



EHESP

EDH

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Appréhension économique des
coopérations hospitalières. Un essai
de modélisation.**

Erwann PAUL

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je tenais à remercier mes deux « encadrants-mémoire » – Mr M. Galy, directeur du CHI Poissy-St Germain et maître L. Houdart – pour leur disponibilité, leurs conseils et leur accompagnement tout au long de ma réflexion.

Je tenais également à remercier Mr P. El Saïr, Directeur Général du CHRU de Brest, pour le très bon accueil de son équipe de direction lors de mon stage dans l'établissement et pour l'éclairage qu'il m'a apporté sur la thématique étudiée.

Mes plus vifs remerciements vont, enfin, à Mr G. Maringue, Directeur des Affaires Médicales du CHRU de Brest et Mme C. Ménager, Directrice de la Stratégie du CHRU, qui m'ont soutenu lors de la rédaction de ce mémoire et qui m'ont prodigué conseils et encouragements tout au long de mon stage.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 7 |
| 1 L'évolution du champ coopératif appelle l'élaboration d'une typologie économique des coopérations hospitalières | 9 |
| 1.1 Analyse du champ des coopérations hospitalières grâce aux outils économiques | 9 |
| 1.1.1 Caractéristiques du CHRU de Brest et de ses coopérations..... | 9 |
| 1.1.2 Une utilisation réfléchie des outils de l'économie industrielle est indispensable pour analyser le « quasi-marché » de la santé | 11 |
| 1.1.3 Quatre enjeux économiques majeurs doivent être distingués pour favoriser l'initiation d'une coopération hospitalière | 19 |
| 1.2 L'analyse économique conduit à un essai de typologie des coopérations hospitalières | 21 |
| 1.2.1 Une analyse critique des critères existants dans la littérature pour classer les coopérations est nécessaire..... | 22 |
| 1.2.2 La théorie économique conduit à la détermination de deux critères | 22 |
| 1.2.3 L'adéquation de la typologie avec les coopérations observées doit être vérifiée..... | 24 |
| 1.3 Différentes formes juridiques des coopérations peuvent être utilisées..... | 26 |
| 1.3.1 Deux formes juridiques principales correspondent aux coopérations distinguées dans la typologie.. | 27 |
| 1.3.2 Les différentes formes juridiques disposent d'avantages et inconvénients économiques (fiscaux, notamment) | 27 |
| 2 L'analyse économique des coopérations doit s'appuyer sur une appréhension globale des coûts et sur une analyse stratégique fine afin de déterminer la réelle plus value de la coopération..... | 28 |
| 2.1 Une analyse critique des modèles partageant la valeur ajoutée de la coopération doit être menée | 29 |
| 2.1.1 Le modèle Lillois construit des coopérations uniquement sur une analyse marginaliste conduisant à un partage de la valeur ajoutée | 29 |
| 2.1.2 Le CHRU de Reims a adapté et complété ce modèle | 29 |
| 2.1.3 Les modèles purement marginalistes sont incomplets et peuvent créer des risques juridiques ou des limites dans l'analyse | 30 |
| 2.2 Il est nécessaire de déterminer précisément les coûts liés à une coopération..... | 31 |
| 2.2.1 Les coopérations actuelles ne prennent en compte que de manière partielle les coûts induits | 31 |
| 2.2.2 Des principes de valorisation des coûts liés à une coopération peuvent être retenus | 32 |
| 2.2.3 Une méthode de mesure des coûts doit être proposée et faciliter la décision..... | 35 |
| 2.3 L'analyse détaillée des recettes est nécessaire à la mise en œuvre de coopérations..... | 36 |
| 2.3.1 La coopération doit correspondre à un projet médical défini et partagé | 36 |
| 2.3.2 La coopération ne peut être développée qu'après une analyse stratégique fine | 36 |
| 2.3.3 L'analyse stratégique conduit à la détermination des recettes potentielles issues de la coopération | 46 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3 | Des outils d'aide à la décision dans le champ coopératif et des recommandations sur les coopérations hospitalières découlent de cette analyse économique | 48 |
| 3.1 | La réflexion sur les coûts et les recettes des coopérations permet l'élaboration d'une méthode d'analyse économique de ces dernières et la création d'outils financiers | 48 |
| 3.1.1 | Des outils pratiques doivent être développés | 49 |
| 3.1.2 | Certains éléments doivent être impérativement vérifiés avant de se lancer dans une opération coopérative | 49 |
| 3.1.3 | Application de ces outils aux coopérations mises en avant dans la typologie | 51 |
| 3.2 | Les coopérations hospitalières sont un outil de management et de sensibilisation aux analyses économiques et stratégiques..... | 53 |
| 3.2.1 | Les analyses économiques et stratégiques des coopérations doivent être systématisées et faciliter des modifications dans le positionnement des différents acteurs | 53 |
| 3.2.2 | Elles peuvent sensibiliser les médecins à une réflexion prospective..... | 54 |
| 3.2.3 | Les projets de coopérations ne peuvent être menés qu'accompagnés | 55 |
| 3.3 | Le futur Service Public Territorial de Santé ne peut pas faire l'impasse d'une réflexion économique aboutie sur les coopérations hospitalières | 57 |
| 3.3.1 | La CHT n'offre pas actuellement un cadre assez intégratif pour penser les coopérations de demain..... | 57 |
| 3.3.2 | Les GHT pourraient faciliter la simplification du champ coopératif et doivent être l'occasion de développer des coopérations au service du parcours du patient..... | 57 |
| 3.3.3 | Le développement des coopérations ne pourra être total qu'avec la mise en œuvre d'une tarification au parcours..... | 58 |
| | Conclusion..... | 59 |
| | Bibliographie..... | 61 |
| 4 | Eléments bibliographiques..... | 61 |
| 4.1 | Rapports | 61 |
| 4.2 | Articles..... | 61 |
| 4.3 | Ouvrages | 64 |
| 4.4 | Mémoires | 64 |
| 4.5 | Support de présentation | 64 |
| | Liste des annexes..... | 67 |
| 5 | Caractéristiques de la population et du territoire | 67 |
| 5.1 | Une population vieillissante..... | 67 |
| 5.2 | Une épidémiologie défavorable..... | 68 |
| 5.3 | Une situation économique contrastée..... | 70 |
| 5.4 | Une démographie médicale défavorable en certains endroits du territoire..... | 71 |
| 5.5 | Accessibilité au CHRU par la route..... | 73 |
| 5.6 | Description du champ coopératif..... | 74 |
| 5.6.1 | Capacité hospitalière du territoire..... | 74 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.6.2 | Des coopérations nombreuses et formalisées sous différentes formes..... | 74 |
| 5.6.3 | Des coopérations fortes sur certaines spécialités..... | 75 |
| 6 | Analyse détaillée de la concurrence pour quatre secteurs d'activité | 77 |
| 6.1 | Effet d'hystérèse des parts de marché..... | 77 |
| 6.2 | Taux de fuite et taux d'attractivité pour les quatre coopérations analysées | 77 |
| 6.3 | Analyse approfondie des endoscopies digestives et biliaires : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché | 78 |
| 6.3.1 | Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU de Brest pour les endoscopies digestives et biliaires | 78 |
| 6.3.2 | Analyse de la concurrence sur le territoire de santé | 79 |
| 6.3.3 | Appréhension de la concurrence par arrondissements | 79 |
| 6.3.4 | Analyse approfondie de la chirurgie du rachis : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché..... | 80 |
| 6.3.5 | Analyse de la concurrence sur le territoire de santé | 81 |
| 6.3.6 | Appréhension de la concurrence par arrondissements | 81 |
| 6.4 | Analyse approfondie pour les affections cardio-vasculaires : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché | 82 |
| 6.4.1 | Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché pour les affections cardio-vasculaires..... | 82 |
| 6.4.2 | Analyse de la concurrence sur le territoire de santé | 83 |
| 6.4.3 | Appréhension de la concurrence par arrondissements | 83 |
| 6.5 | Analyse approfondie de la chirurgie urologique : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché..... | 84 |
| 6.5.1 | Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU pour la chirurgie urologique | 84 |
| 6.5.2 | Analyse de la concurrence sur le territoire de santé | 85 |
| 6.5.3 | Appréhension de la concurrence par arrondissements | 86 |
| 6.6 | Calcul de l'indice de Lerner pour deux types de prise en charge..... | 86 |
| 6.6.1 | Analyse de l'indice de Lerner pour deux actes dépendant des affections cardio-vasculaires..... | 86 |
| 6.6.2 | Analyse de l'indice de Lerner pour deux actes dépendant des endoscopies digestives et biliaires..... | 87 |
| 7 | Analyse critique d'une démarche construite de l'étude du ratio marge sur coûts variables | 88 |
| 8 | Coûts de production d'une endoscopie et d'une intervention en chirurgie du rachis..... | 90 |
| 9 | Indicateurs d'efficacité interne des services engagés dans des coopérations | 92 |
| 10 | Listes des personnes rencontrées et interrogées | 92 |
| 10.1 | Au CHRU de Brest..... | 92 |
| 10.2 | Dans d'autres organisations..... | 93 |

Liste des sigles utilisés

AC: Aides à la Contractualisation

ACM: Analyse en Composante Principale

AIG : Activités d'Intérêt Général

ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS: Agence Régionale de Santé

BDHF: Banque de Données Hospitalières de France

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CHT: Communauté Hospitalière de Territoire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNEH: Centre National d'Expertise hospitalière

CREA: Compte de Résultats Analytiques

CREO: Compte de Résultats par Objectifs

DAF: Direction des Finances

DAF: Dotation Annuelle de Financement

DIM : Département d'Information Médicale

DMS: Durée Moyenne de Séjour

ENCC: Etude Nationale des Coûts en méthodologie Commune

EPCI: Etablissement Public de Coopération Intercommunale

EPRD: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPS : Etablissement Public de Santé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHM: Groupe Homogène de Malades

GHS: Groupe Homogène de Séjours

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

HHI: Indice d'Herfindhal-Hirschman

HIA: Hôpital d'Instruction des Armées

HTI: Indice de Hall Tideman

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRM: Imagerie à Résonance Magnétique

MeaH : Mission National d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MIG: Mission d'Intérêt Général

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PUI: Pharmacie à Usage Intérieur

RBV : *Ressource Based View*

T2A : Tarification à l'activité

TTA: Temps de Travail Additionnel

TTCM : Tableau Coût Case Mix

TVA: Taxe à la Valeur Ajoutée

UF : Unité Fonctionnelle

UO : Unités d'œuvre

NB : Les différents sigles ici définis ne seront pas repris et détaillés dans le corps du texte. Il est possible de se référer à ce glossaire pour obtenir leur signification.

Introduction

Les divers entretiens avec décideurs hospitaliers peuvent résumer en une assertion : le champ coopératif évolue et les enjeux économiques des partenariats inter-établissements sont de plus en plus regardés de près. Les coopérations ont longtemps été lancées par effet d'aubaine ou pour des problématiques de démographie médicale. Les questions économiques et la faisabilité financière des coopérations n'étaient considérées que dans un second temps. Ce schéma est en train d'évoluer. L'analyse économique des coopérations se structure et a lieu de plus en plus tôt dans la prise de décision. Une mutation est en cours.

Pour résumer, les raisons incitant aux coopérations sont les suivantes :

- Une problématique de démographie médicale ou d'attractivité du personnel soignant au sens large ;
- Un enjeu d'attractivité de la patientèle pour l'hôpital public par rapport au secteur privé ;
- Une question de surface financière pour mener à bien des investissements ;
- La mutualisation de la production de certaines prestations logistiques, techniques ou médico-techniques.

L'analyse économique a longtemps été limitée et pouvait s'apparenter à un simple calcul coût-bénéfices ou avantages-inconvénients. Elle n'intégrait que peu d'éléments en termes de coûts et de gains d'opportunité et ne faisait peu de place à une analyse marginale. La tarification à l'activité a bouleversé le périmètre et induit le mouvement observé. Les hôpitaux sont ramenés dans le droit commun des lois économiques même si les faillites restent quasi-impossibles. Le *too big too fail* demeure presque systématique en matière hospitalière. Le raisonnement en termes de remboursement du coût salarial n'est plus tenable dans le cadre de la T2A. Souvent l'analyse économique des coopérations est encore menée comme si la dotation globale avait perduré. Par exemple, chiffrer une coopération par le remboursement des frais salariaux est une modalité obsolète. Coopérer peut se traduire par des pertes de recettes du fait de l'indisponibilité du praticien participant au partenariat ou à cause d'activités transférées à un autre établissement. Il faut avoir conscience de ces coûts d'opportunité intrinsèques à la coopération.

La modélisation économique doit tenir compte des recettes et des (de toutes les) dépenses engendrées par les coopérations. Cette double logique – au cœur des choix budgétaires et du fonctionnement d'un hôpital – est ici patente. Les outils (économiques, financiers, managériaux et organisationnels) nécessaires à cette analyse doivent être détaillés et mis en exergue. Certains concepts de l'économie industrielle sont particulièrement fertiles pour s'appesantir sur les coopérations. C'est le cas des rendements d'échelle, des économies de gamme et d'envergure, du rôle du progrès technique ou des questions de spécialisation. Néanmoins, toute une part de la plus value due à une coopération est difficile à chiffrer. Une partie de l'économie de la santé reste intangible et difficilement mesurable : les effets de réputation, les effets de fidélisation, la sécurisation des parcours de soins et la fidélisation des médecins et des patients en sont des exemples.

La décision de coopérer n'est jamais et ne doit pas être purement économique. Elle dépend d'une diversité d'éléments mais peut gagner en pertinence si elle s'appuie sur une analyse économique plus construite. Cette dernière résulte toujours d'une multiplicité de facteurs et dépend d'une fenêtre d'opportunité¹. Ainsi, le but premier d'une coopération ne peut pas être de dégager des marges de manœuvre financières. Mais dans le contexte actuel, se lancer dans des opérations coopératives en faisant abstraction de l'économie serait absurde. Il faut trouver le juste curseur entre ces deux pôles. L'analyse économique doit, en outre, démontrer en quoi les coopérations peuvent améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins.

