ne permettent pas de faire apparaître les flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition de praticiens du C.H.R.U., à destination de celui-ci, et ce, quel que soit le niveau de précision utilisé. Cet échec peut s'expliquer de deux façons.

En premier lieu, de très nombreux facteurs influent sur le nombre total d'actes produits dans une spécialité, au sein d'un établissement. Dans cette étude, les évolutions d'effectifs ont ainsi été prises en compte mais tel n'a pas été le cas d'autres facteurs, pourtant déterminants, comme l'accès aux salles de blocs opératoires ou aux consultations préopératoires d'anesthésie. La prise en compte de l'ensemble des facteurs en question dans cette étude aurait peut-être permis de faire apparaître *in fine* le flux de patientèle en chirurgie artérielle, mais elle aurait aussi nettement complexifié la réalisation

<sup>55</sup> Le détail des chiffres est disponible dans un tableau, en annexe VII.

de cette étude, dont l'enjeu était qu'elle soit menée pour un grand nombre de conventions de mise à disposition en cours entre le C.H.R.U. de Tours et ses établissements partenaires.

La faiblesse des flux pourrait également expliquer l'échec de l'étude. À la lecture des extractions de données réalisées dans la base P.M.S.I., le nombre de patients résidant dans le Lochois et opérés au C.H.R.U. Tours, en chirurgie artérielle, se révèle réduit dans l'ensemble, puisqu'au cours des quatre années d'étude, le maximum atteint a été de 100, une population statistique faible, au sujet de laquelle il est difficile de conclure quant à ses évolutions.

## **2.3 Évaluation des flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition « *au fil de l'eau* », une solution techniquement réalisable mais peu opportune vis-à-vis du corps médical**

### **2.3.1 Une solution techniquement réalisable**

À défaut de pouvoir y parvenir de façon *ex post*, une autre solution envisageable serait d'apprécier les flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition futures, grâce à un suivi au fil de l'eau. En effet, à l'inverse des patients concernés par les flux de patientèle générés dans le passé, si difficile à distinguer dans la masse représentée par la patientèle du C.H.R.U. prise dans son entier, il est en théorie tout à fait possible de quantifier ces flux à condition que les médecins qui les génèrent acceptent de s'engager dans une démarche de suivi régulier. En effet, les médecins de santé publique du SIMEES ne disposent d'aucun outil leur permettant d'établir un lien entre l'entrée d'un patient au C.H.R.U. de Tours, par exemple, et le fait qu'il ait été vu par un praticien du C.H.R.U. en consultation, dans son centre hospitalier de proximité. Aussi, cette mission de suivi ne peut reposer que sur les seuls praticiens.

En reprenant l'exemple développé précédemment en chirurgie vasculaire, il est ainsi possible d'imaginer que le praticien relève le nombre de patients qu'il aurait vu en consultation à Loches avant adressage au C.H.R.U. de Tours, pour qu'ils y soient opérés de leur pathologie artérielle. Par convention, il s'engagerait à transmettre, de manière régulière, un relevé anonymisé à la direction des affaires médicales du C.H.R.U., relevé qui viendrait étayer l'évaluation de la convention de mise à disposition.

### 2.3.2 Une solution difficilement acceptable pour les médecins

Techniquement réalisable, cette option repose donc entièrement sur les praticiens, ce qui n'est pas sans inconvénient. Pour être fiables, les relevés de flux de patients transmis par les praticiens devront nécessairement s'accompagner des comptes-rendus de consultation ou d'opération, mais ces derniers devraient alors être anonymisés à leur tour, fastidieuse tâche que le directeur des affaires médicales peinera à justifier. En l'occurrence, ce suivi du parcours des patients adressés au C.H.R.U. n'aura de sens, s'il est assuré par les praticiens eux-mêmes, que s'il conditionne réellement l'avenir des mises à disposition. De fait, ce ne sera que très rarement le cas, car, comme vu précédemment, les mises à disposition poursuivent bien d'autres objectifs que celui d'accroître le recrutement du C.H.R.U.. Or, pour important qu'il soit, le seul objectif d'éclairer le directeur des affaires médicales sur la réalité des flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition, ne peut justifier, à lui seul, un accroissement de la charge de travail des médecins qui, de surcroît, pourrait être peu apprécié, de par sa nature. Certains praticiens pourraient en effet assimiler ce suivi à un contrôle de leur activité par l'administration. Pour ces raisons, demander aux médecins de tracer les flux de patientèle générés par leurs mises à disposition semble peu opportun.

En conclusion, l'évaluation des flux d'activité générés par les conventions de mise à disposition, prise d'une façon globale, ne s'avère pas être une solution très prometteuse. L'évaluation *ex post*, à partir des données P.M.S.I, ne s'est en effet pas révélée concluante. Certes, de nouveaux essais d'évaluation pourraient être réalisés à partir d'autres conventions. Toutefois, l'échec à identifier un flux dont l'existence était pourtant connue, dans le cas de cette convention de mise à disposition d'un chirurgien vasculaire, augure mal des résultats qui pourraient être obtenus si ces évaluations étaient menées à plus large échelle. Qui plus est, le résultat escompté des évaluations *ex post* doit être mis en balance du temps de travail nécessaire à sa production ; plus ce résultat sera difficile à atteindre, plus l'investissement en temps de travail devra être fourni. Quant à l'évaluation des flux de patients au fil de l'eau, pour les conventions à venir, le fait qu'elle ne puisse reposer que sur les médecins en rend également peu envisageable la généralisation. En conclusion, sans nier que les conventions de mise à disposition puissent générer des flux de patientèle au profit du C.H.R.U., il n'apparaît pas envisageable de faire de ces derniers la contrepartie suffisante de la moins-value représentée par la mise à disposition de ses praticiens pour l'établissement.

### **3 L'apport de modèles financiers novateurs applicables aux conventions de personnel médical dans un contexte de tarification à l'activité**

L'inconvénient majeur de l'équilibre financier actuel des conventions de mise à disposition de personnel médical est que, dans un système de tarification à l'activité, il ne prend pas en compte la perte de valeur induite par l'absence, pour partie de son temps de travail, du praticien, pour son établissement de rattachement. Financièrement, dans le dispositif actuel, la mise à disposition d'un praticien auprès d'un autre établissement n'est donc pas dans l'intérêt de l'employeur, à moins qu'elle ne soit à l'origine de l'apport conséquent d'une nouvelle activité, ce qui n'est pas démontré. Ce constat est particulièrement prégnant pour les C.H.U. qui, comme le démontre l'exemple du C.H.R.U. de Tours, mettent plus de médecins à disposition d'autres établissements que de médecins leur sont mis à disposition. Pourtant les conventions de personnel médical sont un outil important de la coopération inter-hospitalière dont elles servent de nombreux objectifs. Partant, intéresser les établissements employeurs à la valeur produite dans le cadre des mises à disposition de leurs praticiens pourrait être une option intéressante en vue de limiter l'impact négatif qu'ont ces conventions sur leur compte de résultat. *In fine*, logique d'efficience et soutien à la coopération inter-hospitalière seraient ainsi mieux conciliés.

D'autres modèles financiers que le modèle de remboursement du temps médical, peuvent être envisagés pour équilibrer les conventions de mise à disposition de personnel médical, sur le plan économique (3.1). À l'issue d'essais comparés à des conventions de mise à disposition en cours, le modèle du forfait, en particulier, s'avère être une alternative intéressante, qui pourrait être adaptée à certaines conventions (3.2). Partant, les modalités d'un déploiement de ce modèle, qui prendrait en compte l'état des ressources disponibles au C.H.R.U. de Tours pour ce faire, sont donc envisagées (3.3.).

### 3.1 D'autres modèles financiers envisageables

#### 3.1.1 Les modèles de partage de la valeur ajoutée, des modèles financièrement aboutis mais excessivement complexes à mettre en œuvre

##### A) Des modèles financièrement très aboutis

Les modèles de partage de la valeur ajoutée ont été conceptualisés et mis en œuvre dans le cadre de coopérations menées par le C.H.R.U. de Lille. Le 2 mars 2009, la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) des « *hôpitaux du service public du sud de la métropole lilloise* » (H.P.S.M.) est ainsi entérinée entre le C.H.R.U. de Lille et le centre hospitalier de Seclin. Son objectif est de réorganiser l'offre chirurgicale publique du sud de Lille en utilisant au mieux les ressources des deux parties : de la ressource médicale disponible pour le C.H.U. et un plateau technique neuf, mais sous-occupé, pour le centre hospitalier de Seclin. Concrètement, des chirurgiens lillois sont donc mis à disposition du centre hospitalier de Seclin, une partie de leur temps de travail, pour y exercer leur art en chirurgie plastique, maxillo-faciale, urologique, orthopédique et stomatologie. Le résultat attendu de cette coopération est un renforcement de la filière de patients entre les deux établissements qui permettent à la fois de maintenir une offre de proximité dans le sud de la métropole et d'accroître le recrutement du C.H.U. en chirurgie de recours. Cependant il était souhaité que le partenariat soit équitablement profitable aux deux établissements, afin, selon les promoteurs du projet, de sortir du « *dilemme de la coopération* »<sup>56</sup> instauré par la T.2.A. ; il a donc été décidé que le gain généré par cette activité serait partagé entre les parties prenantes.

C'est essentiellement pour cette raison qu'un G.C.S. a été constitué entre les deux établissements. Partager les gains induits par la coopération nécessitait en effet de précisément les identifier, ce qui impliquait que le total des recettes soit défalqué des coûts supportés séparément par chacun des établissements du fait de la coopération. Ces coûts devaient donc également être identifiés puis une partie d'entre eux transférés dans le montage. Autrement dit, il convenait de bâtir un état des prévisions de recettes et de dépenses (E.P.R.D.) spécifique à cette coopération, ce que permettait un G.C.S..

Le présupposé qui a été retenu pour l'élaboration de cet équilibre financier novateur était que le plateau technique du centre hospitalier de Seclin préexistait à cette coopération. Le G.C.S. ne devait donc, par conséquent, pas assumer les coûts fixes liés à ces installations. Seuls les coûts supplémentaires induits par l'activité nouvelle générée

---

<sup>56</sup> CHAUCHAT (A.), « La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique », *Gestions hospitalières* n° 523, février 2013.

par ce partenariat devaient être transférés au G.C.S. ; le modèle financier retenu pour équilibrer cette coopération a donc été un modèle de coût marginal.

Afin d'en illustrer le fonctionnement concret et d'en comparer l'efficacité avec les autres modèles, il est proposé de reprendre l'exemple développé *supra*<sup>57</sup>.