Cette fenêtre d'opportunité doit pleinement intégrer les enjeux économiques. Les acteurs hospitaliers doivent avoir conscience que d'un point de vue stratégique, tous les projets ne se valent pas. Identifier ces enjeux est donc nécessaire pour mener des coopérations ambitieuses et réellement choisies. La viabilité économique doit être vérifiée mais il faut aussi s'assurer de l'intérêt pour la population de la coopération et veiller à l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle du projet. Dans quelle mesure l'analyse économique offre-t-elle une vision oblique et nouvelle des coopérations hospitalières ? Permet-elle l'objectivisation des enjeux financiers sous-jacents à ces dernières ?

Le but de ce mémoire est triple : comprendre, grâce aux outils de l'économie théorique, le champ coopératif hospitalier et dégager une typologie logique et fonctionnelle des coopérations hospitalières. Enfin, il

¹ Pour prendre le langage de l'analyse stratégique, des sciences de gestion : « Le recours par les hôpitaux aux coopérations est fondée dans l'intrication entre phénomènes économiques (contraintes budgétaires, limitation de l'accès aux ressources) et réalités culturelles ou politiques (existence de valeurs partagées, de relations de confiance, poursuite de stratégies individuelles ou collectives). S. Cueille, « Les alliances comme mode de mise en œuvre de la stratégie des hôpitaux publics français, construction d'un modèle d'analyse », *Présentation*.

se propose d'offrir aux décideurs hospitaliers des outils d'aide à la décision issus des enseignements de la théorie. Ces derniers doivent être confrontés à des exemples concrets de partenariats entre hôpitaux. Ils doivent être en adéquation avec l'expérience de terrain d'un dirigeant hospitalier. Les travaux académiques n'ont d'intérêt et de sens que parce qu'ils éclairent les situations réelles. L'ambition de ce mémoire est de créer ce pont entre les apports de l'économie industrielle et les stratégies développées par les acteurs hospitaliers. Il ne peut en aucun cas faire l'impasse sur la dimension stratégique des jeux d'acteurs existants. Les coopérations sont un des outils stratégiques au service d'un positionnement territorial de l'hôpital. Les questions de management entraînées par les coopérations doivent, aussi, être appréhendées.

La réflexion a été organisée selon une méthodologie en trois points. Des entretiens ont été effectués avec des directeurs ayant mené ou travaillé sur des coopérations. Une analyse des coopérations du CHRU de Brest a été conduite. Elle a aboutie à la sélection de quatre partenariats particuliers qui sont détaillés tout au long du mémoire. Ces derniers donnent corps à la compréhension économique des modalités coopératives. Enfin, des outils sont proposés, et testés dans le mémoire, afin de nourrir l'analyse stratégique et concurrentielle d'un territoire et à favoriser la décision.

De cette manière, les coopérations hospitalières vont être appréhendées par les méthodes de l'économie et tout particulièrement de l'économie industrielle. Cette étude doit conduire à une classification des coopérations (I). La T2A implique un renouvellement des formes coopératives. Elle induit une réflexion sur la valeur ajoutée. Pour ce faire, il est essentiel de saisir les coûts et les recettes engendrés par les mouvements coopératifs (II). Enfin, des outils d'aide à la décision pour le directeur d'hôpital sont mis en exergue et des lignes directrices sur l'évolution des coopérations sont proposées (III).

1 L'évolution du champ coopératif appelle l'élaboration d'une typologie économique des coopérations hospitalières

1.1 Analyse du champ des coopérations hospitalières grâce aux outils économiques

Il est possible de remarquer une évolution du champ coopératif. Les décideurs prennent de plus en plus en compte les questions économiques. De manière traditionnelle, les raisons de la coopération sont de trois sortes : elles permettent de rentabiliser un investissement à plusieurs, de lutter contre une démographie médicale chancelante et/ou d'augmenter la taille ou en tout cas le périmètre de l'établissement. Les entretiens réalisés indiquent qu'une nouvelle phase de la coopération hospitalière émerge (Annexe 10.2). Si les coopérations peuvent être créées pour valoriser des activités et en développer de nouvelles, il ne faut pas pour autant restreindre l'analyse à des problématiques uniquement économiques. La viabilité économique est une étape. Ce mémoire a l'ambition de contribuer à l'éclaircir. Mais les différents acteurs insistent sur le fait qu'il faille, aussi, s'assurer de « l'acceptabilité fonctionnelle et organisationnelle auprès des équipes »².

En effet, les partenariats sont toujours le fruit de décisions multifactorielles. Les raisons d'agir sont multiples et peuvent différer selon les acteurs considérés. Pour être opérationnelles, elles doivent reposer, de plus en plus, sur les intérêts bien compris de chacun.

La T2A a bouleversé le champ coopératif. Elle rend caduc les logiques de remboursement forfaitaire et favorise toutes les mutualisations accroissant la productivité. Elle incite à la coopération sur les fonctions supports, alors qu'elle peut être pénalisante et dissuasive pour les alliances axées sur le partage du temps médical³. Elle entraîne, néanmoins, une réflexion sur la pertinence des activités hospitalières sur un territoire de santé et pousse les établissements à l'efficacité interne. Les établissements vont chercher à accentuer l'activité des disciplines les plus rémunératrices ou se concentrer sur un type d'actes afin d'accentuer leurs rendements d'échelle.

Il faut, donc, imaginer un nouveau fonctionnement des coopérations dans le cadre de la T2A. Il doit favoriser les intérêts à coopérer et permettre que tous profitent des gains de productivité que permettent ces dernières. Pour cela, disposer d'une étude économique sur les coopérations est nécessaire.

1.1.1 Caractéristiques du CHRU de Brest et de ses coopérations

i) Description de l'environnement du CHRU de Brest

Le territoire de santé n°1 de Bretagne comprend trois arrondissements : celui de Brest, celui de Châteaulin et celui de Morlaix. Il représente schématiquement, le Nord Finistère alors que le territoire de santé n°2 comprend le Sud du département. Le CH Quimper est en l'établissement de référence. Ce territoire se caractérise par deux éléments marquants : une disparité entre les cantons environnants Brest et ceux autour de Carhaix. Ces derniers connaissent des difficultés plus fortes : la démographie médicale est moins favorable et la population connaît des situations économiques plus difficiles. L'autre fait prégnant concerne le vieillissement de la population (indice de vieillissement⁴ autour de 100 contre 60 dans les proches environs brestois).

Le territoire de santé connaît, dans son ensemble, une épidémiologie défavorable par rapport au reste de la population française et bretonne. Les taux de mortalité standardisés illustrent ce fait (Annexe I.2.1). Il abrite une population plus sujette aux cancers et aux maladies cardio-respiratoires. Ces indicateurs sont encore plus défavorables pour les régions de Carhaix et de Châteaulin. L'offre de santé du territoire doit prendre en considération cette situation épidémiologique particulière.

Par ailleurs, le profil socio-économique de la population est contrasté. La population finistérienne est plus riche que la population française mais moins que la population bretonne. Ce constat vaut pour l'ensemble des indices retenus (Annexe I.3.1). En outre, la pauvreté croît légèrement sur les dernières années. Cette dernière est plus forte dans les espaces ruraux. Surtout la pauvreté monétaire⁵ est respectivement plus forte dans l'arrondissement de Châteaulin, de Morlaix puis de Brest (Annexe I.3.2). L'arrondissement de Morlaix et surtout de Châteaulin a des indicateurs assez défavorables par rapport aux chiffres régionaux et nationaux⁶. La population y est significativement plus modeste. Une offre publique de santé doit être structurée pour répondre aux besoins de ces populations. Elle doit être accessible géographiquement et financièrement.

²S. Colasse, 2010, « Mesurer l'impact économique d'une stratégie médicale dans le cadre d'une coopération hospitalière : anticiper et dimensionner une CHT », *Finances Hospitalières*.

³L'établissement « prêteur » ne perçoit de l'établissement d'accueil que le remboursement des charges du personnel médical mis à disposition.

⁴Part de la population de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de vingt ans.

⁵ Salaire médian, part des foyers fiscaux imposés et revenu net imposable.

⁶ Le revenu médian y est respectivement de 21 000€ et de 19 200€ contre 22 100€ en Bretagne et 23 400€ en France.

Surtout, le territoire connaît un vieillissement de sa population très marqué. La part des personnes de plus de 75 ans augmente alors que la population croît moins que dans le reste de la Bretagne (Annexe I.1.1). Plus particulièrement, la proportion des personnes âgées est très élevée dans le centre Bretagne (Annexe I.1.2). Ces tendances ont deux conséquences majeures sur l'environnement hospitalier. En premier lieu, les prises en charge se complexifient. Elles se caractérisent par des pathologies particulières (cancers, maladies cardio-respiratoires) voire des poly-pathologies et doivent de plus en plus être articulées et territorialisées. Le vieillissement de la population fait de la fluidification des parcours patients (notamment, le souci de l'aval de l'hospitalisation) et de la prise en charge au plus près du lieu de vie des patients (qui ont du mal à se déplacer) un impératif absolu. Les coopérations sont une manière de répondre à cet objectif.

D'autre part, le vieillissement de la population peut réduire à terme la croissance démographique et, par conséquent, la taille du marché sur lequel est positionné le CHRU. Surtout, il change le positionnement de l'hôpital. Celui-ci est concentré sur des maladies lourdes plus que sur des prises en charge courtes qui ne sont pas adaptées aux patients poly-pathologiques. Toutefois cette réduction de la taille du marché hospitalier est à nuancer. Le Finistère Nord connaît un taux de croissance démographique (naturel comme migratoire) positif. C'est surtout la composition de la population qui va évoluer (Annexe I.1.3). D'ici 2040, la part des 25-59 ans va passer de 46% à 39.8% (Annexes I.1.1 et 3). Ce vieillissement est patent en périphérie de Brest et dans les campagnes. Plus que se réduire, le marché va évoluer.

ii) Le CHRU de Brest engagé dans de multiples coopérations

Deux des quatre raisons précédemment citées peuvent expliquer le fort nombre de partenariats du CHRU de Brest : une démographie médicale très fragile dans certains cantons ou arrondissements du territoire et une accessibilité au CHRU limitée.

Prise de manière globale, la démographie médicale du territoire n'est pas très défavorable (Annexe II.2.1). Cette moyenne globale cache des disparités conséquentes. La situation est convenable sur Brest (sauf pour les disciplines en difficulté : radiologues, anesthésistes et gynécologues) mais est très délicate sur les cantons de Carhaix, Maël-Carhaix et Huelgoat. Cette fragilité est valable pour les professionnels libéraux ou hospitaliers. La faible attractivité du CH de Carhaix et ses difficultés de recrutement étaient en grande partie responsables de ses problèmes financiers et, donc, de la fusion de 2010. Cette dernière n'a que partiellement réglé le problème. Le recrutement de médecins dans les CH de Lanerneau et Crozon ainsi que sur le site de Carhaix du CHRU demeure un enjeu crucial. Les coopérations hospitalières (respectivement une fusion, une direction commune et de la télémédecine dans le cadre de la CHT) sont des réponses à cette problématique.

Sur les trois exemples de disciplines médicales développés dans le mémoire (*cf. infra*), il est possible de mettre en avant certains faits saillants de la démographie médicale du Nord-Finistère (Annexe II.2.2). La part des praticiens en secteur deux est très faible⁷. Pour exemple, 16.6% des urologues pratiquent des dépassements d'honoraires contre 70.7% en France. L'effectif hospitalier est plus fort proportionnellement que dans d'autres régions. La densité hospitalière et l'âge moyen des praticiens dépendent beaucoup des disciplines. Les gastro-entérologues sont plus nombreux et plus jeunes, proportionnellement, que dans le reste de la Bretagne et de la France. Alors que les urologues sont plus vieux qu'ailleurs et les cardiologues moins nombreux.

Les alliances hospitalières peuvent, par ailleurs, trouver leur origine dans l'accessibilité limitée de l'offre hospitalière pour un certain nombre de cantons. L'accessibilité géographique, en termes de temps d'accès est un des facteurs discriminants dans le choix des patients⁸. Ainsi, l'accès au CHRU de Brest est difficile pour un certain nombre de patients. La presqu'île de Crozon ou le Nord du Finistère sont situés à plus d'une heure de tout hôpital (Annexe III.1). Le site de Carhaix du CHRU de Brest est à plus d'une heure et quart des trois sites brestois (Morvan, La Cavale Blanche et Bohars) comme le montrent les courbes isochrones (Annexes III.1 et 2). Une grande partie du territoire de santé, autour de Carhaix, connaît par conséquent des difficultés pour accéder aux plateaux techniques (Annexe III.2). Qui plus est, les patients hésitent souvent entre le CHRU de Brest, le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouailles (CHIC) de Quimper ou les cliniques privées qui ont historiquement tissés des réseaux d'adressage. Dans ce cadre, les coopérations hospitalières se justifient pleinement pour offrir une offre de proximité à ces populations (dans la maison de santé du Faou près de Châteaulin, à Carhaix ou même à Lanerneau qui est plus proche de la côte nord du Finistère). Cet enjeu est

⁷ Ce fait est souvent expliqué de manière culturelle. Peu de praticiens hospitaliers ont une activité libérale, encore moins en secteur deux. Les praticiens exerçant en clinique le font en secteur un. Il n'y a pas de concurrence par les prix entre le privé et le public en Bretagne et tout particulièrement dans le territoire de santé n°1.

⁸ C. Pascal *et al.*, 2009, « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé. Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité. », *Journal de gestion et d'économie médicales*.

central puisque le CHRU ne peut pas développer son activité autrement que dans ces territoires. La concurrence brestoise est dense et il n'existe pas de possibilités de conquête de parts de marché vers l'ouest.

Pour ces deux raisons, l'hôpital a développé des liens nombreux avec le territoire sur lequel il est situé. Ces coopérations sont protéiformes (Annexe IV.2.2). Elles se caractérisent par une CHT sur le territoire de santé, par la mise en œuvre et l'animation d'une direction commune ou encore par la fusion effectuée avec le CH de Carhaix-Plouguen. Par ailleurs, le contexte actuel pousse au rapprochement entre l'Hôpital d'Instruction des Armées et le CHRU. Cette superposition d'une CHT, d'une direction commune, d'une fusion – parfois non intégrée par tous les professionnels⁹ – et des partenariats divers (Annexe IV.2.2) peut rendre opaque le champ coopératif. Ce fait pose la question de l'inclusion de ces nombreuses coopérations à géométrie variable en une seule forme coopérative plus intégrative.

Elles concernent plusieurs domaines : temps médical partagé, permanence des soins, développement d'activités chirurgicales tout comme des questions médico-techniques (PUI ou laboratoires avec St Renan et Lesneven, par exemple) ou logistiques (Annexe IV.2.2 ; IV.3.1 ; 2 et 3). Le développement de ces alliances est ancien (le GIE pour l'IRM de l'hôpital Morvan, par exemple) et s'est accentué dans les années récentes suite à la fusion de Carhaix.

Le rôle territorial du CHRU de Brest a été assumé et porté. Néanmoins, le modèle économique de ce dernier n'a pas été construit précisément même si, naturellement, des études médico-économiques ont été élaborées au fur et à mesure. Le lancement d'un « GCS ville-hôpital » permettant de proposer une rémunération et un exercice attractif à l'hôpital pour les libéraux de ville a permis d'engager une réflexion sur la création de la valeur ajoutée à l'hôpital dans le cadre des coopérations. Il a permis une prise de conscience : les remboursements de temps médicaux – dont les contrats d'attachés à l'hôpital ne sont que des avatars – sont des dispositifs surannés. Disposer d'outils économiques précis, fiables et partagés est, par conséquent, un enjeu central pour le CHRU.

1.1.2 Une utilisation réfléchie des outils de l'économie industrielle est indispensable pour analyser le « quasi-marché » de la santé

- i) Des outils de l'économie utiles pour appréhender les phénomènes existants sur le marché de la santé : effets d'échelle, taille critique, avantages comparatifs et maîtrise des ressources rares et stratégiques

Les coopérations sont mises en œuvre lorsque les hôpitaux font face à des phénomènes de rareté (ressources médicales, disponibilités pour investir). C'est moins le cas lorsque le marché est excédentaire (contrainte non saturée). Les acteurs préfèrent dans ce cadre des stratégies moins coopératives. Les établissements de santé sont dans un jeu à somme nulle fondé – car l'enveloppe nationale est plafonnée – sur l'activité¹⁰. Toutefois, il ne faut pas négliger les effets de l'offre et de la demande de soins. Dans la mesure où les hôpitaux sont en concurrence dans la réalisation d'une activité, il est envisageable et légitime de parler de marché¹¹. Ils ne peuvent pas jouer sur les prix (à part pour les recettes subsidiaires) et doivent travailler sur les coûts ou sur un accroissement de leur part de marché¹². Dans ce contexte, le concept de quasi-marché est adapté. Quatre outils de l'économie industrielle peuvent être riches d'enseignements pour décrire l'effet des partenariats hospitaliers sur ce quasi-marché.

L'effet taille est un facteur d'amélioration de la performance grâce à des économies d'échelles, d'envergure ou de gammes. Les économies d'échelles proviennent de rendements d'échelles croissants de la production de soin et supposent un taux d'utilisation proche des capacités maximales¹³. Ainsi, augmenter le nombre de patients peut permettre de réduire le coût unitaire du soin. Les hôpitaux ont des coûts fixes considérables (en termes de personnel, de matériel et d'infrastructure). C'est, de manière patente, le cas des blocs opératoires. Les coopérations permettent d'accroître le nombre de patients et donc de se rapprocher d'un taux d'occupation des lits optimal. L'activité additionnelle, à iso-capacité de production, permet de dégager une marge d'exploitation excédentaire. Elle peut être mesurée par la marge sur coûts variables (Annexe VII.1 et 2).

⁹Il arrive que l'hôpital de Carhaix soit considéré comme un hôpital particulier plus que comme un site propre du CHRU. Sa distance et sa taille font qu'il peut avoir le fonctionnement d'un hôpital. Par contre, les services sont intégrés aux pôles médicaux et administratifs brestois. Le directeur de site a aussi des responsabilités au sein du CHRU à la différence du CH de Landerneau, en direction commune, qui dispose de sa propre équipe de direction.

¹⁰Ce plafond peut être mouvant. Le système crée sa propre augmentation. Un patient d'aujourd'hui est un patient de demain alors que si je ne le soigne pas, il peut mourir et ne plus être patient. Il existe une activité induite dans tout système de soins. Les prescripteurs peuvent modifier le besoin de soin. En matière de santé, l'offre peut créer la demande.

¹¹M. Gaynor et D. Haas-Wilson, 1999, « Change, consolidation and competition in Health Care markets », *Journal of Economic Perspectives*

¹²Bartlett et al., 1994, *Quasi-market in the Welfare State*.

¹³Une économie d'échelle distingue le fait que le coût de production de l'unité n+1 du bien est moins élevé que celui de l'unité n. C'est, notamment, du à des coûts fixes importants et une capacité à réduire les coûts par mutualisation à partir d'un certain pallier.

« La T2A, qui finance l'activité sur la base des coûts complets constatés par une étude nationale des coûts, n'a pas modélisé cette problématique économique »¹⁴.

De même, une structure intégrée est génératrice d'**économies de gamme**¹⁵. L'effet de gamme est le fait que « la production simultanée de plusieurs activités se traduit [...] par des gains en termes de coûts »¹⁶. Selon l'influence de cet effet, il est possible de choisir entre spécialisation et diversification. Les résultats de la théorie économique sont contradictoires¹⁷. La plupart des études plaident pour un choix entre la diversification ou l'hyperspécialisation¹⁸. Si un hôpital mène plusieurs activités alors il peut avoir intérêt à se diversifier davantage (en termes d'actes et pas nécessairement de disciplines) pour profiter des effets de gamme¹⁹. C'est le cas des coopérations visant à installer des consultations avancées. Les établissements hébergeurs font le pari (communicationnel, notamment) que ces activités vont en attirer d'autres. Par contre, les établissements spécialisés doivent poursuivre dans cette voie pour profiter pleinement des rendements d'échelles croissants. Ils doivent se concentrer sur leur efficacité productive (cf. *infra*) alors que les autres hôpitaux jouent plus sur leur efficacité allocative. La coopération hospitalière qui renforce la seconde prend tout son sens dans une optique de diversification.

Les alliances stratégiques s'appuient sur un dernier type d'économie, les **économies d'envergure**²⁰. Elles se construisent dans une optique de complémentarité des soins et de partage d'infrastructure lourde²¹. C'est le cas à Brest pour l'achat d'un TEP. Sans regroupement géographique et sans limitation de la dispersion des plateaux techniques perdurent, il sera difficile de procéder à des mutualisations et des économies.

La **taille critique** joue sur deux facteurs : l'amélioration de la qualité et les économies d'échelle. C'est cette taille critique qui peut pousser aux coopérations. Afin de l'obtenir certains acteurs hospitaliers vont se rapprocher et travailler de concert. Ainsi, les effets d'échelle sont surtout importants pour les petites structures. Il existe une taille critique minimale²². La littérature économique suggère que les économies d'échelle sont réalisées pour un nombre peu élevé de lits. Même si, du fait de l'excès de l'offre de soins, il est possible que les coûts marginaux soient moins décroissants que dans d'autres pays²³. L'IGAS cite une étude montrant que les économies d'échelle ont lieu jusqu'à 200 lits et les « déséconomies d'échelles » après 600 lits²⁴. Ce rendement d'échelle décroissant est dû aux effets d'encombrement²⁵. Ils sont endogènes à la grande taille : attente, priorisation, bureaucratisation, etc. Les courbes de coûts moyens ont une forme de U aplatis (cf. graphique ci-après)²⁶. Il existe une taille optimale. Néanmoins, les grands hôpitaux compensent ce fonctionnement inefficace par d'autres avantages comme l'utilisation de ressources rares. L'étude de PwC montre que le coût minimal moyen est obtenu pour les hôpitaux entre 200 et 300 lits²⁷. En conclusion, les effets de taille sont primordiaux (*big is not ugly but small is not so beautiful*).

¹⁴A. Chauchat, 2013, « La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique », *Gestions hospitalières*.

¹⁵Une économie de gamme est le fait que les coûts de production unitaires décroissent avec l'élargissement de la gamme des produits et services proposés par l'entreprise. M. Louazel, 2013, « Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », *Gestions hospitalières*.

¹⁶M. Kerleau, M. Le Vaillant et Z. Or, 2005, « Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux », *Dossiers Solidarité et santé*.

¹⁷IGAS, 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*.

¹⁸La diversification vise au développement de nouvelle activité (croissance groupale) ou de nouveaux secteurs (croissance conglomérale). Les excédents des activités précédentes financent les investissements. Alors que la spécialisation hospitalière s'explique par la volonté d'optimiser l'appareil de production en fonction des recettes prévisionnelles. La tendance à la spécialisation s'est amplifiée au début des années 2000 notamment dans les villes moyennes où les situations de duopole public-privé sont fréquentes en raison d'effets de seuil et de délivrance des autorisations. A. Chauchat, 2009, « La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public », *Mémoires de l'EHESP*.

¹⁹M. Kerleau et al. calculent un indicateur d'entropie – qui mesure la dispersion (cf. *infra*) – entre les disciplines et entre les activités couvertes par ces disciplines. Ils remarquent que la corrélation entre les composantes de l'entropie est élevée. Le fait de couvrir un nombre élevé de disciplines va de pair avec l'étendue d'une activité sur un grand nombre de produits. Ils trouvent des effets positifs à cette accumulation de disciplines dont des effets de gamme. M. Kerleau, M. Le Vaillant et Z. Or, 2005, « La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie », *Dossiers Solidarité et santé*.

²⁰Une économie d'envergure se définit par un effet taille accrue. Elles proviennent de productions jointes et existent lorsqu'un seul hôpital produit de manière plus efficace des quantités données que deux hôpitaux. Elles diffèrent des économies d'échelle caractérisées par la baisse du coût unitaire de production avec l'augmentation de la quantité produite.

²¹S. Jacobzone, 1995, « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences sociales et santé*.

²²J. Joubert et J-P. Lala, 2014, « La communauté hospitalière de territoire. Un équilibre en stratégies mixtes », *Gestions Hospitalières*.

²³K. Brekke, R. Cellini, L. Siciliani, et O. Straume, 2010, « Competition and quality in health care markets: A differential-game approach », *Journal of Health Economics*.

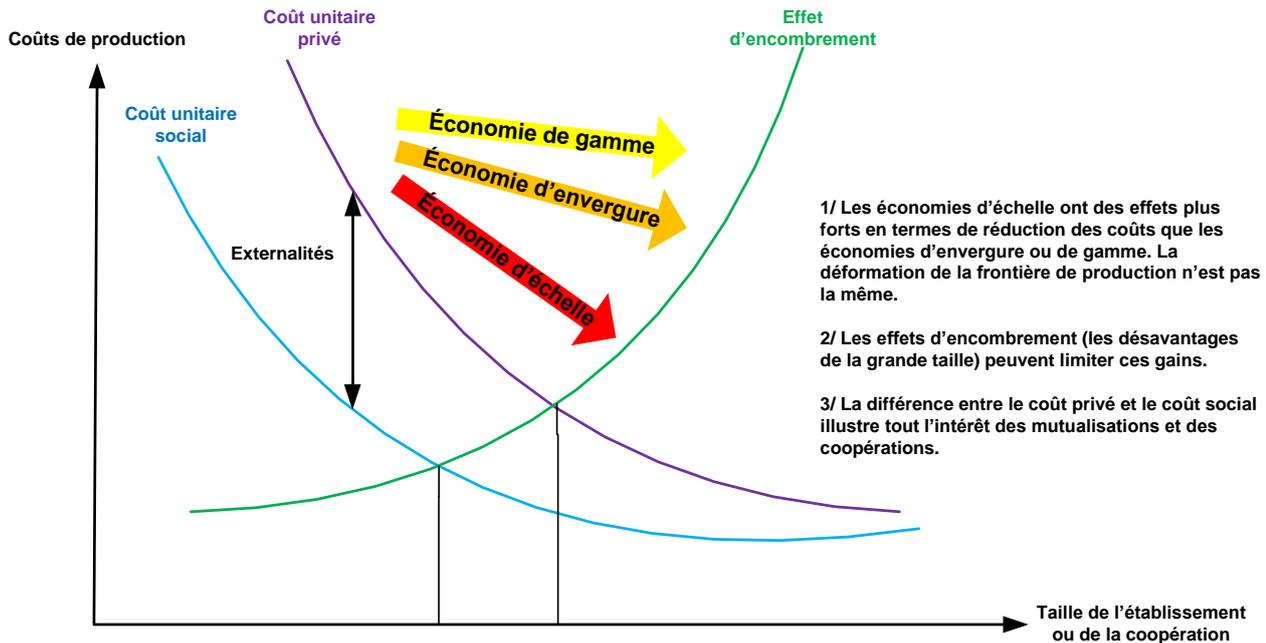
²⁴La grande taille n'est pas un but en soi. « Au-delà des questions proprement économiques de la grande taille (raréfaction des ressources, poids des investissements) ; les organisations des grande taille génèrent des coûts qui leur sont propres (fonctionnement de siège, coûts des dispositifs de supervision et de contrôle, enjeu de gestion des ressources humaines [...]) ». Elles sont aussi menacées par des risques propres à leur complexité comme la bureaucratisation et le manque de visibilité de leur gouvernance. IGAS, *op.cit.*

²⁵Dress, 2013, « Panorama des établissements de santé 2012 », *Etudes et statistiques*.

²⁶Une étude américaine montre ainsi qu'au dessus de 200 lits il n'existe peu ou pas d'économies d'échelle, entre 200 et 400 lits ce serait la taille optimale pour les soins aigus et au dessus de 400 lits une augmentation des coûts existerait. J. Posnett, 1999, « The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care », *BMJ 1999 Work Health Consortium*.