Il est postulé que les coûts marginaux liés cette coopération pour l'établissement B seront de 160 000 €<sup>58</sup>. Ils correspondent aux frais de personnels non-médicaux acquittés pour permettre cette nouvelle activité ou encore aux dépenses de fluides et de consommables liés à chaque opération. L'établissement A ne supporte pas de coût marginal car ses chirurgiens auraient été rémunérés d'un même montant, même en l'absence de la coopération<sup>59</sup>. Partant, l'équilibre financier est le suivant :

Équilibre financier induit par le modèle de partage de la valeur ajoutée, en coût marginal, entre les deux établissements			
Coûts marginaux de A	0	160 000	Coûts marginaux de B
Total des coûts marginaux	160 000		Total des coûts marginaux
Recettes marginales (T.2.A.)	400 000		Recettes marginales (T.2.A.)
Gains marginaux nets du G.C.S.	240 000		Gains marginaux nets du G.C.S.
Gains marginaux de A	<b>120 000</b>	<b>120 000</b>	Gains marginaux de B

À première vue, ce modèle apparaît donc plus équitable que le modèle qui prévaut actuellement au C.H.R.U. de Tours et qui est celui de la facturation du temps médical, puisque dans l'exemple retenu, l'établissement A enregistre désormais une nette hausse de son gain marginal, qui passe de 20 000 à 110 000 € par an, à égalité avec l'établissement B. Cette impression d'équité est pourtant trompeuse.

Ce modèle se révèle en effet plus profitable à l'établissement A, qu'à l'établissement B. En effet, dans un dispositif financier qui comporte une répartition équitable du gain réalisé entre les parties, un établissement maximise son profit dès lors qu'il parvient à lui transférer un maximum de ses coûts car ceux-ci sont désormais supportés collectivement. Or, le coût global induit par un plateau technique est bien plus élevés que celui induit par du personnel médical. Un modèle marginaliste qui, par

<sup>57</sup> Cf. sous-partie 1.3.1.

<sup>58</sup> Cette évaluation, approximative, a été calculée comme suit : le bloc coûte 1 600 000 € par an à B. Le postulat est que 50 % de ces coûts sont variables. À raison d'une journée par semaine de cinq jours, les coûts variables induits par la coopération sont donc de : 1 600 000 € \* 50 % / 5 = 160 000 €. En fait, ces coûts seraient probablement supérieurs, ne serait-ce que parce que le coût total du bloc est calculé *ex ante* la coopération et n'intègre donc pas les coûts marginaux dont celle-ci est à l'origine. La prise en charge d'un patient supplémentaire n'entraînant pas de changement de structure, les coûts fixes demeurent constants. En conséquence, les coûts variables sont égaux aux coûts marginaux.

<sup>59</sup> *Supra*.

définition, ne prend en charge qu'une partie des coûts, favorise donc l'établissement qui apporte la ressource médicale par rapport à celui qui met à disposition son plateau technique. Cet avantage apparaît très nettement dès lors que le modèle en coût marginal est comparé à un modèle en coût complet.

Pour pouvoir procéder à cette comparaison, il est tout d'abord nécessaire de réaliser un bilan en coût complet, à l'issue de cette coopération dont le modèle financier est en coût marginal, autrement dit de réintégrer les coûts fixes, mais de façon *ex post*. Pour ce faire, les coûts fixes enregistrés par chaque établissement et qui s'attachent à cette coopération sont soustraits des gains marginaux après leurs distribution.

Bilan en coût complet du modèle financier de partage de la valeur ajoutée, en coût marginal			
Gains marginaux de A (1)	120 000	120 000	Gains marginaux de B (2)
Coûts fixes de A (3)	20 000	160 000	Coûts fixes de B (4)
<b>Gains nets de A (1-3)</b>	<b>100 000</b>	<b>-40 000</b>	<b>Gains nets de B (2-4)</b>

À l'issue de ce bilan en coût complet, l'établissement B apparaît clairement déficitaire, ce qui ne diminue pourtant en rien son intérêt à participer à cette coopération. En effet, les coûts fixes seraient exactement les mêmes si le bloc opératoire restait vide un jour par semaine. En l'absence de ce supplément de recette, le compte de résultat du bloc opératoire serait encore plus dégradé. C'est l'intérêt de l'analyse marginaliste que de montrer l'avantage à coopérer pour l'établissement B. Néanmoins, au terme de ce bilan, un net écart apparaît désormais dans les gains enregistrés par chacun des établissements.

Une autre option de financement est cependant envisageable pour cette coopération. Elle consiste à transférer l'ensemble des coûts qu'elle induit, directement au G.C.S.. Dans ce modèle, dit, « en coût complet », et avec le même exemple, l'équilibre financier est désormais le suivant :

Équilibre financier induit par le modèle de partage de la valeur ajoutée, en coût complet, entre les deux établissements			
Coûts complets de A (1)	20 000	320 000	Coûts complets de B (2)
Total des coûts (1+2)=(3)	340 000		Total des coûts (1+2)=(3)
Recettes T.2.A. (4)	400 000		Recettes T.2.A. (4)
Gains nets du G.C.S. (4-3)	60 000		Gains nets du G.C.S. (4-3)
Gains de A	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	Gains de B

Ce modèle est donc clairement plus favorable à l'établissement B, puisque un cinquième du coût total de son bloc opératoire est désormais supporté par le G.C.S., alors

qu'il en assumait seul la charge auparavant. Pourtant c'est ce que l'établissement A pourrait contester dans la mesure où les coûts fixes liés au bloc préexistaient à la coopération.

En définitive, les modèles de partage de la valeur ajoutée, théoriquement parfaitement équitables sur le plan financier, doivent en fait être corrigés pour atteindre un point d'équité, dans le cadre de la mise à disposition d'un chirurgien auprès d'un autre établissement. La clef de répartition des gains pourrait être l'outil de cette correction. Ainsi, dans un modèle au coût marginal, cette clef pourrait être plus favorable à l'établissement qui apporte son plateau technique, selon un ratio 60%-40%, par exemple. L'inverse est également envisageable.

L'utilisation du modèle au coût marginal soulève cependant d'autres problèmes. D'un point de vue économique, les coûts marginaux présentent une importante volatilité et tendent rapidement à se confondre avec les coûts fixes<sup>60</sup>. Par exemple, les heures supplémentaires octroyées au personnel non-médical, pour permettre la réalisation de l'activité chirurgicale prévue par la coopération, seraient certes à classer dans les coûts marginaux mais, en revanche, le passage d'un temps partiel à temps plein, dans le service des ressources humaines, en prévision de la gestion de ces heures supplémentaires, serait, elle, à classer dans les coûts fixes. D'un point de vue juridique, les normes comptables applicables au G.C.S. imposent de prendre en compte l'ensemble des charges et des dépenses, ce qui est en contradiction avec le modèle au coût marginal<sup>61</sup>.

En définitive, seul un modèle en coût complet est envisageable pour permettre la mise à disposition d'un chirurgien auprès d'un autre établissement selon un équilibre financier basé sur le partage de la valeur ajoutée.

B) Un modèle inapplicable au C.H.R.U. de Tours de par sa trop grande complexité

Les modèles de partage de la valeur ajoutée sont excessivement complexes pour être utilisés dans les conventions de mise à disposition du personnel médical du C.H.R.U. de Tours.

---

<sup>60</sup> PAUL (E.), *Appréhension économique des coopérations hospitalières*, 2014, Mémoire de l'EHESP, p. 35.

<sup>61</sup> PAUL (E.), *Ibid.*, p. 34

Cette complexité s'illustre en premier lieu dans le recueil de l'information. Pour parvenir à un équilibre financier équitable à l'issue d'une convention de mise à disposition, il est en effet nécessaire de réaliser à la fois une projection en coût complet et une projection en coût marginal, afin de déterminer d'une part l'intérêt à agir des établissements et d'autre part, la clef de répartition des gains qui sera acceptable pour les deux parties<sup>62</sup>. Or, l'identification des coûts marginaux s'avère délicate et ce, d'autant plus pour les établissements de tailles modestes, qui ne disposent pas des moyens de suivi de l'activité en œuvre dans les C.H.U.<sup>63</sup>. Ainsi, si le C.H.R.U. de Tours est capable de déterminer, avec précision, les coûts fixes et les coûts variables liés à son heure de bloc opératoire armé, il n'en est pas de même pour tous les établissements avec lesquels le C.H.R.U. partage des conventions de personnel médical<sup>64</sup>.

Leur grande complexité rend également ces modèles très consommateurs en temps de travail et, *in fine*, intrinsèquement coûteux. Aux heures nécessaires pour le recueil d'informations dans les deux établissements quant aux coûts, s'ajoutent celles requises pour mettre en place le G.C.S. de moyens, une structure qui implique entre autres qu'une convention constitutive soit rédigée et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé<sup>65</sup>, qu'un administrateur soit désigné<sup>66</sup>, qu'un comptable public soit demandé au ministère des Finances et des Comptes publics<sup>67</sup> ou encore qu'un logiciel de comptabilité spécifique soit acquis et déployé<sup>68</sup>. De même, la question de l'inscription des gains réalisés dans le cadre des G.C.S. aux comptes de résultat des établissements membres reste entière. Légalement, les G.C.S. poursuivent en effet un but non lucratif<sup>69</sup>, disposition qui n'a cependant pas empêché que le G.C.S. H.P.S.M. créé entre le C.H.R.U. de Lille et centre hospitalier de Seclin d'être approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé du Nord – Pas-de-Calais<sup>70</sup>.

---

<sup>62</sup> *Supra*.

<sup>63</sup> PAUL (E.), *Ibid.*, p. 35.

<sup>64</sup> Entretien au contrôle de gestion, le 30 septembre 2015.

<sup>65</sup> Article L6133-3, alinéa 1, du Code de santé publique.

<sup>66</sup> Article L6133-4, alinéa 4, du Code de santé publique.

<sup>67</sup> En effet, d'après la lettre de l'article L6133-3 I, alinéa 3, du Code de santé publique, « le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public ». Or, « lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable », selon l'article L6133-5, alinéa 1, du Code de santé publique.

<sup>68</sup> Pour les G.C.S. publics de moyens, la norme comptable applicable n'est pas la M21, mais la M9-5, qui requiert que « les ordonnateurs et les comptables publics [...] se procurent sur le marché privé des applicatifs informatiques utilisant la M9-5 », d'après une fiche technique conjointe de la Direction générale de l'offre de soins et de la Direction générale des finances publiques, *Fiche technique n° 5 – Les règles budgétaires et comptables du GCS. À jour réglementation 9/2011*, p. 4.

<sup>69</sup> Article L6133-1, alinéa 5 du Code de santé publique.

<sup>70</sup> CHAUCHAT, (A.), *La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public*, 2009, Mémoire de l'EHESP, p. 32.

Un dispositif conventionnel est une alternative intéressante. Il pourrait notamment éviter nombre de ces écueils juridiques mais il est d'un maniement difficile, en termes financiers, car, en l'absence d'une structure commune pouvant intégrer les coûts et gérer le partage de la valeur ajoutée, il sera nécessaire de tenir des comptabilités séparées, propres à cette coopération, dans les deux établissements parties, puis de les rapprocher en fin d'exercice. D'inévitables écarts ne manqueront alors pas d'apparaître, notamment quant à l'appréciation des coûts, qu'il faudra alors rapprocher, une nouvelle fois au prix d'un important temps de travail.