²⁷PwC-DGOS, 2008, *Evaluation de l'impact économique des effets de taille et de gamme dans les établissements de santé – Analyse statistique : rapport de fin de phase*.

Coût de production des soins et taille des établissements : économie d'échelle, de gamme et d'envergure



Sources : J. Joubert et J-P. Lala, 2014, « La communauté hospitalière de territoire. Un équilibre en stratégies mixtes », *Gestions Hospitalières*.
Graphique librement adapté.

Par ailleurs, il existe un effet positif de la taille sur la qualité des soins au niveau de l'établissement (« effet-équipe ») et au niveau des praticiens eux-mêmes (« effet expérience »). Il n'est pas automatique mais spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au dessus d'un certain volume²⁸. La qualité des soins augmente avec l'activité et, particulièrement, pour les actes complexes. C'est dû à deux effets : « l'effet d'apprentissage au niveau individuel » mais aussi au « niveau de l'hôpital (transfert de connaissances, mode d'organisation) »²⁹. Plus l'intervention est spécifique, plus la corrélation volume-qualité est affirmée. Ainsi, il existe un consensus sur la nécessité de fermer les activités à trop faible activité notamment pour des activités particulières à forte technicité (blocs opératoires, majoritairement). La fermeture de ces unités en obstétrique ou en chirurgie conduit souvent à des coopérations pour maintenir des consultations avancées et une offre de proximité aux populations. La perte d'autorisation peut, parfois, être compensée par le développement de partenariats.

Pour citer un exemple, les études sur la cardiologie vont toutes dans le mêmes sens. Il existe un impact du volume d'activité non seulement des établissements mais aussi des chirurgiens. Il entraîne une réduction de la mortalité et une augmentation de la durée de vie des patients. Cependant, il ne faut pas négliger dans certains cas le « renvoi sélectif ». Les patients sont orientés vers les hôpitaux ayant les meilleurs résultats. Si cette thèse nuance la corrélation, elle indique surtout un cercle vertueux. Les établissements avec plus de patients offrent des soins de meilleure qualité ce qui attire de nouveaux patients. Le niveau d'activité détermine, ainsi, l'influence de l'hôpital et par conséquent la structure concurrentielle. Les différences qualitatives peuvent générer « des économies d'échelle externes qui [...] (ont un impact) sur la performance de l'établissement lui-même et plus globalement celle du marché hospitalier »³⁰. La qualité des soins est un des éléments de la concurrence entre hôpitaux³¹.

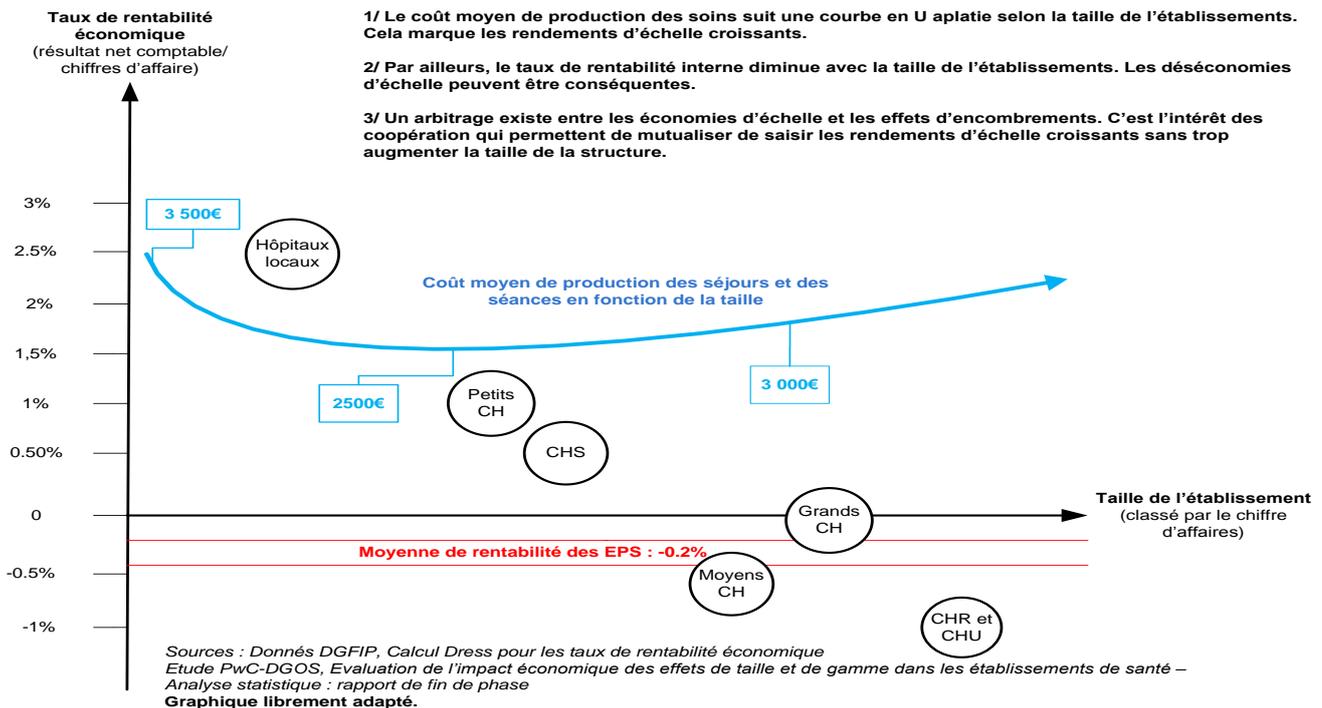
²⁸ IGAS, *op.cit.*

²⁹ L. Com-Ruelle, Z. Or et T. Renaud, 2008, « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature », *Questions d'économie de la santé*.

³⁰ L. Com-Ruelle, Z. Or et T. Renaud, *ibid.*

³¹ H. Gravelle et P. Sivey, 2010, « Imperfect information in a quality-competitive hospital market », *Journal of Health Economics*.

Evaluation des économies d'échelle pour les hôpitaux : taux de rentabilité économique et coûts de production en fonction de la taille des établissements



La théorie économique classique indique que chaque acteur doit se spécialiser dans les secteurs où il a des **avantages comparatifs** *i.e* là où il dispose de la productivité la plus forte par rapport à ses concurrents³². Cet enseignement pousse à la spécialisation des établissements de santé. Cette stratégie de focalisation est séduisante pour les acteurs : ils ont « l'impression de maîtriser leur destin »³³. Chauchat indique que cela peut être un des attendus de la coopération : « La concentration consiste à renforcer son avantage comparatif en poursuivant une stratégie de domination par les coûts (effets volume, effets envergure, effets d'expérience) »³⁴. Cette analyse peut être menée à partir des Comptes de Résultats Analytiques (CRA) d'un établissement, de ses parts de marché et de son pouvoir de marché (Annexe V.3.2, 4.2, 5.2, 6.2 pour les parts de marché et V.7.1 et 2 pour les pouvoirs de marché). Le double rattachement des coûts fixes aux établissements et aux activités particulières fait qu'un degré de spécialisation est un facteur de rentabilité. Plus un établissement a un avantage comparatif dans un domaine, plus il doit se spécialiser dans celui-ci. Cette spécialisation ne doit, cependant, pas limiter le développement d'autres spécialités. Un CHRU qui n'effectue que des actes de recours et qui abandonne les actes de proximité peut mettre en péril son équilibre financier à moins de ne plus effectuer du tout ces actes. Le CHRU doit articuler trois niveaux de réponse territoriale : territoire de santé, de recours régional et interrégional. Il lui est, par conséquent, difficile d'abandonner totalement des activités et de se spécialiser sur certains de ses avantages comparatifs.

La coopération hospitalière permet d'**acquérir des ressources rares** ou de régler la question de leur partage³⁵. Ces ressources rares sont essentiellement le personnel médical ou l'innovation technologique. Il existe une dépendance envers les ressources rares. La survie et la réussite d'une organisation dépendent de sa capacité à acquérir et maintenir ces dernières. Un hôpital doit gérer ses sources de dépendances. En ce sens, les coopérations permettent aux hôpitaux « d'absorber les ressources » ou de « les intégrer partiellement »³⁶. Qui plus est, elles favorisent, aussi, les missions de contrôle et d'expertise. C'est d'autant plus important que les compétences du personnel dans ces domaines sont importantes³⁷. Les stratégies partenariales sont une manière de réduire la dépendance à des ressources sur lesquelles est fondée l'existence même de l'hôpital³⁸.

³² Il faut distinguer cela d'un avantage absolu. Même si toutes ses productivités sont inférieures à celles de ces concurrents, il doit se spécialiser sur le champ où il a la moins faible productivité.

³³ C. Pascal *et al.*, *ibid*

³⁴ A. Chauchat, 2009, *Op.cit.*

³⁵ Les coopérations permettent ainsi de « réduire l'incertitude face à la pénurie des ressources médicales impliquées dans la permanence des soins et le besoin d'optimiser les processus de soins quand l'établissement ne dispose plus seuls des ressources pour atteindre ces objectifs ». C. Routelous *et al.*, 2011, « Pourquoi coopérer avec les cliniques pour les hôpitaux publics », *Management & Avenir*.

³⁶ C. Routelous *et al.*, *ibid*.

³⁷ A. Georges-Picot et B. Allard, 2009, « Des CSP pour les CHT », *Finances Hospitalières*.

³⁸ « La coopération se présente comme une solution « gagnant-gagnant » sous réserves de partages des activités et de mise en œuvre d'une filière intégrée devant favoriser l'optimisation de l'usage des ressources et l'emprise sur la population du territoire ». C. Routelous *et al.*, *ibid*.

ii) Le rôle clef du progrès technique

Le **progrès technique** a une influence déterminante³⁹. Dans le domaine de la santé, c'est un progrès technique à la Solow⁴⁰. Le ratio capital/travail augmente. L'intensité capitalistique de la production s'accroît et la productivité marginale du capital augmente. Ce progrès technique a, aussi, dans un deuxième temps une influence sur la productivité du travail. Celle-ci croît. Les métiers se spécialisent. Le personnel a besoin de compétences de plus en plus techniques pour s'occuper d'une industrie de santé marquée par une complexification des plateaux techniques⁴¹. Le rythme des innovations technologiques s'accélère⁴² et les dirigeants hospitaliers doivent en tenir compte.

Cette évolution majeure permet de se positionner dans le débat entre spécialisation et diversification. Le rôle fondamental du progrès technique implique que les hôpitaux doivent se centrer sur les activités pour lesquelles ils ont les moyens d'investir⁴³ et des avantages comparatifs conséquents. La spécialisation est nécessaire pour les actes techniques.

Deux contresens doivent, cependant, être évités. Cela ne signifie pas que les petites structures n'ont pas d'avenir. Elles doivent être spécialisées dans un type de prise en charge pour accroître leur efficacité et engranger les économies d'échelle. Leur stratégie de diversification ne peut passer que par les coopérations. De même, pour les structures de taille plus importante. Elles peuvent se diversifier pour engendrer des économies de gamme voire d'envergure mais elles ne pourront pas exceller partout. Elles doivent faire des choix. En outre, l'évolution des tarifs à la baisse va diminuer le niveau des points morts⁴⁴ et donc réduire la rentabilité de certaines activités. La stratégie de diversification ne peut se traduire que par l'abandon de certaines activités et par des coopérations pour une prise en charge globale de leur patient. Le progrès technique fait des alliances une nécessité.

iii) Théorie économique et structures concurrentielles, des enseignements précieux

Le cadre économique de la concurrence distingue neuf types de marché⁴⁵. En matière hospitalière, la concurrence se fait sur les quantités⁴⁶. Mais elle n'est pas statique et il existe des interactions entre les acteurs⁴⁷. Elle a lieu sur le niveau de soins produit et en anticipant les réactions des concurrents. Le marché de la santé connaît souvent des monopoles ou des oligopoles locaux du fait de coûts fixes importants. De plus, les concurrents ne peuvent entrer puis se retirer du marché une fois le profit effectué⁴⁸. Il existe de fortes barrières à la sortie dans le monde hospitalier⁴⁹.

Le cadre de la concurrence monopolistique théorique est utile pour comprendre le fonctionnement de la concurrence entre hôpitaux⁵⁰. Les hôpitaux proposent des produits différenciés (qualité, localisation, temps d'attente différents) et disposent pour ces produits de monopoles limités du fait du grand nombre de biens

³⁹CCSIS et CSF, 2013, *Industries et technologies de santé*

⁴⁰Les économistes différencient les innovations technologiques au sens de Harrod, de Solow et Hicks qui accroissent, respectivement, l'efficacité du travail, du capital et des deux facteurs de production.

⁴¹Ce résultat est classique en économie. Il s'agit du paradoxe de Léontief. Il est possible de prouver, avec un modèle néo-technologique que l'augmentation l'intensité capitalistique des industries accroît la qualification des travailleurs. C'est le mécanisme qui est au cœur de la théorie du capital humain. D. Trefler, 1993, « International Factor Price Differences: Leontief was Right! », *Journal of Political Economy*.

⁴²Ce mouvement peut correspondre à celui du passage d'innovations incrémentales (qu'elles soient de produits – comme les nouvelles molécules ou chimiothérapies, les nouveaux dispositifs implantables –, de services – prise de rendez vous en ligne, chirurgie ambulatoire, par exemple – ou de procédés – chirurgie ambulatoire et hôpital de jour, *data-based medicine*, entre autres –) à des innovations radicales (cœur artificiel, médecine nucléaire, etc.) bouleversant la manière de faire de la médecine et de prendre en charge les patients.

⁴³Dormont et al. (2006) montrent, sur les dix dernières années, que les changements de pratiques médicales dues au progrès techniques ont eu des conséquences financières 3,8 fois plus importantes que les changements d'ordre démographiques. B. Dormont, M. Grignon et H. Huber 2006, « Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing », *Health Economics*. En France, selon l'hypothèse (basse ou haute) retenue pour la rapidité des changements technologiques, les dépenses de santé correspondraient à 14 ou 21% du PIB. Ce résultat, à l'échelle du pays, illustre parfaitement les conséquences pour chaque hôpital qui verra ses dépenses augmenter en due proportion. B. Dormont, 2009, « Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? », *Opuscule du Cepremap*.

⁴⁴Le point mort désigne le seuil de rentabilité d'une activité. En deçà, l'activité est rentable au-delà, elle ne l'est plus. Dans une économie où les prix sont fixes, elle désigne le moment où les coûts marginaux vont augmenter et où les déséconomies d'échelle vont supplanter les économies d'échelle et de gamme. C'est un point d'inflexion.

| ⁴⁵ Demandeurs/offreurs | Un | Quelques-uns | Multitude |
|-----------------------------------|--------------------|---|---|
| Un | Monopole bilatéral | Monopsonne contrarié | Monopsonne |
| Quelques un | Monopole contrarié | Oligopole bilatérale et duopole s'il n'y a que deux acteurs | Oligopsonne |
| Multitude | Monopole | Oligopole et duopole s'il n'y a que deux acteurs | Atomicité, concurrence pure et parfaite |

⁴⁶En concurrence pure et parfaite, le prix est la variable d'ajustement du marché alors qu'en monopole le prix est fixé la firme. Pour les duopoles, la concurrence peut jouer sur les prix (concurrence à la Bertrand) ou sur la quantité produite (concurrence à la Cournot). J. Tirole, 1988, *The Theory of Industrial Organization*.

⁴⁷Si un modèle à la Stackelberg ou à la Bowley est utilisé ; les hôpitaux se croiraient soit pilote, soit satellite et ajusteraient leur comportement à partir de leurs croyances. La capacité à repérer et à analyser correctement les signaux émis sont des moyens de dissuasion dans le jeu concurrentiel notamment en décourageant les autres compétiteurs. C. Pascal et al., 2009, « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé. Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité. », *Journal de gestion et d'économie médicales*.

⁴⁸Du fait de ces derniers et d'autres caractéristiques intrinsèques de la santé (coût d'apprentissage, effet réputation, etc.) ; les stratégies « d'entrée fugitive » ne peuvent pas exister (*Hit and Run behaviour*).

⁴⁹DRESS, *op.cit.*

⁵⁰A. Dixit et J. Stiglitz, 1977, « Monopolistic Competition and Optimum Product Diversity », *American Economic Review* et O. Hart, 1985, « Monopolistic Competition in the Spirit of Chamberlin: A General Model », *Review of Economic Studies*.

substitués. Les patients peuvent choisir selon leur goût. Le faible pouvoir de monopole permet à chacun de choisir sa quantité produite même si celle-ci est dépendante des autres producteurs. Il existe un avantage comparatif à différencier les produits selon l'emplacement de l'hôpital⁵¹. Plus un hôpital a une concurrence rapprochée, plus il doit différencier son offre⁵². Plus un hôpital a des rendements d'échelle importants, plus il va concentrer l'activité⁵³. Non seulement les gains d'efficacité augmentent la productivité de l'hôpital mais ils conditionnent aussi son développement futur.

L'hôpital fait partie des économies de réseau pour les économistes. Quatre caractéristiques permettent de distinguer le réseau au niveau économique⁵⁴ :

- L'activité présente-elle des économies d'échelle ou d'envergure ?
- Existe-t-il des subventions croisées ?
- Les consommateurs bénéficient-ils d'un effet club⁵⁵ ?
- Un conflit de frontière existe-t-il entre services monopolistiques et concurrentiels ?

Il faut répondre « oui » à ces différentes questions. Les deux premières sont directes (*cf. supra* et le rôle de l'Etat dans le financement des hôpitaux). De même, l'utilisation par des patients d'une structure hospitalière augmente la qualité des soins et donc l'utilité de la structure pour d'autres patients. Un effet club doit être décelé. Son intérêt (attractivité des patients et des praticiens) croît avec le nombre de patients ou de praticiens l'utilisant⁵⁶. Enfin, la répartition entre activités concurrentielles et activités de service public concentre tous les débats sur le financement des établissements de santé. Le conflit de frontière est patent. La structure productive est, souvent, duale avec une partie à très forts coûts fixes contrôlée par un monopole public et des services à valeur ajoutée où s'exerce la concurrence privée. Ce type d'effet réseau se retrouve pour une coopération⁵⁷.

Les situations rencontrées sont, souvent, celles d'oligopole voire de duopole. L'économie de la santé est un secteur où existent de multiples barrières à l'entrée : production soumise à des économies d'échelle et à des coûts fixes, accumulation de capital humain, rôle central de l'expérience, contrats de confiance entre les praticiens installés et leurs patients. Trois types de situations émergent :

- **L'entrée bloquée.** Les producteurs de soins en place se comportent comme un oligopole en rendant l'entrée moins profitable (développement de stratégie pour s'accaparer la clientèle). Le développement de filière, la mise en place de consultations avancées ou d'activités sur d'autres sites correspondent à cette stratégie ;
- **L'entrée dissuadée.** L'entrée n'est pas bloquée mais les acteurs en place modifient leur comportement pour la rendre non-profitable. La filiarisation de certaines disciplines y participe. C'est ce cadre là qui correspond le mieux à la majeure partie des cas de création des coopérations⁵⁸.
- **L'entrée accommodée.** Il est moins coûteux pour les professionnels en place de laisser des concurrents entrer plutôt que de tenter d'ériger des barrières.

Face à ces trois cas de figures, deux stratégies peuvent être développées. Il est possible d'investir plus pour dissuader l'entrée, c'est l'optique du « chien méchant » (« *top dog* »). C'est le cas pour les partenariats hospitaliers pour lesquels la maîtrise des ressources rares est centrale. Il est, aussi, envisageable de moins investir pour dissuader l'entrée, c'est l'hypothèse du « maigre et affamé » (« *lean and hungry* »)⁵⁹. L'investissement est tellement probable en deuxième période que les concurrents refusent de s'exposer à cette forte concurrence. Ce cadre d'analyse ne peut, néanmoins, que difficilement correspondre au champ des coopérations.

Ce cadre théorique permet d'analyser les stratégies développées par les acteurs. Certains cas de « concurrence négociée » décrits par M. Louazel l'illustre. Le « partage d'activité pour neutraliser la concurrence » correspond à une entrée bloquée alors que la réduction conjointe des taux de fuite vers le

⁵¹Principe de la différenciation minimale et principe de diversification des produits.

⁵²A partir de ces modèles, il est possible d'expliquer la concurrence spatiale (linéaire à la Hotelling et circulaire à la Salop). J-F. Thisse et S. Scotchmer, 1993, « Les implications de l'espace pour la concurrence », *Revue économique* et C. d'Aspremont, J-J. Gabszewicz, J-F. Thisse, 1979, « On Hotelling's 'Stability in Competition' », *Econometrica* et S. Salop, 1979, « Monopolistic competition with outside goods », *The Bell Journal of Economics*.

⁵³P. Krugman, 1991, « Increasing Returns and Economic Geography », *Journal of Political Economy*.

⁵⁴S. Jacobzone, *op.cit.*

⁵⁵L'utilité de l'infrastructure augmente avec le nombre d'utilisateurs.

⁵⁶« Les industries dont les sources d'avantage concurrentiel sont fondées sur un savoir-faire ou sur une technologie sont sujettes à des externalités de réseau. Il est essentiel que les patients puissent avoir accès à d'autres services ». C'est de manière patente le cas de la médecine et encore plus des coopérations hospitalières dont l'efficacité augmente avec le nombre de patients soignées par elles. F. Sanou et F. Le Roy, 2006, « Aggressivité, coopération ou coopération : quelle stratégie performante dans les industries de réseaux ? », *Document de travail*.

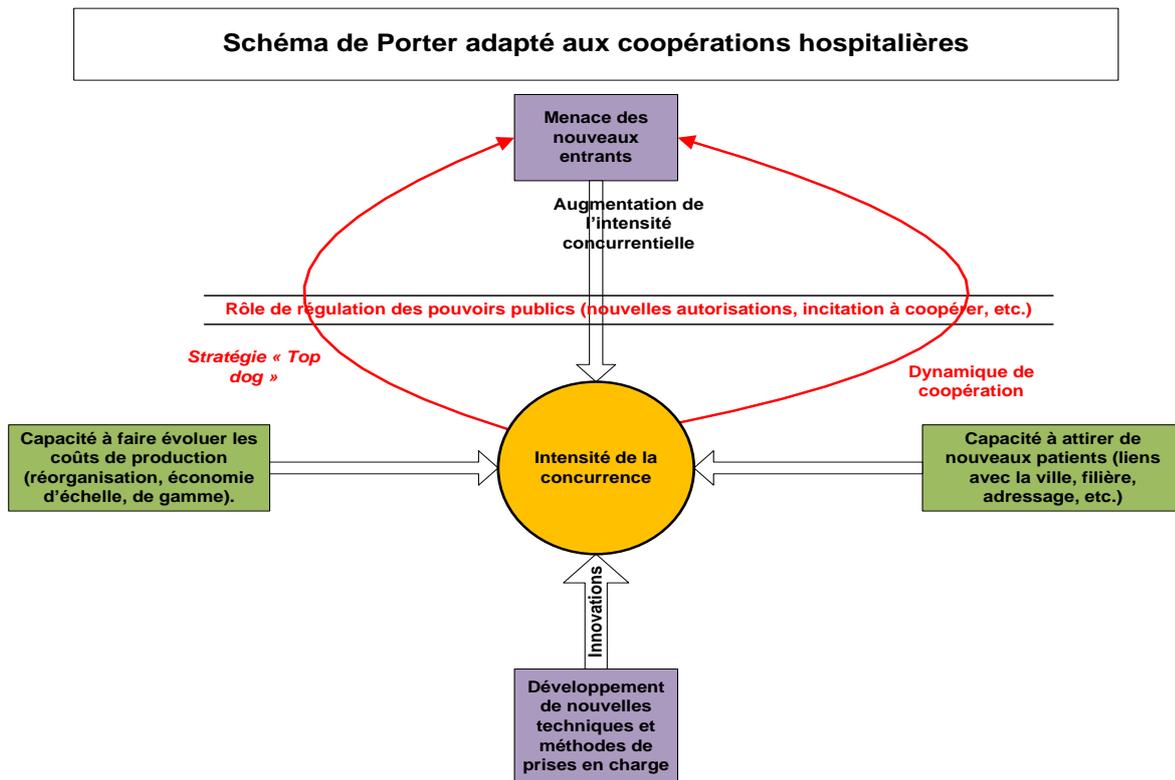
⁵⁷Une autre conséquence majeure de l'existence d'externalités de réseau est que la demande d'un produit de la firme ne dépend pas uniquement des qualités intrinsèques de celui-ci. Les liens avec les autres membres du réseau comptent (« effet de *lock-in* »). Il définit l'existence de coûts liés au changement qui peuvent amener le consommateur à renoncer à changer ses habitudes de consommation. Il contribue à figer le marché. C'est très clairement le cas de la santé comme le montre les effets d'hystérèse sur les parts de marché (*cf. Annexes V.1.1*). Tout l'enjeu est alors de parvenir à fidéliser ses premiers utilisateurs qui lanceront la demande et qui permettront d'atteindre la masse critique.

⁵⁸Il est possible d'y déceler une adaptation de la « théorie du prix limite » au marché de la santé. Au lieu de produire au « prix le plus élevé qui décourage l'entrée », les hôpitaux qui coopèrent effectuent la quantité des soins la plus pertinente pour éviter l'entrée d'un nouveau acteur.

⁵⁹J. Tirole, *op.cit.*

territoire voisin et le maintien d'un « niveau d'activité suffisant pour permettre de le réaliser de manière efficiente » procède d'une entrée dissuadée⁶⁰. Quant à l'envie de décourager « un nouvel entrant de venir s'implanter sur le territoire à travers le rachat d'un opérateur fragilisé ou en attente d'un repreneur », cela correspond à la **stratégie top dog**. Cette dernière est au cœur des coopérations hospitalières qui, dans la majeure partie des cas, se mettent en place autour d'investissement dans du matériel ou du capital humain. Accroître ces ressources rares permet de limiter la concurrence future.

Ces différents apports de l'économie sur la concurrence peuvent être résumés dans le graphique ci-dessous. Il détaille les arguments de la fonction de production tels que mis en avant par Porter⁶¹. Ce modèle met en relief le rôle de la confrontation d'un hôpital à son environnement⁶². Le dirigeant hospitalier doit se centrer sur une des cinq forces de l'industrie qui sont vues sous le prisme des jeux de pouvoirs. Ils sont dans le cadre initialement décrit par Porter : la concurrence directe, le pouvoir de négociation des clients, le pouvoir de négociation des fournisseurs, les menaces de nouveaux entrants et les produits de substitution). Le graphique les a adaptées au cadre hospitalier.



A partir de cette analyse, le dirigeant hospitalier peut « sélectionner une stratégie générique (soit le marché global, soit une niche, puis il applique une stratégie de coûts ou de différenciation), afin d'obtenir l'avantage concurrentiel le plus durable possible. En effet, « faute de pouvoir changer facilement de domaines d'activités et de publics, et faute de pouvoir fixer ces prix ; la seule solution pour un hôpital consiste à agir sur l'organisation interne pour mieux maîtriser ses coûts ou augmenter son activité. « Pour améliorer les coûts de production, il faut optimiser les ressources rares et mettre en tension les flux de production »⁶³. Pour augmenter l'activité, il faut soit renforcer ces avantages concurrentiels soit développer de nouveaux secteurs. Les partenariats peuvent, par conséquent, avoir un rôle à jouer dans ces deux types de stratégies.

- iv) Le positionnement des hôpitaux vis-à-vis de leurs concurrents sur un territoire peut varier entre la compétition, la coopération et la coopération

La coopération entre acteurs rivaux peut être analysée de deux manières. Soit elle est une manœuvre défensive (se protéger contre de nouveaux entrants), soit elle est offensive et vise la conquête de nouveaux marchés. L'analyse stratégique a mis en avant un troisième mode de relations. Elle part du constat que certains concurrents coopéraient ensemble dans certaines situations. Ils sont en concurrence sur certains segments et

⁶⁰M. Louazel, *op.cit.*

⁶¹M. Porter, 1979, *How Competitive Forces Shape Strategy*.