En conclusion, les modèles de partage de la valeur ajoutée ne paraissent donc pas être une solution adaptée à la situation rencontrée au C.H.R.U. de Tours. Les coûts de transaction<sup>71</sup> liés à leur mise en place, très élevés, ne peuvent en effet se justifier que si le gain attendu en retour est conséquent. C'était le cas pour le C.H.R.U. de Lille concernant la mise à disposition de ses praticiens au centre hospitalier de Seclin, alors que cette coopération concernait un grand nombre de spécialités et, par conséquent, une quantité non-négligeable de demi-journées de personnel médical. Au C.H.R.U. de Tours, les conventions de mise à disposition, bien que représentant un volume important dans l'ensemble, sont éclatées entre un grand nombre d'établissement partenaires, une situation que la mise en place prochaine du groupement hospitalier de territoire d'Indre-et-Loire ne devrait pas modifier. Or, aucun de ces partenariats n'a une taille critique suffisante pour justifier la mise en place d'un modèle de partage de la valeur ajoutée.

### **3.1.2 Le modèle de la location de plateau technique**

A) Un modèle alliant équité économique et simplicité d'utilisation

Ce modèle a été conceptualisé au C.H.U. de Reims, par M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz<sup>72</sup>. Il part du constat que le modèle de partage de valeur ajoutée en coût marginal est exagérément favorable à l'établissement qui apporte la ressource médicale et que son équivalent en coût complet dispense inopportunément l'établissement qui fournit son

---

<sup>71</sup> Les coûts de transaction sont une notion d'économie. Ils regroupent l'ensemble des coûts liés à un échange économique : les coûts de recherche et d'information, les coûts de négociation et de décision et les coûts de surveillance et d'exécution. DAHLMAN (C. J.) « The Problem of Externality », *The Journal of Law and Economics*, vol. 22 n° 1, avril 1979, p. 148.

<sup>72</sup> GALY (M.), GROSEIL (S.) et LYANNAZ (A.), « Coopérations hospitalières : Essai d'une modélisation médico-économiques », *Finances hospitalières*, 2013, 5 p..

plateau technique de réaliser des gains d'efficacité dans l'utilisation de celui-ci, puisque les charges qu'il génère sont désormais partagées<sup>73</sup>.

En conséquence, il est proposé un modèle qui se veut à la fois intermédiaire et innovant dans lequel le plateau technique de l'établissement recevant les médecins mis à disposition serait loué à l'établissement de rattachement des praticiens, qui, lui, se verrait attribuer les recettes T.2.A. générées par cette activité, en quelque sorte « délocalisée »<sup>74</sup>. Néanmoins, le loyer ne serait pas calculé à partir des coûts constatés mais à partir de coûts optimisés, issus de la base d'Angers, des référentiels de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ou même des coûts constatés dans l'établissement employeur des médecins.

Afin d'en illustrer le fonctionnement concret et d'en comparer l'efficacité avec les autres modèles, il est proposé de reprendre l'exemple développé *supra*. Il est postulé que le loyer versé à l'établissement B par l'établissement A est fixé à 330 000 € par an. Analyser en coût complet, ce modèle donne le résultat suivant :

Équilibre financier induit par le modèle de la location de plateau technique entre les deux établissements			
- Analyse en coût complet			
Location de la salle de bloc de B	330 000	320 000	Coûts complets imputables à l'utilisation du bloc par le praticien de l'établissement A
Rémunération du chirurgien	20 000		
<b>Total des coûts de A</b>	<b>350 000</b>	<b>320 000</b>	<b>Total des coûts de B</b>
Recettes de A (T.2.A.)	400 000	330 000	Recettes de B (loyer du bloc opératoire)
<b>Gains nets de A</b>	<b>50 000</b>	<b>10 000</b>	<b>Gains nets de B</b>

Ce modèle apparaît d'emblée plus équitable par rapport au modèle de partage de la valeur ajoutée en coût complet car un cinquième des charges fixes du plateau technique de B ne repose plus sur la coopération, ce qui pénalisait injustement l'établissement A<sup>75</sup>, dont le gain net est sensiblement plus élevé dans cette configuration. Parallèlement, l'établissement B enregistre une nette hausse de son gain par rapport au modèle de partage de la valeur ajoutée en coût marginal, ce que révèle une analyse en coût marginal de ce modèle-ci :

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Supra.*

Équilibre financier induit par le modèle de la location de plateau technique entre les deux établissements			
- Analyse en coût marginal			
Location de la salle de bloc de B	330 000	160 000	Coûts marginaux imputables à l'utilisation du bloc par le praticien de l'établissement A
Rémunération du chirurgien	20 000		
Total des coûts marginaux de A	350 000	160 000	Total des coûts marginaux de B
Recettes marginales de A (T.2.A.)	400 000	330 000	Recettes marginales de B (loyer)
<b>Gains nets marginaux de A</b>	<b>50 000</b>	<b>170 000</b>	<b>Gains nets marginaux de B</b>

Ainsi, pour ses concepteurs, ce modèle présente le double avantage de rétablir l'équité économique entre les deux établissements et d'inciter à une recherche d'efficacité dans l'établissement où l'activité est réalisée, dans la mesure où les gains de ce dernier sont maximisés dès lors que les coûts constatés d'utilisation de son plateau technique sont inférieurs au montant du loyer touché. Enfin, si l'activité opératoire devait requérir une hospitalisation, un pourcentage des recettes pourrait être reversé à l'établissement fournissant le plateau technique, complètent les concepteurs<sup>76</sup>.

Parmi les autres avantages de ce modèle, il faut également relever sa simplicité d'utilisation. Contrairement au modèle de partage de la valeur ajoutée, ce modèle ne requiert pas un recensement précis et exhaustif des coûts ; tout juste est-il nécessaire de les estimer. Ainsi, le loyer proposé pour l'utilisation du plateau technique ne doit pas être égal à son coût marginal d'utilisation, donnée difficile à déterminer, il doit simplement lui être supérieur. La tolérance envers l'approximation qu'autorise ce modèle est un net avantage en sa faveur parce qu'elle réduit largement le temps de travail nécessaire à sa mise en œuvre dans les conventions. Autrement dit, ce modèle présente des coûts de transaction beaucoup moins élevés que le modèle précédent.

B) Un modèle d'une grande facilité de déploiement mais à l'acceptabilité par les établissements partenaires du C.H.R.U. très incertaine

En définitive, la mise en place de ce modèle financier dans les conventions de mise à disposition des médecins du C.H.R.U. ne semble pas poser de difficultés techniques apparentes. En revanche, son acceptabilité par les établissements partenaires est davantage soumise à caution, en particulier au sein du territoire de santé, futur cadre du groupement hospitalier de territoire. Dans les établissements concernés, le transfert des recettes au C.H.R.U. induit par les conventions pourrait largement être vécu comme

<sup>76</sup> GALY (M.), GROSEIL (S.) et LYANNAZ (A.), *op. cit.*, p. 4.

une perte d'indépendance, la preuve qu'une annexion rampante des petits établissements par les grands est à l'œuvre.

Le second problème posé par ce modèle est le transfert complet du risque économique sur le C.H.R.U.. Que l'activité soit réalisée ou pas par le praticien, le loyer sera en effet dû. Certes, une partie des facteurs de risque pourrait être anticipée et les conséquences négatives de ceux-ci partagées. Par exemple, des clauses pourraient prévoir une diminution du loyer dû au prorata de l'absence du praticien si cette dernière s'explique par un congé longue durée ou longue maladie. Néanmoins, avec ce modèle, la réalisation de l'activité sera *in fine* de la responsabilité du praticien et de son employeur, le centre hospitalier apportant le plateau technique ne devenant finalement qu'un simple prestataire. En conséquence, pour le C.H.R.U., ce modèle revient à faire le pari de réussir une activité sans en maîtriser la totalité des facteurs de production.

### 3.1.3 Le modèle du forfait

A) Un modèle inspiré des modèles de facturation à l'acte, voulu équitable et simple d'usage

Ce modèle s'inspire librement des modèles de facturation à l'acte. Dans un rapport rendu par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2012<sup>77</sup>, les auteurs proposaient ainsi d'enrichir le modèle de remboursement du temps médical d'une part d'intéressement égale à 10 % sur la valeur des actes de la Classification commune des actes médicaux (C.C.A.M.) réalisés par les praticiens lors de leur mise à disposition. Dans un autre modèle proposé par M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, la part de remboursement du temps médical disparaît au profit de la seule facturation de l'acte à l'unité et son périmètre est circonscrit uniquement aux activités de coopération impliquant du temps médical mais ne nécessitant pas le déplacement des praticiens ou alors seulement pour des consultations<sup>78</sup>.

Ces modèles ont l'avantage de restaurer partiellement l'équilibre économique de la mise à disposition du praticien dans un contexte de T.2.A., tant vis-à-vis des gains que vis-à-vis du risque, entre les établissements. Ainsi, si l'acte n'est pas effectué, pour une raison ou une autre, les deux parties enregistrent toutes deux une moindre recette. En second lieu, si le modèle proposé dans le rapport de l'IGAS a pour inconvénient de

---

<sup>77</sup> IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, cité par PAUL (E.), *op. cit.*, p. 35.

<sup>78</sup> GALY (M.), GROSEIL (S.) et LYANNAZ (A.), *op. cit.*, p. 4.

conserver, comme socle, le modèle de remboursement du temps médical et ses défauts, celui de M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, en revanche, s'en affranchit, ce qui lui confère une grande simplicité d'utilisation. Néanmoins, ces deux modèles ont pour désavantage de ne pas distinguer les conventions selon leur équilibre économique propre ; 10 % de la valeur des actes, par exemple, pouvant se révéler tout à la fois peu et beaucoup, selon le type d'acte effectué.

Partant, il est proposé un nouveau modèle qui reprendrait le concept du modèle de facturation à l'acte, mais en l'enrichissant des dispositifs d'estimation de coûts complets et marginaux développés notamment pour le modèle de la location de plateau technique. L'idée serait ainsi non plus de facturer indifféremment selon les tarifs prévus dans la C.C.A.M., mais de calculer un forfait spécifique à chaque mise à disposition, afin d'approcher le meilleur équilibre économique possible. Concrètement, ce forfait pourrait intégrer simultanément le coût du temps médical prévu par la mise à disposition et les frais afférents aux déplacements du praticien, la moins-value liée à l'absence de ce dernier pour le C.H.R.U. et un intéressement de celui-ci sur la valeur produite par son praticien dans l'établissement d'accueil. Selon les cas, le forfait pourrait être à l'acte ou à la demi-journée, si l'activité du praticien devait être très variée. Il pourrait se présenter sous la forme d'une somme ou d'un coefficient majorateur, applicable à la grille des tarifs C.C.A.M..