⁶²P. Gaudron, 2007, « Travaux en stratégie d'entreprise. Quels enseignements pour les directeurs d'hôpital? », *Gestions hospitalières*.

⁶³C. Pascal *et al.*, *op.cit.*

en complémentarité sur d'autres⁶⁴. C'est la coopération⁶⁵. Par ailleurs, cette posture favorise la recherche, à la fois, des avantages de la compétition et de la coopération⁶⁶. Ceux de la compétition sont la stimulation et la recherche de nouvelles combinaisons productives alors que ceux de la coopération sont l'accès à des ressources rares et complémentaires.

Plusieurs paradigmes expliquent l'utilisation de ces stratégies mixtes et complémentaires⁶⁷. Selon la théorie relationnelle, l'hôpital peut renforcer sa compétitivité en développant des alliances stratégiques et des réseaux. Selon le paradigme RBV⁶⁸, les motivations sont de plusieurs ordres. Elles permettent de minimiser les coûts de transaction, de rechercher des ressources rares non replicables⁶⁹, de faciliter l'innovation et d'absorber les technologies⁷⁰. Plus les produits et services sont complexes, plus il est difficile de posséder et de développer seul les ressources nécessaires. Pour avoir accès aux ressources rares, les hôpitaux peuvent mettre en place des coopérations. Ils vont s'appuyer sur leur complémentarité pour travailler ensemble. Enfin, selon l'analyse stratégique, la coopération peut être décrite comme une « manœuvre » permettant de développer un avantage comparatif. Les établissements de santé ont la liberté d'arbitrer la manière d'aborder leur environnement concurrentiel : choisir l'affrontement, préférer l'évitement ou, de plus en plus, pour tout ou partie de leur activité, privilégier la coopération. Il est possible de résumer les différentes positions sur un marché de la manière suivante :

| Les relations entre concurrents ⁷¹ | | | |
|---|--------|----------------------------------|-------------|
| | | Position relative sur le secteur | |
| | | Forte | Faible |
| Besoins en ressources extérieures | Fort | Coopétition | Coopération |
| | Faible | Compétition | Coexistence |

La stratégie de coopération induit l'acceptation qu'aucune relation avec un partenaire-adversaire n'est durable dans la forme et dans le fond⁷². Cela peut être le cas entre hôpitaux publics et c'est très certainement la situation dans laquelle se retrouvent des hôpitaux coopérants avec des cliniques. Il est difficile de se protéger complètement de l'opportunisme du coopérateur.

v) Quelles lignes de forces pour les coopérations hospitalières ?

Les choix des établissements de santé sont contraints. Les « règles spécifiques du « quasi-marché » sur lequel ils déploient leur activité, en particulier l'absence de marge de manœuvre sur les tarifs, les freins au développement des activités imposées par l'autorité de régulation, (et) les faibles espaces de différenciation » installent les établissements dans un choix entre trois grandes stratégies⁷³. Ils peuvent réduire leurs coûts de production, augmenter leur activité avec une structure inchangée ou réorganiser leur activité. Ils doivent pour cela s'appuyer sur les réorganisations avec les plus forts effets de leviers.

La réduction des coûts se construit essentiellement autour des gains d'efficacité alors que l'augmentation d'activité fait le pari d'une logique cumulative. La réorganisation du portefeuille d'activité est pensée comme une réorganisation totale du système de production. Elle nécessite une « analyse détaillée de la répartition par segments d'activité de la production conjuguée à un examen des zones de chalandise, des réseaux d'adresseurs et des évolutions de l'état de la population ». Elle peut se construire sur des logiques de diversification ou de spécialisation (cf. *supra*). Elle vise à concentrer l'activité sur des créneaux plus attractifs du fait d'avantage comparatif ou d'économies anticipées. Les coopérations peuvent participer au renforcement de ces trois positionnements. Elles procèdent d'une stratégie de croissance particulière : la croissance conjointe qui se nourrit des complémentarités des établissements⁷⁴.

⁶⁴A-S. Fernandez et F. Le Roy, 2004, « Pourquoi coopérer avec un concurrent? Une approche par la RBV », *Revue française de gestion*.

⁶⁵J-M. Chen, 2008, « Reconceptualizing the Competition-Cooperation relationships », *Journal of Management Inquiry*.

⁶⁶« Relation dyadique et paradoxale qui émerge quand eux entreprise coopèrent dans quelques activités, et sont en même temps en compétition l'une avec l'autre sur d'autres activités ». C'est le cas des hôpitaux publics entre eux. G-B. Dagnino, F. Le Roy et S. Yami, 2007, « La dynamique des stratégies de coopération », *Revue française de gestion*.

⁶⁷B. Nallebuff et A. Brandenburger, 1996, *La Coopétition : une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*.

⁶⁸Ressource Based View. Approche fondée sur les ressources intrinsèques d'une firme.

⁶⁹« Il s'agit de partager avec un concurrent des ressources tout en conservant des actifs idiosyncratiques. Il faut simultanément protéger son cœur de compétence tout en essayant d'apprendre le savoir faire de son concurrent pour l'enrichir ». A-S. Fernandez et F. Le Roy, *ibid*.

⁷⁰F. Sanou et F. Le Roy, 2006, *op.cit*.

⁷¹Dans certains cas, hôpital ne peut plus avoir le choix et doit adopter un comportement hyper-compétitif. Quand il est dans une situation monopolistique, la firme choisit de n'être ni coopérative ni agressive. Une stratégie de coopération se définit comme une stratégie coopérative et concurrentielle adoptée pour développer son marché ou réduire ses coûts. En coopérant, les établissements peuvent se renforcer mutuellement (production ou introduction de nouvelles technologies).

⁷²P. Mossé, 2001, « Les restructurations hospitalières : modèle ou succédané de politique hospitalière? », *Revue française des Affaires sociales*.

⁷³Les hôpitaux conservent leur possibilité de se positionner sur leur environnement concurrentiel. Ils peuvent choisir « comment se battre (avec des armes nouvelles ou avec des armes classiques) » et « où se battre (« sur tout le front» ou «sur une partie du front») ». P. Gaudron, *op. cit* et M. Louazel, *op.cit*.

⁷⁴«Alors que la croissance externe « vise à valoriser son avantage comparatif » et s'appuie sur la détention de ressources rares par les établissements et que la croissance interne « est une stratégie défensive vise à la création de nouvelles capacités de production ». A. Chauchat, 2009, *op.cit*.

1.1.3 Quatre enjeux économiques majeurs doivent être distingués pour favoriser l'initiation d'une coopération hospitalière

- i) La nécessité d'une analyse marginale (avec prise en compte des gains/coûts d'opportunité et des coûts de transaction)

Tirer pleinement les conséquences de la T2A sur le champ coopératif nécessite une analyse des coûts et des recettes marginales de ces dernières. L'analyse marginaliste distingue le coût (en termes de ressources humaines et matérielles) d'un acte supplémentaire. Elle permet d'identifier les coûts liés aux actes effectués pour la coopération. Elle autorise une compréhension en termes de coûts/bénéfices de la coopération puisqu'elle sépare les coûts et les recettes de la coopération des effets de structures⁷⁵. Pour saisir l'opportunité d'une coopération, l'analyse ne peut être que marginale. Pour grossir le trait, il est envisageable d'avancer que l'efficacité de départ importe peu et que seuls les gains comptent, qu'ils s'appuient sur un surplus de recettes ou sur des gains d'efficacité (cf. *infra*).

La part variable des coûts peut être détaillée de deux manières différentes : à partir de la structure de production de l'hôpital ou grâce aux bases de coûts hospitaliers (cf. *infra*). En outre, cette analyse marginaliste doit, si possible, intégrer une estimation des coûts de transaction intrinsèques au développement de la coopération (*ink costs*, discussion, négociation). Ne pas les prendre en considération fausserait l'analyse.

Une symétrie est nécessaire au niveau des recettes. Pour ce faire, il est possible de s'appuyer sur la valorisation des activités hospitalières⁷⁶. L'identification des résultats d'une coopération pose question. C'est l'enjeu de la « génération spontanée ». Il existe rarement de modification importante des flux de patients de manière soudaine. Une grande pérennité des filières de soins (cf. Annexe V.1.1) et un quasi atavisme des comportements de santé individuels⁷⁷ peuvent être distingués. Il y a une permanence des comportements de santé. Il demeure impossible d'affirmer que l'évolution de l'activité est uniquement due à la coopération. Elle peut provenir de changements dans les comportements individuels, dans les besoins de santé, etc. Même s'il n'existe pas de renversement impromptu des flux de patients, la coopération n'est pas la seule cause des évolutions. Par conséquent, cette hypothèse est à écarter. Cette analyse doit être corroborée par une connaissance du bassin de vie sur lequel va se déployer la coopération. Seul un système d'informations détaillé permet d'affirmer que tous les patients d'une consultation avancée ou d'un praticien à temps partagé viennent du fait de la coopération. Rares sont les hôpitaux à avoir investi en ce sens. Il faut considérer – au vu du territoire et de l'existant – que la coopération peut modifier la situation initiale et accepter une marge d'erreur au moment de l'évaluation économique de la coopération.

- ii) Le partage de la valeur ajoutée

Les modalités actuelles de valorisation économique des coopérations ne sont pas adaptées à la T2A. Le raisonnement en termes de remboursement du coût salarial n'est plus tenable. Une telle modalité correspond à un monde centré sur les dépenses alors que la T2A appelle la prise en considération des recettes. La perte potentielle de l'activité transférée n'est pas considérée. C'est un « biais méthodologique fondamental »⁷⁸. Il faut tenir compte de ce coût d'opportunité.

Pour cela, il est envisageable de construire une analyse des partenariats autour d'un partage de la valeur ajoutée produite. « Il faut dépasser le précepte selon lequel la mutualisation de l'activité au sein d'un territoire se solde par un partage de l'activité totale entre les coopérants et génère des pertes pour les uns et des revenus pour les autres »⁷⁹. L'intérêt principal des coopérations réside dans la captation de secteurs d'activité et la création de parts de marché. En mettant en commun la valeur ajoutée de la coopération, chacun y trouve un avantage et que le chiffre d'affaires de tous augmente. En cela, le modèle économique d'une coopération peut ressembler à celui d'une *joint-venture* qui incite à se rapprocher pour générer de l'activité et partager la valeur ajoutée. Souvent, les craintes de perte de recettes l'emportent sur les avantages d'un hypothétique renforcement d'une productivité globale⁸⁰. C'est le cas pour l'organisation de filières communes. Le partage de la valeur ajoutée permet de lever ces freins.

La question cruciale dans l'élaboration d'un modèle construit sur le partage de la valeur ajoutée réside dans la clef de répartition de cette valeur et/ou dans la détermination du poids respectif de chacun dans la coopération. C'est sur cet élément que vont se concentrer les discussions lors de la négociation. Un lien existe

⁷⁵ Il faut différencier les coûts variables (la somme de tous les coûts évolutifs) des coûts marginaux (pris en compte par rapport à une unité de production).

$C_{p,i} = n_i * C_{m,i}$

⁷⁶ Tarifs CCAM ou valorisation des GHS. L'application de ces tarifs est effectuée à partir d'une appréhension des flux récupérés par la coopération.

⁷⁷ Outre en période de transition démographique et d'enrichissement économique.

⁷⁸ S. Lyannaz, 2009, « Contraintes et leviers de la coopération inter-établissements. Eléments de réflexion à partir de l'exemple du CHRU de Grenoble », *Mémoires de l'EHESP*.

⁷⁹ C. Ménager, 2009, « Pôles et stratégie territoriale. Une démarche d'appropriation », *RHF*.

⁸⁰ J. Joubert et J-P. Lala, 2014, *op.cit.*

entre les raisons (ou le type) de la coopération et la forme du partage des fruits de la coopération. Ainsi, si l'objectif est de faire baisser les coûts par une utilisation plus intense d'équipement, les règles de partage sont différentes de celles associées à un objectif d'organisation d'une spécialisation, de hausse de la qualité ou de l'achat de ressources médicales rares, etc.⁸¹

Pour l'usage commun de plateaux techniques et le lancement de nouvelles activités, des méthodes de partage des recettes et des dépenses existent déjà. Elles s'appuient sur des comptabilités analytiques encore perfectibles. Un enjeu fort demeure sur les modalités pratiques de ce partage. L'amélioration des outils du DIM et de la comptabilité analytique y participe. Pour mener à bien ce travail, il faut connaître les actes réalisés par chaque praticien dans le cadre de la coopération. Une certaine ingénierie est donc primordiale. Les principes doivent demeurer simple et la mise en application directe pour éviter la création d'un modèle inapplicable.

iii) L'analyse des gains d'efficience et d'efficacité permis par la coopération

Les coopérations entre établissements de santé doivent permettre des gains d'efficience et d'efficacité⁸². C. Routelous et *al.* notent que les restructurations hospitalières permettent un gain d'efficacité et donc « l'amélioration des soins en santé », « par une meilleure organisation des processus de soins ». L'efficacité des soins peut être améliorée car les alliances favorisent la qualité des soins et fluidifient le parcours patients⁸³. L'efficience économique se décompose en efficience productive et efficience allocative⁸⁴. L'efficience productive détaille dans quelle mesure l'utilisation des ressources est optimale alors que l'efficience allocative regarde dans quelle mesure les *inputs* sont bien répartis⁸⁵. L'efficience et l'efficacité peuvent aller de pair. B. Arantza a montré que plus un hôpital est productif, plus ses parts de marché sont importantes et la qualité des soins grande⁸⁶.