Afin d'illustrer le fonctionnement concret de ce modèle et d'en comparer l'efficacité avec les autres, il est proposé de reprendre l'exemple développé *supra*. Après analyse des coûts de l'opération, un forfait à 250 € par acte est arrêté. Analyser en coût complet, ce modèle donne le résultat suivant :

Équilibre financier induit par le modèle du forfait entre les deux établissements			
- Analyse en coût complet			
		320 000	Coûts complets imputables à l'utilisation du bloc par le praticien de l'établissement A
Rémunération du chirurgien	20 000	50 000	Paiement du forfait : 200 actes*250 €
Total des coûts de A	20 000	370 000	Total des coûts de B
Recettes liés au forfait	50 000	400 000	Recettes de B (T.2.A.)
<b>Gains nets de A</b>	<b>30 000</b>	<b>30 000</b>	<b>Gains nets de B</b>

Le même exemple, analysé en coût marginal, donne le résultat suivant :

Équilibre financier induit par le modèle du forfait entre les deux établissements			
Analyse en coût marginal			
		160 000	Coûts marginaux imputables à l'utilisation du bloc par le praticien de l'établissement A
Rémunération du chirurgien	20 000	50 000	Paiement du forfait : 200 actes*250 €
Total des coûts marginaux de A	20 000	210 000	Total des coûts marginaux de B
Recettes marginales de A (forfaits)	50 000	400 000	Recettes marginales de B (T.2.A.)
<b>Gains nets marginales de A</b>	<b>30 000</b>	<b>190 000</b>	<b>Gains nets marginales de B</b>

L'intérêt à agir des deux établissements est donc clairement démontré par l'analyse en coût marginal.

B) Avantages et inconvénients du déploiement d'un tel modèle dans les conventions de mise à disposition recensées au C.H.R.U. de Tours

Ce modèle présenterait plusieurs avantages. Il permettrait en premier lieu « d'approcher » le point d'équité économique entre l'établissement de rattachement du praticien et l'établissement dans lequel ce dernier est mis à disposition. En effet, le forfait serait calculé de façon à ce que la valeur produite par le praticien soit distribuée avec un degré appréciable d'équité. Il y aurait également égalité devant le risque économique : si pour une raison indépendante de la volonté des parties, tel qu'un défaut de recrutement, l'activité devait ne pas être réalisée, les deux établissements enregistreraient une moindre recette dans des proportions identiques. Cependant ce modèle permet aussi d'intégrer d'autres considérations telles que celles relatives à la place qu'occupe la convention dans la stratégie de coopération inter-hospitalière territoriale de l'établissement employeur car le montant final du forfait reste à la discrétion des deux directeurs d'établissements. Ainsi, ces dernières pourraient par exemple s'entendre pour que le forfait soit d'un montant relativement « modéré » afin que la majeure partie de la valeur créée profite à l'établissement d'accueil du médecin. Des variantes, tels que des seuils de dégressivité, pourrait également être négociées, afin d'encourager l'établissement d'accueil du praticien à développer l'activité. Par exemple, dans l'exemple précédent, le forfait pourrait passer à 200 € au-delà du 250<sup>ème</sup> acte effectué.

En second lieu, ce modèle serait d'une grande simplicité. La mise en œuvre d'une nouvelle convention demanderait certes un travail d'appréciation économique, qui n'existe actuellement pas sous l'empire du système de remboursement de temps médical, mais ce modèle devrait néanmoins se révéler plus aisé à l'usage, particulièrement dans les relations entre établissements. Il suffirait en effet, au terme de l'exercice, de recenser les

actes effectués par le praticien dans le cadre de sa mise à disposition puis d'en multiplier les tarifs par le coefficient forfaitaire négocié entre les deux établissements, lors de la signature de la convention. Cette dernière serait également d'une rédaction simplifiée, puisqu'elle ne comprendrait plus que les stipulations propres au forfait ; celles relatives au remboursement du temps médical et ses considérations accessoires, comme le compte épargne temps ou les règles applicables en cas d'absence du praticien, n'ayant plus lieu d'y figurer. De fait, la mise en œuvre de ce modèle reviendrait à internaliser à l'établissement employeur la gestion de plusieurs sujets, comme celui du remboursement des frais de transport, qui sont actuellement au cœur de la relation conventionnelle entre les parties. En définitive, ce modèle pourrait donc permettre de réduire sensiblement les coûts de transaction induits par les mises à disposition de praticien entre établissements.

Ce modèle présente cependant deux inconvénients majeurs. Le premier est qu'il implique un travail d'appréciation économique préalable, qui n'existe pas sous l'empire du modèle du remboursement du temps médical. Le second est qu'il repose sur une transmission exhaustive des chiffres de l'activité produite dans le cadre de la mise à disposition par l'établissement d'accueil à l'établissement employeur, ce qui implique un bon degré de confiance entre partenaires. Néanmoins celle-ci n'a jamais semblé faire défaut entre le C.H.R.U. de Tours et les établissements avec lesquels des coopérations ont pu être mises en œuvre.

### **3.2 Essais comparés du modèle du forfait et du modèle actuel à des conventions de mise à disposition en cours**

Les deux exemples donnés ci-après sont issus de conventions de mise à disposition en vigueur au C.H.R.U. de Tours. Les chiffres ont été arrondis mais sont fidèles à la réalité.

#### **3.2.1 Mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. dans le cadre de consultations externes**

Un radiologue du C.H.R.U. de Tours est mis à disposition d'un établissement partenaire pour y effectuer une vingtaine de consultations, dont les trois-quarts s'accompagnent d'une échographie articulaire, une journée toutes les deux semaines, soit 10 % de son temps de travail. D'après les chiffres de la direction des affaires médicales, le coût de sa rémunération annuelle est d'environ 85 000 € pour le C.H.R.U. Cette activité

requiert également la présence d'un manipulateur en électroradiologie médicale et d'un assistant médico-administratif (AMA) à due concurrence du temps du praticien, soit 10 % de leur temps. Le coût annuel de leur rémunération est respectivement égal à environ 52 000 et 48 000 € par an pour un établissement de santé<sup>79</sup>. Le tarif de la consultation d'un spécialiste dans un établissement de santé est de 23 € et le tarif de cet acte d'échographie est de 37,8 €, selon la classification commune des actes médicaux (C.C.A.M.). Tout acte réalisé lors d'une consultation est facturé à la caisse d'assurance maladie pivot de l'établissement en lieu et place de la consultation. La mise à disposition du médecin ne conduit à aucune perte d'activité pour le C.H.R.U. car le temps d'absence du radiologue est intégralement compensé par la mise à disposition de l'un de ses confrères par un autre établissement auprès du C.H.R.U..

Il n'est pas possible de connaître les coûts complets supportés par l'établissement partenaire dans le cadre de cette mise à disposition. Toutefois, les coûts marginaux peuvent être approchés en additionnant les coûts de temps de présence du radiologue, de l'AMA et du manipulateur en électroradiologie médicale, liés à la mise à disposition. Les coûts marginaux autres, tels que les consommables ou les fluides liés à la consultation et éventuellement à l'acte d'échographie, peuvent être considérés comme négligeables. Le calcul du total des coûts marginaux est reproduit dans le tableau suivant.

Coûts marginaux supportés par l'établissement partenaire dans le cadre de la mise à disposition	
10 % du coût total de la rémunération du radiologue	8 500 €
10 % du coût total de la rémunération d'un manipulateur radio	5 200 €
10 % du coût total de la rémunération d'un AMA	4 800 €
<b>Total des coûts marginaux</b>	<b>18 500 €</b>

Ces coûts sont à rapprocher des recettes marginales générées dans le cadre de cette mise à disposition. À partir des éléments cités précédemment, le calcul du total des recettes marginales est reproduit dans le tableau suivant.

Recettes marginales de l'établissement partenaire	
Recettes liées aux consultations s'accompagnant d'un acte d'échographie/jour (15 actes à 37,8 €)	567 €
Recettes liées aux consultations sans acte d'échographie/jour (5 consultations à 23 €)	115 €
Nombre de journées en mise à disposition (en prenant en compte les jours de congés et de formation)	21
<b>Total des recettes</b>	<b>14 322 €</b>

Sous l'empire du modèle financier actuel, l'équilibre financier de cette mise à disposition est donc le suivant :

<sup>79</sup> D'après les calculs de coût moyens par fonction et par regroupement de grade, réalisés à partir des effectifs du C.H.R.U. de Tours, à la direction des ressources humaines de l'établissement.

Équilibre financier induit par le modèle de remboursement du temps médical entre le C.H.R.U. et l'établissement partenaire			
- Analyse en coût marginal			
C.H.R.U.		Établissement partenaire	
Coûts marginaux	0	18 500	Coûts marginaux
Remboursement d'une journée hebdomadaire de rémunération du radiologue	8 500	14 322	Recettes marginales
Gain net marginal	<b>8 500</b>	<b>-4 178</b>	Gain net marginal

Cette activité est à perte pour l'établissement partenaire. De fait, les consultations externes sont un secteur structurellement déficitaire pour les établissements publics hospitaliers<sup>80</sup>. En conclusion, le modèle financier du forfait, dont l'objet est fondamentalement d'intéresser l'établissement employeur à la valeur produite par le médecin dans le cadre de sa mise à disposition, n'est pas approprié dans un tel cas. Partant, il paraît préférable de conserver le modèle de remboursement du temps médical pour les conventions de mise à disposition de praticiens du C.H.R.U. dans le cadre d'une activité de consultations externes.

### 3.2.2 Mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. dans le cadre d'une activité opératoire

Un chirurgien du C.H.R.U. de Tours est mis à disposition d'un établissement partenaire pour y effectuer une activité opératoire ambulatoire, une journée par semaine, soit 20 % de son temps. Sa journée de mise à disposition se décompose en une demi-journée de consultations pré- et post-opératoires et une demi-journée de présence au bloc opératoire. En 2013, année où son activité a été pleine, le chirurgien a réalisé 96 actes pour une valeur totale de G.H.M. égale à environ 125 000 €, dans le cadre de sa mise à disposition. Afin de simplifier la comparaison entre les deux modèles, les recettes des consultations, dont il a été rappelé qu'elle ne couvrait pas les coûts qu'elles induisaient, ne seront pas prises en compte. D'après les chiffres de la direction des affaires médicales, le coût de sa rémunération annuelle est d'environ 80 000 € pour le C.H.R.U.. Sa mise à disposition n'y induit aucune perte de valeur car le chirurgien est parvenu à se faire remplacer par un chef de clinique le jour de son absence.

<sup>80</sup> BOYER (C.), FRAISSE (M.) et VICENTE (V.), « Consultations externes hospitalières, la "danseuse" de l'hôpital ? », *Revue hospitalière de France*, n° 542, septembre – octobre 2011, pp. 54-58.