Les hôpitaux ont un ratio d'efficience allocative plus fort que celui de l'efficience technique. Les hôpitaux prennent des meilleures décisions quant à l'allocation des ressources que pour le choix d'inputs⁸⁷. Cela peut s'expliquer par l'utilisation de technologie de type Léontieff⁸⁸. Les combinaisons d'inputs sont fixes et les directions hospitalières ne peuvent pas s'appuyer sur des possibilités de substitution mais doivent tout miser sur les complémentarités. Dans le monde hospitalier, les substitutions sont difficiles du fait de la spécificité du capital humain et des technologies (*cf. supra*). La coopération est une façon de tirer profit des complémentarités. Dans la même veine, L. Kesteloot et N. Voet ont remarqué que, dans leur recherche d'efficience, les hôpitaux peuvent être amenés à choisir entre qualité et réduction des coûts⁸⁹. Ils démontrent que, lors d'une coopération, si les activités concernées sont complémentaires alors la coopération entraîne une amélioration de la qualité, si elles sont substituables elle se traduit par une diminution de la qualité des soins. Selon la théorie économique, les coopérations ont tendance à améliorer la qualité des soins⁹⁰. Elles doivent être – pour allier efficience, efficacité et qualité des soins – centrées sur des activités complémentaires.

iv) La prise en compte de gains difficilement quantifiables : l'amélioration du service rendu à la population, la meilleure qualité de prise en charge et la fluidification du parcours patient

Les analyses précédentes n'épuisent pas le champ des apports de l'économie à l'évaluation des alliances hospitalières. Toute une part de la plus value créée par une coopération reste intangible et

⁸¹Certains CGS sur l'utilisation de blocs en commun sont élaborés une règle de partage à 50/50. Des GIE réunissant des personnels libéraux autour d'un appareil d'imagerie attribue la totalité des sommes récoltées grâce aux actes externes aux libéraux et la totalité des sommes venant des hospitalisés au CH. D'autres GCS sur de la radiothérapie reverse 15% des GHM à l'hôpital qui ne dispose pas de la machine mais qui prête ces praticiens. Par ailleurs, une étude préalable du *case-mix* peut donner des pistes pour des clefs de répartition. Une activité peut être décomposée selon sa structure de coût. Les clefs de répartition sont tirées du poids respectif de la ressource dans le tarif de l'acte.

⁸²L'efficience est l'optimisation des outils pour parvenir à un résultat. C'est le rapport entre les résultats et les ressources mobilisées. Un gain d'efficience correspond à la production du même service pour le patient avec des ressources mieux adaptées. L'efficacité correspond à la concordance à des buts fixés. Dans le cadre précis, elle correspond à une amélioration du processus de soins. Un gain d'efficacité revient à faire mieux grâce à la coopération.

⁸³C. Routelous et *al.*, *op.cit.*

⁸⁴Elle mesure de quelle manière les résultats en santé sont maximisés par rapport aux ressources allouées dans le processus. D. D'Aoust, 2007, « Comparaison des efficacités technique, allocative et globale des hôpitaux québécois et californiens par le biais du modèle Data Envelopment Analysis (DEA) », Mémoire de l'Université du Québec, Montréal.

⁸⁵La recherche d'une meilleure efficience productive peut être obtenue par le redimensionnement des unités de production alors que la recherche du bouclage (avoir les bons produits au meilleur coût) et le pilotage fin des réorganisations contribuent à une meilleure efficience allocative. Comme les hôpitaux n'ont « aucun levier sur la fixation des prix des soins, la recherche d'efficience se base donc principalement sur deux axes : augmentation des recettes via une augmentation de l'activité (en limitant les taux de fuite de patients vers d'autres établissements concurrents ou en investissant de nouveaux secteurs d'activités par exemple) et la maîtrise des coûts ». Les économies d'échelle participent de la seconde option ainsi que les « stratégies de négociation ou d'adaptation [...] vis-à-vis des fournisseurs ». C. Chaumont, 2012, « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions hospitalières*.

⁸⁶B. Arantza, 2003, « Hospital quality choice and market structure in a regulated duopoly », *Journal of Health Economics*.

⁸⁷D. D'Aoust, 2007, *op.cit.*

⁸⁸Une fonction de production Léontieff utilise des rapports de facteurs de production constants. C'est un cas limité, l'élasticité de substitution des facteurs est constante.

⁸⁹K. Kesteloot et N. Voet, 1999, « Incentives for cooperation in quality improvement among hospitals—the impact of the reimbursement system », *Journal of Health Economics*.

⁹⁰C. Propper, S. Burgess et K. Green, 2000, « Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market », *CMPO Working Paper Series*.

difficilement mesurable. Elle n'est sensible qu'après un temps d'apprentissage⁹¹. Il est difficile de quantifier les effets de réputation ou de fidélisation (des médecins comme des patients), la sécurisation des parcours de soins et l'amélioration de la qualité de prise en charge. Il est, toutefois, possible de distinguer deux types d'effets non directement chiffrables : ceux s'apparentant à des externalités et ceux qui nécessiteraient une étude approfondie en termes de « bien être ».

Les effets réputation et de fidélisation (praticiens et patientèle) sont des effets indirects de la coopération⁹². Ce sont des externalités positives⁹³. Ils vont, en cela, accroître les effets positifs de la coopération et engendrer une spirale méliorative. Une coopération doit, en effet, permettre le recrutement de plus de patients pour le praticien ou la structure. Or les effets de réputation et de fidélisation ont une logique cumulative. Plus le praticien voit de patients, plus sa réputation s'améliore. En cela, la santé est un bien de confiance⁹⁴. Naturellement, cet effet dépend de la qualité du praticien. L'attractivité de l'établissement peut se mesurer en termes de venue de la population (demande de soins). Les coopérations peuvent stabiliser ou renforcer l'activité d'un établissement. Dans les secteurs avec des taux de fuite conséquents, elles permettent, par exemple, d'attirer des patients en développant de nouvelles activités et/ou en accentuant le rôle de recours. D'autre part, les partenariats sont souvent mis en place pour attirer des médecins (offre de soins) ainsi que pour leur offrir un espace de travail qu'ils jugent satisfaisant, en augmentant la taille des équipes. De cette manière, l'accentuation de l'attractivité par le biais des coopérations offre des solutions du côté de l'offre et de la demande de soins. Dans tous les cas de figure, ces effets indirects accentuent les effets positifs de la coopération. Même s'il est difficile de les mesurer, il est envisageable d'en tenir compte par les montées en charge progressives prévues pour les activités coopératives. C'est l'explication de l'augmentation en escalier des activités.

L'amélioration de la prise en charge est au cœur des stratégies coopératives. Il est toutefois difficile de l'appréhender *ex ante*. Ce service rendu à la population peut être approché de plusieurs manières. Il peut être décomposé entre la fluidification du parcours du patient et l'amélioration de la qualité des soins. Pour saisir le premier, s'appuyer sur une approche qualitative est faisable. Celle-ci peut être fondée sur l'observation de l'existant et sur la manière dont la coopération va faciliter le parcours du patient. Il est aussi, possible, de mener *ex post* des analyses en termes de bien être pour la population. Ces travaux économétriques vérifieront, sur des études de cas, les apports des alliances entre hôpitaux⁹⁵.

L'amélioration de la qualité des soins est, quant à elle, à la frontière de ces deux catégories. C'est une externalité de la coopération mais elle peut être chiffrée sur des exemples précis (*cf. supra*). Afin d'en tenir compte, il est envisageable de s'appuyer sur les études effectuées par la littérature et sur les dires d'experts médicaux. Enfin, pour avoir un suivi des effets de la coopération sur cette dernière, choisir certains indicateurs qualité semble pertinent. Ceux-ci doivent être limités en nombre et partagés par les différents acteurs. L'effet de la coopération sur de tels indicateurs doit être identifiable ou *a minima* non remis en cause. Le développement des comptes qualité dans les établissements permettra de choisir des indicateurs communs et connus.

Les gains et les coûts identifiables demeurent un vrai enjeu des coopérations hospitalières. Leur non appréhension ne doit pas ralentir l'action ou amener une pusillanimité dans la décision. Elle doit juste inciter à des précautions méthodologiques et à des réserves d'interprétation. Ces faits économiques doivent faciliter la compréhension du monde coopératif notamment en permettant une classification des formes d'alliances.

1.2 L'analyse économique conduit à un essai de typologie des coopérations hospitalières

Plusieurs types de critères existent et peuvent être utilisés pour classer les partenariats entre hôpitaux. De manière générale, il existe trois types de coopérations :

⁹¹La coopération peut être approchée comme un bien « d'expérience » en opposition aux biens de « recherche ». La qualité du bien (attributs endogènes de la coopération) ne peut être assimilée qu'après la mise en œuvre de cette dernière. Ou alors, distinguer précisément la qualité aurait un coût trop conséquent. C'est de manière patente, le cas des coopérations sanitaires. Ses conséquences médicales et ses réels résultats économiques ne sont connus qu'*ex post*. Les appréhender *ex ante* aurait un coût exorbitant et quasi réhibitoire. Pour connaître les qualités propres de la coopération, le décideur ne peut s'appuyer que sur des informations indirectes (*soft information*) : ce sont les études médico-économiques, les études d'impact et l'évaluation marginales des avantages et inconvénients de la coopération. Il n'a pas en sa possession d'informations préalables (*hard information*) et directes lui permettant d'arrêter son choix. Par ailleurs, ce cadre théorique sépare une publicité informative (expliquant les caractéristiques des produits en révélant une différenciation objective) d'une publicité persuasive (cherchant à modifier les préférences consommateurs et à créer une différenciation subjective). Dans le cas des coopérations, l'attraction des patients et des praticiens les structures hospitalières ne peut s'appuyer que sur une publicité persuasive. La coopération entre les hôpitaux ne peut être appréhendée qu'*a posteriori* et après un temps d'apprentissage. Les utilisateurs d'une coopération – patients et médecins – ne découvrent les qualités et l'utilité de la coopération qu'après un temps d'adaptation.

⁹²La réputation constitue sans doute l'un des éléments central dans la capacité d'un établissement à conserver et gagner des clients même si les études empiriques montrent que la notoriété individuelle des praticiens ne suffit pas à expliquer le choix des patients. « Pour les actes d'investigation, les patients choisissent plus l'établissement que le médecin à la différence de la chirurgie. La réputation de l'établissement constitue un capital social distinct de celui des praticiens ». C. Pascal *et al.*, *ibid.*

⁹³Une externalité est un effet secondaire produit par l'activité économique sans qu'il soit rémunéré ou payée. C'est un effet annexe et concomitant de l'interaction des systèmes de production et de consommation qui ne se traduit par aucune contrepartie marchande.

⁹⁴M. Elbaum, 2007, *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*.

⁹⁵Conseil d'Analyse Economique et German Council of Economic Experts, 2010, *Évaluer la performance économique, le bien-être et la soutenabilité*.

- celles ayant traits aux prestations inter-établissements dans les domaines logistiques et médico-techniques (blanchisserie restaurations, laboratoires et pharmacie) ;
- celles nécessitant des investissements lourds et le partage de matériel ;
- celles créant des équipes médicales communes.

Afin de ne pas alourdir le mémoire et de conserver une finesse dans l'appréhension des problématiques, la première sorte de coopération ne sera pas traitée. Ce sujet a, par ailleurs, été assez abondamment abordé par d'autres travaux⁹⁶. De même, les coopérations dans le domaine de la recherche ou des achats ne seront pas analysées. Celles sur la recherche ne concernent que les CHRU. Par ailleurs, elles sont régies par les règles de l'économie de l'innovation et de la recherche. Les secondes sont très spécifiques et les investir éparpillerait le propos.

1.2.1 Une analyse critique des critères existants dans la littérature pour classier les coopérations est nécessaire

- Des critères proches d'une analyse économique (facteur de production de soins, nature de la facturation dans le champ d'intervention) ont été mis en exergue

Des typologies des coopérations ont déjà été menées. Deux typologies font appel à des éléments d'ordre économique : une typologie par nature ou par champ d'intervention.

La classification par champ d'intervention réduit la réflexion en ne considérant que le mode de facturation⁹⁷. Elle est plus financière qu'économique. Il ne faut pas limiter la réflexion économique aux seules alliances dans le champ de la T2A. Même si la DAF ou les MIG changent le rapport à la valeur ajoutée, les questions sous-jacentes en termes d'intérêt à agir ou d'équilibre économique sont les mêmes. De plus, la différence entre les coopérations qui nécessitent un déplacement des autres ne se justifie que peu, au vu de la théorie économique. L'enjeu concerne beaucoup plus le management du projet de coopération et l'intérêt que peuvent y trouver les professionnels. L'exercice multi-site tout comme la télémédecine modifie profondément les pratiques médicales et la prise en charge.

La classification par nature est très riche. Elle décrit la plupart des partenariats possibles selon leur fonctionnement économique⁹⁸. Les deux grands enjeux économiques sont présents : est ce que la coopération s'appuie sur des équipements lourds et coûteux ? Est ce que la coopération entraîne des flux médicaux croisés ? Néanmoins, cette typologie correspond plus à une description du champ coopératif qu'à une articulation des critères donnant le jour à la coopération. Ainsi, le fonctionnement économique n'est pas explicité.

- Un autre critère a été mis en avant mais il ne permet pas une analyse économique détaillée

L'article de M. Galy et *al.* met aussi en avant une distinction entre les coopérations selon leur temporalité (le partenariat pérenne, l'aide ponctuelle ou d'urgence). Même si la permanence d'une coopération a une conséquence sur le financement de la coopération ; ce n'est pas un critère économique structurant. De plus, une telle classification ne renseigne pas sur le fonctionnement, notamment financier, de la coopération.

1.2.2 La théorie économique conduit à la détermination de deux critères

- Les critères retenus : mise en commun de capital et mise en commun de capital humain

L'hôpital combine deux facteurs de production : le capital et le travail⁹⁹. Pour mener des investissements hospitaliers, il convient d'avoir une masse critique suffisante permettant une certaine rentabilité. « La coopération hospitalière est inscrite dans la logique de la fonction de production, dans la mesure où elle répond à la notion de taille critique »¹⁰⁰. Comme l'indique S. Jacobzone : « L'infrastructure de base comprend le plateau technique et le capital humain [...] qui forment le cœur interne de la structure médicale »¹⁰¹. Il est logique qu'une

⁹⁶Par exemple : N. Prentout, 2008, « Contraintes et opportunités d'une coopération innovante : le cas du GIP Restauration de l'Angoumois », *Mémoire de l'EHESP* ; F. Durranc, 2004, « Projet de restructuration d'une blanchisserie, l'exemple du Centre Hospitalier de Ste Foy La Grande », *Mémoire de l'ENSP* et E. Bardet, 2003, « Externalisation de la stérilisation : conditions de mise en œuvre, avantages, inconvénients », *Mémoire de l'ENSP*.