Pour l'établissement d'accueil, une estimation approximative des coûts complets reliés à la demi-journée passée par le chirurgien au bloc opératoire semble pouvoir être produite. Elle implique cependant d'estimer le coût d'utilisation de son bloc. Cette estimation repose sur des hypothèses construites à partir de la projection de données connues au C.H.R.U.. Elle sera donc nécessairement très fragile, aussi son objet principal doit-il être bien rappelé : il ne s'agit pas de calculer le gain net de l'établissement partenaire mais seulement de « l'approcher » pour pouvoir comparer les deux modèles financiers applicables aux conventions de mise à disposition.

Ceci étant posé, les coûts induits par l'utilisation du bloc de l'établissement partenaire par le chirurgien du C.H.R.U. de Tours dans le cadre de sa mise à disposition peuvent être estimés de la façon suivante. Au C.H.R.U. de Tours, le tarif horaire du bloc armé<sup>81</sup> est calculé par les contrôleurs de gestion, en charges fixes et en charges variables. En y intégrant une « marge de prudence », ce tarif pourrait donc être repris dans le calcul des coûts supportés par l'établissement partenaire dès lors qu'il est d'une taille critique suffisante, à même de le situer dans une catégorie proche du C.H.R.U.. Ainsi, le tarif en coût complet du bloc armé de l'établissement partenaire pourrait être postulé comme étant proche de celui du C.H.R.U. de Tours, plus une marge de 15 %, soit 920 € par heure.

En prenant la durée d'intervention moyenne pour les principaux actes réalisés par le chirurgien, en 2013, dans le cadre de sa mise à disposition, il est également possible d'estimer combien d'heures il a passé au bloc cette année-là. Là encore, une « marge de prudence » peut être prise en compte. Pour des opérations pouvant durer en moyenne entre 20 et 60 minutes, une durée d'intervention de 1h15 par acte est retenue. En 2013, le praticien aura donc utilisé le bloc opératoire de l'établissement d'accueil à hauteur de 120 heures. Partant, le total des coûts complets imputables à la demi-journée passée au bloc par le praticien qui sont supportés par l'établissement partenaire, peut être estimé comme étant égal à 96 actes multipliés par 1h15 par acte multiplié par un tarif de 920 € de l'heure, soit un total de 110 400 €, arrondi à 110 000 €. Toujours à partir des estimations réalisées au C.H.R.U., il est également possible de déterminer le montant des charges variables, donc marginales<sup>82</sup>, en postulant qu'elles représentent environ 50 % du total des coûts complets, soit environ  $110\ 000\ € / 2 = 55\ 000\ €$ .

Une fois ces éléments posés, la comparaison entre les deux modèles devient possible.

---

<sup>81</sup> Le tarif du bloc armé est un tarif qui intègre la totalité des coûts, qu'ils soient fixes (personnel, amortissements et structure) ou variables (fluides ou consommables).

<sup>82</sup> *Supra*.

A) Répartition des gains générés par la mise à disposition sous l'empire du modèle de remboursement du temps médical

D'après le modèle de remboursement du temps médical, le total des coûts complets supportés par l'établissement partenaire intègre les coûts liés à l'utilisation de son bloc opératoire par le praticien et le remboursement de sa rémunération au C.H.R.U.. Le détail du calcul est reproduit dans le tableau suivant :

Coûts complets de l'établissement partenaire	
Coûts complets imputables à l'utilisation du bloc opératoire par le praticien du C.H.R.U. (96 actes * 1h15 * 920 € de l'heure)	110 000 €
Coûts d'une journée de chirurgien par semaine (20 %)	16 000 €
<b>Total</b>	<b>126 000 €</b>

Partant, l'équilibre financier induit par le modèle de remboursement du temps médical, dans le cadre de cette convention de mise à disposition, entre le C.H.R.U. et son établissement partenaire est tel que reproduit dans le tableau suivant :

Équilibre financier induit par le modèle de remboursement du temps médical entre le C.H.R.U. et l'établissement partenaire			
- Analyse en coût complet			
C.H.R.U.		Établissement partenaire	
Coût d'une journée hebdomadaire de rémunération d'un chirurgien	16 000 €	126 000 €	Coûts complets supportés par l'établissement partenaire
Remboursement d'une journée hebdomadaire de rémunération d'un chirurgien	16 000 €	125 000 €	Recettes T.2.A. liées à l'activité du praticien du C.H.R.U. dans le cadre de sa mise à disposition
Gain net du C.H.R.U.	<b>0 €</b>	<b>-1 000 €</b>	Gains nets de l'établissement partenaire

À l'issue de ce bilan en coût complet, l'établissement partenaire apparaît clairement déficitaire, ce qui ne diminue pourtant en rien son intérêt à participer à cette coopération, comme le révèle l'analyse en coût marginal :

Équilibre financier induit par le modèle de remboursement du temps médical entre le C.H.R.U. et l'établissement partenaire			
- Analyse en coût marginal			
C.H.R.U.		Établissement partenaire	
Coût marginal lié à la rémunération du chirurgien dans le cadre d'une mise à disposition	0 €	71 000 €	Coût marginal supporté par l'établissement partenaire (55 000 + 16 000 €)
Remboursement d'une journée hebdomadaire de rémunération du chirurgien	16 000 €	125 000 €	Recettes T.2.A. marginales liées à l'activité du praticien du C.H.R.U. dans le cadre de sa mise à disposition
Gain marginal nets du C.H.R.U.	<b>16 000 €</b>	<b>54 000 €</b>	Gains nets de l'établissement partenaire

Le résultat issu de ce modèle doit désormais être rapproché de celui issu du modèle du forfait.

Une recette globale de 125 000 € pour 96 actes signifie que chaque acte rapporte en moyenne 1300 € à l'établissement partenaire. En partant de l'hypothèse d'un forfait à 20 % de cette moyenne, soit 260 € par acte, l'équilibre financier induit par le modèle du forfait, dans le cadre de cette mise à disposition, entre le C.H.R.U. et son établissement partenaire est tel que reproduit dans le tableau suivant :

Équilibre financier induit par le modèle du forfait entre le C.H.R.U. et l'établissement partenaire			
- Analyse en coût complet			
C.H.R.U.		Établissement partenaire	
Coût d'une journée hebdomadaire de rémunération d'un chirurgien	16 000 €	110 000 €	Coûts complets imputables à l'utilisation du bloc par le praticien du C.H.R.U.
		24 960 €	Paiement du forfait au C.H.R.U. (96 actes * 260 €)
Total des coûts supportés par le C.H.R.U. dans le cadre de cette coopération	16 000 €	134 960 €	Total des coûts complets de B
Recettes liées au forfait	24 960 €	125 000 €	Recettes T.2.A. liées à l'activité du praticien du C.H.R.U. dans le cadre de sa mise à disposition
Gain net du C.H.R.U.	<b>8 960 €</b>	<b>- 9 960 €</b>	Gains nets de l'établissement partenaire

Une nouvelle fois, l'intérêt à agir de l'établissement partenaire est révélé par l'analyse en coût marginal.

Équilibre financier induit par le modèle du forfait entre le C.H.R.U. et l'établissement partenaire			
- Analyse en coût marginal			
C.H.R.U.		Établissement partenaire	
Coût marginal liés à la rémunération du praticien dans le cadre de sa mise à disposition auprès de l'établissement partenaire	0 €	55 000 €	Coûts marginaux imputables à l'utilisation du bloc par le praticien du C.H.R.U.
		24 960 €	Paiement du forfait au C.H.R.U. (96 actes * 260 €)
Total des coûts marginaux supportés par le C.H.R.U. dans le cadre de cette coopération	0 €	79 960 €	Total des coûts marginaux de B
Recettes marginales liées au forfait	24 960 €	125 000 €	Recettes T.2.A. liées à l'activité du praticien du C.H.R.U. dans le cadre de sa mise à disposition
Gain marginal net du C.H.R.U.	<b>24 960 €</b>	<b>45 040 €</b>	Gains nets de l'établissement partenaire

Ainsi, le modèle du forfait permettrait bien d'introduire une plus grande équité entre le C.H.R.U. et son établissement partenaire, dans le cadre d'une activité opératoire. Il apparaît également que les doutes subsistant sur l'estimation des coûts pour ce dernier ne sont pas réellement un obstacle dès lors qu'un partage des gains sur la base d'une stricte égalité n'est pas recherché. En effet, les gains nets marginaux seraient à peu près égaux entre les deux établissements si le forfait proposé était au minimum de 100 € de plus, à 360 €. Toutefois, à 260 € le forfait, cette coopération reste très largement gagnante pour l'établissement partenaire par rapport au C.H.R.U., constat d'autant plus vrai que les hypothèses de coût ont été calculées de façon prudente. En quelque sorte, le doute sur ses coûts bénéficie donc à l'établissement partenaire.

En conclusion, s'il ne démontre pas sa supériorité pour les mises à disposition en vue de produire une activité de consultation externe, le modèle du forfait pourrait cependant être une alternative intéressante concernant les mises à disposition intervenant dans des domaines d'activité où la valeur créée est importante. Ce faisant, l'équilibre financier entre le C.H.R.U. et ses établissements partenaires serait ainsi meilleur.

Ce constat devra cependant être confirmé par d'autres expérimentations comparées, ainsi qu'un travail de comptabilité analytique poussé nettement plus avant, notamment afin de fiabiliser l'imputation des coûts générés par les mises à disposition.

### **3.3 Modalités concrètes du déploiement du modèle du forfait dans les conventions de mise à disposition de personnel médical recensées au C.H.R.U. de Tours**

A) Les ressources disponibles pour déployer ce nouveau modèle au C.H.R.U.

Pour certaines conventions de mise à disposition, le modèle financier du forfait apparaît donc préférable au modèle actuel. La possibilité de son déploiement au C.H.R.U. de Tours doit cependant également être appréciée de façon concrète, en prenant en compte l'état des ressources humaines disponibles pour ce faire. Ce modèle requiert en particulier un travail d'évaluation médico-économique, nécessaire au calcul des propositions de forfait, qui n'existe pas sous l'empire du modèle actuel. *A contrario*, il devrait représenter une charge de travail moindre au niveau du suivi des conventions de personnel médical, de par la simplification des relations conventionnelles que ce modèle devrait induire avec les établissements hospitaliers partenaires, simplification qui, accessoirement, devrait réduire le nombre de litiges à traiter.

En mai 2015, cinq postes de cadres administratifs de pôle (CAP) ont été créés au C.H.R.U. de Tours. Chargé de trois pôles chacun, ils sont notamment chargés d'accompagner les chefs de pôle dans la gestion médico-économique et administrative de leur pôle, ce qui en fait les attributaires naturels de cette nouvelle mission qui revient à concilier les aspirations du corps médical avec les intérêts financiers du C.H.R.U.. De fait, les CAP sont également rattachés à la direction des finances, ce qui leur donne un accès privilégié à la cellule de contrôle de gestion centralisée de l'établissement. Or, les cinq contrôleurs de gestion, quant à eux, sont en capacité de produire, en un temps relativement rapide, la valeur du total des actes<sup>83</sup> produits au C.H.R.U. par un praticien, sur une année, ainsi que celle des groupes homogènes de séjour qui y sont liés. Les CAP pourraient donc se voir attribuer le travail d'évaluation médico-économique préalable à la passation d'une nouvelle convention de mise à disposition, en plus de leurs missions actuelles.

D'autre part, le temps de travail dégagé par la simplification du suivi des conventions de mise à disposition au modèle financier forfaitaire pourrait être redéployé. À la direction des affaires médicales, l'adjoint des cadres hospitaliers chargé du suivi des conventions de personnel médical pourrait ainsi se voir confier la mission d'étudier dans

---

<sup>83</sup> A partir des tarifs C.C.A.M.

quelle mesure la mise à disposition proposée s'inscrit dans la politique de coopération territoriale inter-hospitalière du C.H.R.U. de Tours, en vue de préparer les décisions du directeur des affaires médicales et *in fine* du directeur général, sur le montant du forfait à arrêter. Concrètement, elle pourrait déterminer dans quelle mesure les objectifs poursuivis à travers la mise à disposition s'accordent avec ceux présentés dans le schéma régional d'organisation des soins, par exemple.

- B) Un processus possible pour le déploiement de ce modèle lors de la mise en œuvre d'une convention de mise à disposition

La mise en place d'une nouvelle convention de mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. au profit d'un autre établissement pourrait suivre un processus dont les grandes étapes seraient les suivantes :

#### Étape 1 :

Saisi d'un projet de mise à disposition d'un médecin du C.H.R.U. auprès d'un autre établissement, le cadre administratif de pôle (CAP) recherche les avis du chef de pôle et du chef de service, à son sujet. Si ces avis sont favorables, il estime le coût annuel de la mise à disposition pour l'établissement, en prenant en compte la part de rémunération du praticien correspondant à la quotité de temps de travail qu'il passerait dans l'établissement d'accueil, une donnée disponible auprès de la direction des affaires médicales, ainsi que la moins-value induite par son absence pour le C.H.R.U.. Cette dernière pourrait faire l'objet d'une estimation assez grossière, calculée à partir d'un nombre d'actes codés chaque semaine au bloc, par le chirurgien en question, par exemple. D'autres éléments tels qu'une estimation des frais de transport induits chaque année par la mise à disposition seraient également pris en compte, afin de produire une estimation approximative en coût complet et en coût marginal de cette coopération pour le C.H.R.U..

#### Étape 2 :

Le CAP produit, en collaboration avec le chirurgien, une estimation réaliste de l'activité qu'il pourrait raisonnablement effectuer dans l'établissement d'accueil. Ainsi, en divisant le coût de la mise à disposition par le nombre d'actes potentiellement effectués dans le cadre de celle-ci, le CAP obtiendrait un forfait « minimum », au-dessous duquel l'opération est à perte pour l'établissement employeur.

### Étape 3 :

Le CAP apprécie le gain économique représenté par la mise à disposition pour l'établissement d'accueil. Ce gain est apprécié par une estimation des recettes, elle-même déduite des prévisions d'activité du praticien. Concernant les coûts, ceux-ci sont estimés par analogie avec les coûts du C.H.R.U.. Les coûts étant très différents d'une structure à une autre, cette estimation devra être utilisée avec circonspection. Il est cependant envisageable d'ajouter un « facteur prudence » dans le calcul, en posant par exemple la règle que l'estimation des coûts induits par l'activité du praticien dans l'établissement d'accueil sera égale à 130% ou 150% du montant des coûts qui auraient été comptabilisés si la même activité avait été réalisée, toute chose égale par ailleurs, au C.H.R.U. de Tours.

### Étape 4 :

Le CAP, sous couvert du directeur des finances et du contrôle de gestion, organise une réunion conjointement avec le praticien et le directeur des affaires médicales. Ensemble, ils déterminent dans quelle mesure cette convention de mise à disposition s'inscrit dans la politique de coopération territoriale inter-hospitalière du C.H.R.U.. Il est ainsi possible d'imaginer qu'une mise à disposition pensée pour structurer une filière de patients dans le cadre du groupement hospitalier de territoire ou soutenir l'activité dans un établissement en direction commune avec le C.H.R.U. verrait le CAP et le directeur des affaires médicales proposer qu'un forfait peu au-dessus du forfait minimum soit retenu. *A contrario*, un projet de mise à disposition peu en rapport avec les objectifs poursuivis à travers la politique de coopération territoriale inter-hospitalière du C.H.R.U. pourrait voir le CAP et le directeur des affaires médicales proposer un forfait nettement plus avantageux pour les finances du C.H.R.U..

### Étape 5 :

Un écart entre les deux valeurs extrêmes que représentent le forfait minimum et le forfait maximum est soumis au directeur général du C.H.R.U. par le CAP et le directeur des affaires médicales. Il est accompagné d'un argumentaire à la fois chiffré et étayé par les considérations liées à la façon dont cette mise à disposition s'inscrit dans la politique de coopération du C.H.R.U.. Le directeur général arrête alors le montant sur lequel s'établira la base de la négociation avec son homologue de l'établissement d'accueil.

### Étape 6 :

Une fois la négociation achevée, la convention est rédigée à la direction des affaires médicales. Elle comprend le montant du forfait et ses modalités d'application<sup>84</sup>, ainsi qu'une clause de réévaluation. Elle engage également l'établissement d'accueil à transmettre au C.H.R.U. le relevé d'activité du praticien mis à disposition, de façon régulière et transparente.

### Étape 7 :

À l'échéance prévue, l'établissement d'accueil transmet un bilan d'activité à la direction des affaires médicales du C.H.R.U.. La grille forfaitaire y est appliquée et un titre de recettes est émis à l'encontre de l'établissement d'accueil. Une évaluation globale de la mise à disposition est réalisée par le CAP, à partir du bilan d'activité transmis mais aussi par un entretien avec le praticien. Si besoin, le CAP pourra solliciter la direction des affaires médicales pour avis, voire la direction de l'établissement d'accueil du praticien, si le directeur des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours en est d'accord.

### Étape 7 bis :

En fonction du bilan réalisé de part et d'autre, le montant du forfait pourra être recalculé. Après un an de mise en œuvre, la réalité de l'activité générée sera notamment sans doute mieux appréciée. Le forfait pourra donc être recalculé en fonction.

En définitive, le déploiement du modèle du forfait dans certaines conventions de mise à disposition semble très réalisable, d'un point de vue organisationnel, au C.H.R.U. de Tours.

---

<sup>84</sup> Somme ou coefficient majorateur à appliquer aux tarifs C.C.A.M..



## Conclusions

Dans la mesure où l'évaluation des flux de patientèle générés par les conventions de mise à disposition de personnel médical n'est pas envisageable à une large échelle, il apparaît préférable de ne pas en faire le fondement des négociations, lorsque les mises à disposition sont discutées entre les directions de deux établissements de santé. Sans pour autant nier l'existence des flux, il semble davantage opportun de les délaisser pour porter la négociation plus directement sur le terrain de l'équilibre financier propre à la convention. L'iniquité économique que le modèle actuel de remboursement du temps médical instaure entre l'établissement employeur et l'établissement d'accueil du praticien, est clairement démontrée et ne profite à personne. À terme, en effet, elle risque de compromettre l'implication des grands établissements, que sont en particulier les C.H.U., dans l'animation de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière, pourtant favorable aux patients. Partant, de nouveaux modèles, qui permettent notamment un meilleur partage de la valeur créée par le praticien dans le cadre de sa mise à disposition, entre les établissements parties, doivent être considérés avec intérêt.

Le modèle de forfait est celui qui semble être le mieux adapté au C.H.R.U. de Tours, établissement qui compte un grand nombre de conventions de mise à disposition, mais réparties entre beaucoup d'établissements partenaires. Cet éclatement empêche que soit atteint un volume critique de temps médical entre deux établissements, qui permettrait d'envisager la mise en œuvre de modèles, certes davantage aboutis sur le plan économique, mais d'une gestion nettement plus contraignante.

Ce modèle n'a cependant pas vocation à remplacer le modèle du remboursement du temps médical dans toutes les conventions de mise à disposition. En premier lieu, ce dernier reste largement pertinent pour les disciplines dont le mode de financement n'est pas assuré selon la tarification à l'activité, comme la psychiatrie ou les soins de suite et de réadaptation. Même dans les disciplines de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'odontologie (M.C.O.), soumises à la T.2.A., ce modèle s'est finalement avéré encore tout à fait performant, dans le cadre d'essais comparés, concernant les mises à disposition de médecins pour des consultations externes.

Au-delà d'une appréciation abstraite des qualités et des limites de ces deux modèles financiers, il convient en définitive de bien prendre en compte les spécificités de l'établissement partenaire concerné par la mise à disposition d'un praticien du C.H.R.U. de Tours. Le modèle du forfait, certes davantage performant que le modèle de

remboursement du temps médical, du point de vue économique, sera d'autant plus aisé à mettre en œuvre que l'établissement partenaire disposera d'une appréciation détaillée de ses coûts, ce qui est davantage à la portée des établissements de taille importante. En conséquence, le déploiement du modèle du forfait pourrait, dans un premier temps, être envisagé avec l'autre centre hospitalier régional de la région Centre – Val-de-Loire qu'est celui d'Orléans, établissement avec lequel le C.H.R.U. de Tours a un différentiel cumulé de plusieurs dizaines de demi-journées de temps médical par semaine, générées par des conventions de mise à disposition.

En revanche, avec les établissements du territoire de santé de l'Indre-et-Loire, qui sont d'une taille nettement plus modeste, le déploiement du modèle du forfait apparaît moins opportun dans l'immédiat. Interrogés à ce sujet, l'ex-directeur<sup>85</sup> et le directeur<sup>86</sup> actuel des centres hospitaliers de Chinon et de Loches<sup>87</sup> prédisaient tous deux la disparition, à moyenne échéance, des conventions de mise à disposition entre établissements de santé d'un même groupement hospitalier de territoire (G.H.T.). À terme en effet, les équipes médicales ne seront plus mises à disposition par un établissement auprès d'un autre, mais devraient être « territoriales », une notion qui reste cependant encore largement à définir.

---

<sup>85</sup> Entretien réalisé le 7 septembre 2015.

<sup>86</sup> Entretien réalisé le 8 septembre 2015.

<sup>87</sup> Direction intérimaire, pour ce dernier.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

ÉCHAUDEMAISON (C.-D.) (dir.) et al., *Économie contemporaine*, 2010, 408 p.

SAISON (J.), *Droit hospitalier*, 3<sup>ème</sup> édition, octobre 2011, 368 p.

Assistance publique – Hôpitaux de Paris, *Guide pratique des conventions*, mai 2008, 30 p.

## Mesures d'orientation

Agence régionale de santé de la région Centre, *Schéma régional d'organisation des soins en région Centre – 2012-2016*, 2011, 288 p.

Direction générale de l'offre de soins et Direction générale des finances publiques, *Fiche technique n° 5 – Les règles budgétaires et comptables du GCS. À jour réglementation 9/2011*, 7 p.

## Articles

BOYER (C.), FRAISSE (M.) et VICENTE (V.), « Consultations externes hospitalières, la "danseuse" de l'hôpital ? », *Revue hospitalière de France*, n° 542, septembre – octobre 2011, pp. 54-58.

CHAUCHAT (A.), « La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique », *Gestions hospitalières* n° 523, février 2013, pp. 123-125.

DAHLMAN (C. J.) « The Problem of Externality », *The Journal of Law and Economics*, vol. 22 n° 1, avril 1979, pp. 141-162.

GALY (M.), GROSEIL (S.) et LYANNAZ (A.), « Coopérations hospitalières : Essai d'une modélisation médico-économiques », *Finances hospitalières*, 2013, 5 p.

MORKOS (M.), « Le PMSI, qu'est-ce que c'est ? » in *Hospitalia* n° 8, octobre 2009, pp. 48-50.

## Rapports publics

Cour des comptes, *La sécurité sociale, chapitre VII. La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours*, septembre 2009, pp. 171-212.

Direction des Finances et du Contrôle de gestion du C.H.R.U. de Tours, *Rapport d'activité du CHRU de Tours - 2014*, avril 2015, 121 p.

GIRAUD (F.), *Les centres hospitaliers universitaires – Réflexion sur l'évolution de leurs missions*, Rapport au Premier ministre, 2005, 65 p.

HUBERT (J.) et MARTINEAU (F.), *Mission groupement hospitalier de territoire – Rapport intermédiaire*, Rapport au ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mai 2015, 52 p.

Inspection générale des affaires sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 2012, 273 p.

OR (Z.) et RENAUD (T.), *Principes et système de la tarification à l'activité à l'hôpital*, document de travail de l'Irdes n° 23, mars 2009, 29 p.

VASSELLE (A.), *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010*, Sénat, n° 90, 4 novembre 2009, 88 p.

### **Mémoires de l'École des Hautes Études en Santé Publique**

AUGER (A.), *Efficiences économiques d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'Hôpital Nord Ouest Villefranche-sur-Saône – Tarare*, 2012, 82 p.

CHAUCHAT, (A.), *La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public*, 2009, Mémoire de l'EHESP, 78 p.

PAUL (E.), *Appréhension économique des coopérations hospitalières*, 2014, Mémoire de l'EHESP, 115 p.

### **Sites Internet**

L'Atih : <http://www.atih.sante.fr> et <http://www.scansante.fr>

Le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes : <http://www.sante.gouv.fr>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I – Liste des personnes rencontrées .....IV**

**Annexe II – Exemple d'une convention de mise à disposition d'un médecin.....VI**

**Annexe III – Carte des établissements de santé de la Région Centre – Val-de-Loire  
.....VIII**

**Annexe IV – Liste des principaux codes C.C.A.M. utilisés par le chirurgien  
vasculaire du C.H.R.U. de Tours pour la saisie des actes pratiqués sur les patients  
en provenance du secteur du Lochois .....IX**

**Annexe V – Évolutions du nombre de patients domiciliés dans le Lochois pris en  
charge au C.H.R.U. de Tours, entre 2010 et 2013, dans les domaines d'activité  
« cathétérismes vasculaires » et « chirurgie cardio-vasculaire » .....X**

**Annexe VI – Nombre de patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par G.H.M.  
de chirurgie vasculaire artérielle, de 2010 à 2014 .....XI**

**Annexe VII – Nombre d'actes de chirurgie vasculaire artérielle effectués sur des  
patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, de 2010 à 2014.....XIII**

## **Annexe I – Liste des personnes rencontrées**

Docteur Zine BENCHELLAL, chirurgien spécialisé en chirurgie digestive, viscérale en endocrinienne au C.H.R.U. de Tours.

Monsieur Christophe BLANCHARD, directeur responsable du centre hospitalier de Chinon et, par intérim, du centre hospitalier de Loches, dans le cadre de la direction commune avec le C.H.R.U. de Tours.

Docteur Loïc BOUILLEAU, radiologue au C.H.R.U. de Tours

Monsieur Patrick FAUGEROLAS, directeur responsable du centre hospitalier de Chinon, de 2007 à 2015, et directeur responsable, par intérim, du centre hospitalier de Loches, de janvier à juin 2015, dans le cadre de la direction commune avec le C.H.R.U. de Tours, directeur en charge de la préfiguration du G.H.T. d'Indre-et-Loire depuis juin 2015.

Professeur Bernard FOUQUET, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation au C.H.R.U. de Tours.

Docteur Florence FOURQUET, médecin spécialiste de santé publique au SIMEES (DIM) du C.H.R.U. de Tours.

Monsieur Julien GARCIA, statisticien à la cellule de contrôle de gestion centralisée du C.H.R.U. de Tours.

Madame Anne HERVOCHON, adjoint des cadres hospitaliers à la direction des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours, le 25 août 2015.

Professeur Hubert LARDY, chirurgien pédiatrique au C.H.R.U. de Tours

Madame Caroline LEFRANC, directeur des finances et du contrôle de gestion du C.H.R.U. de Tours.

Docteur Étienne MARCHAND, chirurgien vasculaire au C.H.R.U. de Tours.

Docteur Samuel MAZJOUR, ophtalmologue au C.H.R.U. de Tours

Madame Violaine MIZZI, directeur des affaires médicales du C.H.R.U. de Tours.

Monsieur Erwann PAUL, directeur des finances adjoint au centre hospitalier sud-francilien.

Docteur Thierry PEREZ, pédiatre au C.H.R.U. de Tours.

Madame Marie-Gabrielle PUJOL, ingénieur en organisation au C.H.R.U. de Tours

Madame Thaïs RINGOT, directeur des affaires médicales adjoint au C.H.R.U. de Tours

Professeur Ephrem SALAME, chef du service de chirurgie digestive, endocrinienne et transplantation hépatique du C.H.R.U. de Tours.

Docteur SINGH SANGWAN, gynécologue au centre hospitalier intercommunal d'Amboise – Château-Renault.

Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, gynécologue orthogéniste au C.H.R.U. de Tours

## Annexe II – Exemple d'une convention de mise à disposition d'un médecin

### CONVENTION

ENTRE, d'une part,

✦ Le Centre Hospitalier [REDACTED], représenté par Monsieur [REDACTED], Directeur Général,

ET, d'autre part,

✦ Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, représenté par Monsieur Michel MOUJART, Directeur Général,

Vu le décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers, notamment l'article 4,

Il est convenu ce qui suit :

#### Article 1

La présente convention s'inscrit dans le cadre d'une coopération des deux établissements en cardiologie pédiatrique, se traduisant [REDACTED] à hauteur de 60% au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours et 20% au Centre Hospitalier [REDACTED].

#### Article 2

**Madame le Docteur** [REDACTED], praticien hospitalier temps plein à activité réduite (80%) au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours se rend une journée par semaine au Centre Hospitalier [REDACTED] dans le département de pédiatrie du [REDACTED] afin d'y assurer une consultation spécialisée de cardiologie pédiatrique.

#### Article 3

L'activité de **Madame le Docteur** [REDACTED] au Centre Hospitalier [REDACTED] ne donne pas lieu à rétribution particulière, le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours maintenant à l'intéressée l'intégralité de son traitement.

Le Centre Hospitalier [REDACTED] prend en charge les frais de déplacements de l'intéressée résultant de l'activité définie à l'article 2.

#### Article 4

Sur présentation d'un titre de recette trimestriel, le Centre Hospitalier [REDACTED] verse au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours des crédits équivalents à **20% du coût** (traitement, indemnités (hors gardes), et charges afférentes, à l'exclusion de la prime multi-établissement) **d'un praticien hospitalier temps plein** à l'échelon atteint par **Madame le Docteur** [REDACTED].

**Article 5**

Le Centre Hospitalier [redacted] s'engage à garantir **Madame le Docteur** [redacted] au titre des risques professionnels et responsabilité civile pour les activités pratiquées au Centre Hospitalier [redacted]

**Article 6**

**Madame le Docteur** [redacted] s'engage à respecter le règlement intérieur du Centre Hospitalier [redacted]

**Article 7**

Le contrat d'assurances du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours couvre **Madame le Docteur** [redacted] au titre des risques « accidents de trajet ».

**Article 8**

La présente convention prendra effet :

- ♦ d'une part, à l'issue de la procédure de création du poste de praticien hospitalier temps plein par transformation du poste de praticien des hôpitaux à temps partiel occupé par **Madame le Docteur** [redacted] et abondement de crédits par le Centre Hospitalier [redacted] dans les conditions prévues à l'article 4,
- ♦ d'autre part, à la nomination de **Madame le Docteur** [redacted] en qualité de praticien hospitalier temps plein.

**Article 9**

La présente convention prend fin en cas de cessation des fonctions de praticien hospitalier de **Madame le Docteur** [redacted] au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours.

Considérant que la présente convention s'inscrit dans le cadre de la création d'un poste de praticien hospitalier (article 1), celle-ci ne pourra être dénoncée par le Centre Hospitalier [redacted] que sur la base d'un avis circonstancié de la Commission Médicale d'Etablissement de cet établissement et moyennant un préavis de 6 mois.

Fait à Tours, le 24 OCT. 2001

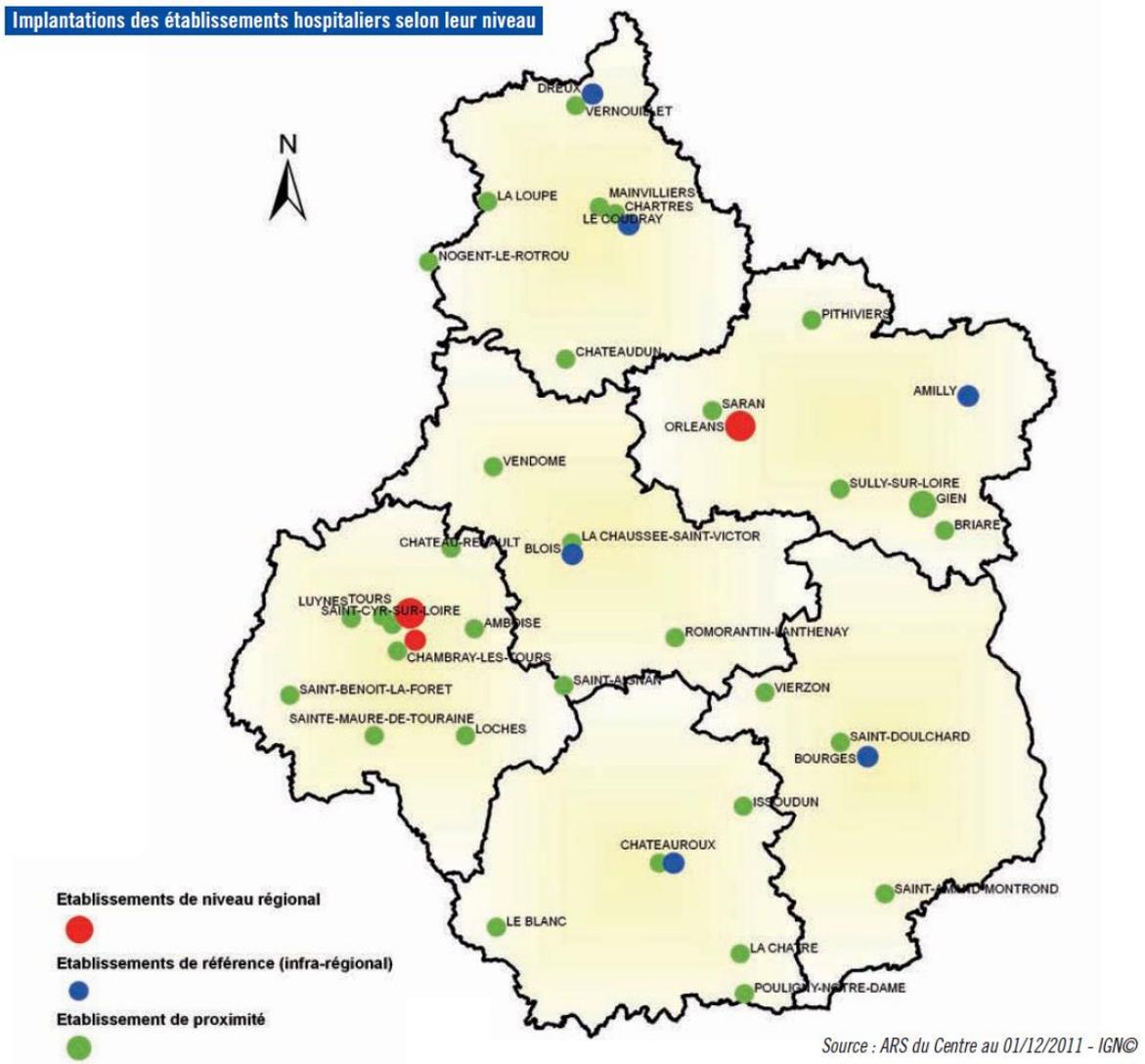
Le Directeur Général  
du Centre Hospitalier [redacted]



le Directeur Général  
du Centre Hospitalier Régional et Universitaire  
de TOURS



## Annexe III – Carte des établissements de santé de la Région Centre – Val-de-Loire



Nota : l'établissement sis à Saint-Benoît-La-Forêt est le centre hospitalier du Chinonais.

## Annexe IV – Liste des principaux codes C.C.A.M. utilisés par le chirurgien vasculaire du C.H.R.U. de Tours pour la saisie des actes pratiqués sur les patients en provenance du secteur du Lochois

<b>Principaux codes C.C.A.M. utilisés pour la saisie des actes pratiqués sur les patients en provenance du secteur du Lochois</b>
- EBFA008
Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire
- EBFA016
Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie d'élargissement, par cervicotomie sans dérivation vasculaire
- EDFA007
Thromboendartériectomie iliofémorale, par abord inguinofémoral
- EDAA003
Dilatation intraluminale de l'artère iliaque et/ou de l'artère fémorale, au cours d'une intervention restauratrice de l'aorte, de l'artère iliaque ou de l'artère fémorale
- EDAF003
Dilatation intraluminale de l'artère iliaque commune et/ou de l'artère iliaque externe avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée
- DGPA008
Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobisiliaque, par laparotomie avec clampage suprarénal
- DGPA013
Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobisiliaque non rompu avec remplacement prothétique aortobifémoral, par laparotomie avec clampage suprarénal
- DGPA005
Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement prothétique aorto-aortique infrarénal, par laparotomie avec clampage infrarénal
- EAAF004
Dilatation intraluminale d'une artère du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée

**Annexe V – Évolutions du nombre de patients domiciliés dans le Lochois pris en charge au C.H.R.U. de Tours, entre 2010 et 2013, dans les domaines d'activité « cathétérismes vasculaires » et « chirurgie cardio-vasculaire »**

<b>Patients domiciliés dans le Lochois, opérés au C.H.R.U. de Tours</b>				
	<b>Cathétérismes vasculaires</b>		<b>Chirurgie cardio-vasculaire</b>	
	<b>Nombre</b>	<b>Part de marché du C.H.R.U.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Part de marché du C.H.R.U.</b>
<b>2010</b>	208	51%	131	31%
<b>2011</b>	206	49%	144	38%
<b>2012</b>	208	55%	148	37%
<b>2013</b>	205	52%	142	36%

## Annexe VI – Nombre de patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par G.H.M. de chirurgie vasculaire artérielle, de 2010 à 2014

Nombre de patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par G.H.M. de chirurgie vasculaire artérielle et par année						
G.H.M.	Libellé	2010	2011	2012	2013	2014
01C061	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 1	1	4	4	15	9
01C062	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 2		2	9	2	3
01C063	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 3		1	1		1
01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral, avec CMA					
01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral, avec CMA sévère					
05C101	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1	4	7	13	9	8
05C102	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 2	4	7	3	4	1
05C103	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 3	1	4	3	6	2
05C104	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 4	2	1	2	2	1
05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation, avec CMA					
05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation, avec CMA sévère					
05C111	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 1	4	2	3	3	2
05C112	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 2	4	3	1		5
05C113	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 3			1		
05C114	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 4		1			
05C11J	Autres interventions de chirurgie vasculaire, en ambulatoire	1				
05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire, avec CMA					
05C11W	Autres interventions de chirurgie vasculaire, avec CMA sévère					
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	52	26	28	44	35
05K062	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 2	6	7	12	4	5
05K063	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 3	3	3	3	2	
05K064	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 4					
05K06T	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, très courte durée	2	7	3	1	3
05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, avec CMA					
05K06W	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, avec CMA sévère					
05K121	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge inférieur à 18 ans, niveau 1			1		1
05K131	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	12	8	3	3	
05K132	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1	1	2		
05K133	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	2	1	2		
05K134	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf	1	1			

	endoprothèses, âge supérieur à 17 ans, niveau 4					
05K13Z	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans					
05K221	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du coeur, âge supérieur à 17 ans, niveau 1					
05K222	Actes thérapeutiques par voie vasculaire sur les orifices du coeur, âge supérieur à 17 ans, niveau 2					1
05K251	Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 1				5	1
05K253	Actes thérapeutiques sur les artères par voie vasculaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3					1
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>86</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>79</b>

## Annexe VII – Nombre d’actes de chirurgie vasculaire artérielle effectués sur des patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, de 2010 à 2014

Nombre d’actes de chirurgie vasculaire artérielle effectués sur des patients du Lochois admis au C.H.R.U. de Tours, par année						
G.H.M. <sup>88</sup>	Libellé	2010	2011	2012	2013	2014
01C061	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 1	1	4	4	13	7
01C062	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 2		1	9	2	3
01C063	Interventions sur le système vasculaire précérébral, niveau 3		1			1
01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral, avec CMA					
01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral, avec CMA sévère					
05C101	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 1	1	5	7	6	5
05C102	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 2			2	2	1
05C103	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 3		1		2	
05C104	Chirurgie majeure de revascularisation, niveau 4			1		
05C111	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 1	1			2	1
05C112	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 2		2			
05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire, avec CMA					
05C124	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, niveau 4	1				
05C131	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, niveau 1	1				
05C132	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, niveau 2			1		
05C133	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, niveau 3			1		
05K061	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1	4	2	12	9	6
05K062	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 2		2	4	1	
05K063	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 3		1	1		
05K06T	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, très courte durée			1		
05K06V	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, avec CMA					
05C114	Autres interventions de chirurgie vasculaire, niveau 4					
<b>Total</b>		9	19	43	37	24

<sup>88</sup> Le logiciel d’extraction des données utilisé par le SIMEES restitue les actes codés à travers leur distribution dans les G.H.M..



JULIEN	Axel	Décembre 2015
<b>Élève directeur d'hôpital</b> Promotion : <b>2014-2016</b>		
<b>L'adaptation des conventions de mise à disposition de personnel médical au contexte de la tarification à l'activité</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La politique de coopération inter-hospitalière repose largement sur des conventions de personnel médical, dont une partie importante est constituée de conventions de mise à disposition. Par l'intermédiaire de ces dernières, des praticiens passent une partie de leur temps de travail à exercer dans un autre établissement que leur établissement employeur. Ces conventions permettent le maintien d'une offre hospitalière de proximité, la constitution de filières d'amont ou d'aval, ou encore le partage de compétences médicales. Cependant l'équilibre financier sur lequel repose ces conventions n'est plus atteint depuis que le financement des disciplines de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de d'odontologie, activités principales des établissements de santé, est assuré par une tarification à l'activité. Cet équilibre, qui consiste en un remboursement du temps médical passé en mise à disposition par les établissements d'accueil aux établissements employeurs, est en effet devenu exagérément défavorable à ces derniers. Or, un nombre nettement supérieur de praticiens rattachés aux C.H.U. est mis à disposition d'autres établissements de santé que réciproquement, ce que démontre l'exemple du C.H.R.U. de Tours. En définitive, les conventions de mise à disposition de personnel médical sont devenues économiquement défavorables aux C.H.U..</p> <p>Il est néanmoins souvent postulé que ces mises à disposition permettraient d'accroître le recrutement de patientèle des C.H.U., ce qui compenserait leur coût économique apparent. Cette hypothèse devait toutefois être vérifiée par une évaluation des flux de patients à destination du C.H.R.U. de Tours, potentiellement générés par ces conventions. Une étude menée en ce sens n'a pourtant pas permis d'en confirmer ou d'en infirmer l'existence.</p> <p>En conséquence, une autre approche est suggérée ; elle repose sur la mise en œuvre d'un nouvel équilibre financier dans les conventions de mise à disposition. Plutôt qu'un remboursement au prorata du temps médical et après passage en revue des modèles financiers alternatifs existants, il est proposé un modèle forfaitaire dans lequel l'établissement d'accueil verserait à l'établissement employeur une part des recettes encaissées sur chaque acte exécuté par le praticien mis à disposition. Ainsi, la moins-value générée par la mise à disposition de son praticien serait compensée, pour l'établissement employeur. La recherche d'efficacité économique ne serait ainsi plus un obstacle au développement des mises à disposition dans le cadre de la politique de coopération territoriale inter-hospitalière. C'est en outre ce modèle forfaitaire qui paraît être le mieux adapté à la situation du C.H.R.U. de Tours.</p>		
<p><b>Mots clés :</b> convention de personnel médical, convention de mise à disposition, coopération territoriale inter-hospitalière, efficacité médico-économique.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		