⁹⁷La typologie en fonction du champ d'intervention délimite les coopérations dans le champ de la T2A qui nécessitent un déplacement des équipes médicales des coopérations T2A qui ne nécessitent pas un déplacement des équipes médicales (télédiagnostic) et des coopérations hors T2A (SSR, Psychiatrie et MIG). M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, 2013, « Coopérations hospitalières : Essai d'une modélisation médico-économiques », *Finances hospitalières*.

⁹⁸Les coopérations sont fondées sur « la mutualisation d'un plateau technique grâce à l'intervention d'un praticien en provenance d'un autre établissement », sur « la création d'une équipe médicale commune à plusieurs établissements » ou sur « une filière de prise en charge du patient entre plusieurs établissements ». M. Galy et *al.*, *op.cit.*

⁹⁹S. Lyannaz, *op.cit.*

¹⁰⁰G. Galmes, J-P. Segade et L. Lefranc, 1998, *Coopération hospitalière, l'heure de la vérité*.

¹⁰¹S. Jacobzone, *op.cit.* Les coopérations ont, selon la grammaire économique développée par S. Jacobzone, comme but d'accroître l'intégration verticale autour du plateau technique. Pour cela, deux stratégies coopératives se dégagent « la question du partage des moyens lourds, (et) la recherche de

typologie des structures coopératives s'appuie sur ces deux critères¹⁰². Ainsi, avant la T2A, les coopérations étaient construites essentiellement sur le partage des charges fixes et variables des équipements lourds ou sur la mise en commun (et le « partage au *pro rata* du temps partagé ») des ressources médicales¹⁰³.

Les liens entre activité et qualité ont été rappelés précédemment. Ils procèdent des logiques d'apprentissage¹⁰⁴ au cœur de la théorie du capital humain. La concentration des moyens accentue les compétences techniques et médicales. C'est le cœur de la production de la valeur ajoutée hospitalière.

L'autre critère central de l'économie hospitalière est l'investissement. Les indicateurs financiers suivis par les directions tendent à le prouver¹⁰⁵. Investir est une condition de survie pour les hôpitaux. L'innovation technologique est une dimension essentielle de la coopération. Le progrès médical est de plus en plus coûteux à financer tant en investissement qu'en exploitation.

Ces deux critères ont aussi l'avantage d'explicitier les réponses que les coopérations apportent aux enjeux hospitaliers (*cf. supra*). Ainsi, la mise en commun du capital permet d'atteindre la surface financière nécessaire aux investissements. La démographie médicale peut trouver des réponses dans la mutualisation des personnels médicaux. C'est l'idée des temps médicaux partagés développés par les ARS¹⁰⁶. Quant à l'attractivité médicale, l'investissement commun en capital humain et en matériel permettent de la maintenir. Se retrouve, ici, la dynamique du capital humain. Des équipes mieux formées produisent des soins de plus grande qualité et attirent plus de patients.

ii) Explications des critères de classement non retenus

Si la typologie a été construite autour de deux critères économiques, d'autres auraient pu être utilisés. C'est le cas, notamment, de la structure des marchés ou de la décomposition du processus productif de soins.

Il semble plus pertinent de s'appuyer sur les arguments de la fonction de production que sur sa décomposition¹⁰⁷. A. Chauchat détaille ainsi la structure de production autour de trois éléments : le patient, l'expertise médicale et la structure hospitalière¹⁰⁸. Ce choix est critiquable. Le patient ne fait pas partie de la structure de production. Il est le consommateur de la production qu'est le soin. L'hôpital est une industrie de service. En cela, le patient est le client d'une prestation¹⁰⁹. Comme dans toute industrie de service, il interagit avec le processus de production. Décomposer la structure de production de manière plus approfondie que les deux éléments notés précédemment comporte le risque de déborder du cadre productif et surtout de diversifier, de manière inopportune, les catégories. Surtout, la « mise en commun du patient » ne doit pas être une modalité d'une coopération mais son but. Si les partenariats ont pour ambition de faciliter le circuit du patient, leur prise en charge partagée doit être la règle.

L'ANAP¹¹⁰ construit une typologie distinguant les coopérations « filières », « efficience »¹¹¹ et « isolement »¹¹². Ce découpage ne correspond pas à une logique économique. L'efficience et les économies d'échelle sont au cœur de la plupart des stratégies coopératives (*cf. supra*) ou elles devraient l'être. Par ailleurs, la mise en commun des ressources rares est le dénominateur commun des coopérations et pas nécessairement un fait saillant.

Il aurait, aussi, été possible de construire une typologie sur la structure concurrentielle du marché (oligopole, monopole, concurrence monopoliste, réseau asymétrique, etc.). Une telle analyse doit être effectuée,

complémentarités entre structure voisines ». Celles-ci se traduisent par la mise en place d'une « structure concrète de réseau le reliant aux structures ambulatoires, sanitaires et sociales externes ».

¹⁰²De la manière, Brekke et al. indiquent que pour « accroître la qualité des soins, (il) doit investir cela. Un hôpital va devoir former les médecins présents, en embaucher des plus qualifiés et acheter des nouveaux équipements. Il y a des implications fortes de la nature dynamique de la qualité ». Les deux critères centraux sont bien le capital humain et l'investissement. K. Brekke, R. Cellini, L. Siciliani, et O. Straume, 2010, « Competition and quality in health care markets: A differential-game approach », *Journal of Health Economics*.

¹⁰³A. Chauchat, 2009 et 2013, *op.cit.*

¹⁰⁴*Learning by doing*.

¹⁰⁵Taux de marge brute, capacité d'autofinancement, taux de vétusté.

¹⁰⁶L. Lay-Jacquot, 2013, « Partager les médecins : le remède aux déserts médicaux hospitaliers », *Mémoire de l'EHESP*.

¹⁰⁷A. Chauchat, 2009, *op.cit.* et A. Chauchat, 2013, *op.cit.*

¹⁰⁸Ce qui lui permet de distinguer les projets sur le développement d'une filière de prise en charge entre plusieurs établissements, de la création équipe médicale commune à plusieurs établissements et de la mutualisation autour d'un plateau technique.

¹⁰⁹La FHF Nord-Pas-de-Calais a, ensuite, développé cette analyse. Elle a identifiée trois facteurs discriminants. La coopération peut concerner des professionnels, des plateaux techniques ou des patients. Il semble, cependant, difficile d'inclure les patients dans une telle typologie. Les deux premiers critères caractérisent des *inputs* de la production. Certes le patient peut être considéré, lui aussi, comme input dans le sens où sans lui la production de soins est impossible. Mais il semble préférable d'expliquer la production de soins comme une activité de services où le patient est de l'autre côté du système productif. Ainsi, pour la FHF Nord-Pas-de-Calais les trois catégories sont les suivantes : Professionnel (création d'une équipe médicale commune par apport expertise médicale ou appoint dans le domaine médico-technique) ; Plateau technique (mutualisation du plateau que se soit par location de celui-ci ou développement partagé d'activité) ; Patient (Structuration de la filière de soin par des consultations « avancées » ou la réorganisation de la permanence des soins). FHF Nord-Pas de Calais, 2013, *Restitution du travail sur les modalités médico-économiques des coopérations sanitaires*.

¹¹⁰ANAP, 2012, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*.

¹¹¹Elles « procèdent de la mutualisation d'équipements, de ressources et d'une rationalisation par économies d'échelle ». C. Keller, M. Louazel et M-L. Moquet-Anger, 2013, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière », *Revue de droit sanitaire et social*.

¹¹²Elles « traduisent l'arrimage d'une structure de santé « défallante » au sein d'un territoire à un ou d'autres établissements de santé lui garantissant une accessibilité à des compétences, des équipements, un volume d'activités lui garantissant ainsi sa pérennité ». C. Keller, M. Louazel et M-L. Moquet-Anger, *ibid.*

pour être pertinente, pathologie par pathologie¹¹³. Pour distinguer des catégories idoines, il conviendrait de croiser cet élément structurel à une analyse conjoncturelle des stratégies employées par les hôpitaux (hyper-compétition, alliance, etc.). Le risque est double : ne pas disposer de catégories utilisables ou d'avoir trop de cas d'espèces. En effet, le CHRU peut être en concurrence monopolistique dans un domaine et vouloir développer des coopérations pour des raisons de santé publique ou créer des consultations avancées pour étendre sa file active. De même, un oligopole (entre une clinique privée, l'HIA et le CHRU, par exemple) peut être propice à des stratégies d'alliance, de concurrences fortes ou de coopération.

1.2.3 L'adéquation de la typologie avec les coopérations observées doit être vérifiée

i) Illustration de cette typologie sur les exemples brestois

La typologie proposée ci-dessous croise les enseignements de la littérature professionnelle, les résultats de la théorie économique et les observations du terrain de stage.

| | Investissement en commun | Pas d'investissement en commun |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| Prestations médicales croisées | (1) Coopération structurelle | (2) Coopération de parcours |
| Flux médicaux dans un seul sens | (3) Coopération de filière | (4) Coopération de consultation |

Quatre exemples du CHRU de Brest permettent de donner corps à cette typologie. Une coopération est en train de se créer avec le CHIC de Quimper et le CH de Landerneau autour de la Chirurgie du rachis. Elle crée une expertise de recours partagée et accessible aux patients des territoires 1 et 2. L'objectif est triple : récupérer les activités de chirurgie du rachis effectuées par les cliniques¹¹⁴, structurer l'activité de recours du CHRU et mettre fin aux fuites vers Lorient. La coopération vise un optimum économique interne pour chacun des hôpitaux impliqués. Pour cela, sont pris en considération les cibles d'activité¹¹⁵, la valorisation des recettes générées et l'évaluation des charges engagées. Un critère de répartition des charges est décidé. Elle tend, en outre, à une définition concertée de l'équilibre médico-économique du partenariat par la formalisation des cibles d'activité et des indicateurs de suivi. C'est un *optimum optimorum*. La coopération doit être Pareto optimale non seulement pour un établissement, mais pour tous et, naturellement, pour le patient (amélioration de la prise en charge et de la qualité des soins). La coopération repose sur un praticien exerçant son activité de spécialité au CHIC et de sur spécialité au CHRU. Elle anticipe le départ à la retraite du principal opérateur privé et s'inscrit dans une démarche public-public de complémentarité. Il utilise des blocs opératoires et du matériel spécifique. La coopération possède, aussi, un volet de formation des différents professionnels du CHIC. Ce type de coopération est le plus abouti et correspond, dans beaucoup de cas mais pas ici, à des quasi-fusions d'un secteur d'activité ou d'une tranche d'un secteur d'activité¹¹⁶. C'est une coopération structurelle et elle correspond à une stratégie *top dog*.

Le service de cardiologie a mis en œuvre une coopération avec le CH de Landerneau. Elle a deux ambitions : permettre la présence d'un cardiologue à temps plein sur Landerneau et resserrer les liens du CHRU avec le bassin de vie landerneen (fuites de patients vers la clinique du Grand Large). Pour cela, un ancien chef de clinique a pris un poste partagé entre les deux hôpitaux. Il a pour mission d'assurer les soins des patients de Landerneau, de participer à l'activité de rythmologie interventionnelle du CHRU et de recruter des patients nécessitant des prises en charge spécialisées¹¹⁷. Pour qu'il puisse diminuer les fuites vers le secteur privé, son implantation sera accompagnée d'actions de communication¹¹⁸. Afin de s'assurer de la viabilité d'une telle coopération, des objectifs d'activité ont été fixés au praticien¹¹⁹ (Annexes V.6.1 et 2). Le praticien doit faciliter le rôle de recours du CHRU et influencer l'orientation des patients¹²⁰. C'est une coopération de parcours qui participe à une stratégie d'entrée dissuadée.

¹¹³En travaillant sur les groupes de planification ou les groupes homogènes de malades (*cf. infra*).

¹¹⁴La Clinique St Michel et St Anne de Quimper effectue 390 séjours en 2012 dont 104 pour les patients des cantons de Brest et Morlaix, 205 pour ceux des patients domiciliés dans le territoire 2 et 39 correspondants à des actes de recours (« Interventions majeures sur le rachis »).

¹¹⁵100 interventions pour le CHRU, 160 pour le CHIC pour une activité classique, 40 interventions de recours pour le CHRU et récupération de 60 patients par la fin des fuites vers Lorient.

¹¹⁶Il équivaut soit au transfert de « l'ensemble d'un segment d'activité d'un hôpital à un autre » soit à la mise en commun des « plateaux techniques pour bénéficier d'effets de synergie et de gains de productivité ». S. Colasse, *op.cit.*

¹¹⁷Coronarographie, rythmologie, soins intensifs de cardiologie, etc.

¹¹⁸Vers les médecins et les cardiologues de ville (présentation, EPU, etc.) et vers les urgentistes.

¹¹⁹+10% de consultation sur Brest, +10% de son activité d'électrophysiologie/rythmologie au CHRU, une moyenne de 32 consultations par semaine – pour quatre demi-journées de présence – et de 8 échographies – pour une demi-journée – au CH de Landerneau, et la réorientation de deux patients par semaine du CH de Landerneau vers le CHRU

¹²⁰Il s'agit de récupérer les séjours de cardiologie pour des actes d'endoprothèses vasculaires, d'actes diagnostics et thérapeutiques par voie vasculaire réalisés par les cliniques Keraudren, Grand Large et Pasteur pour les patients de la zone d'attractivité resserrée de Landerneau (communes de Landerneau, Daoulas, Pont de Buis, Le Relecq et Plougastel Daoulas).

L'urologie a fortement développé son ancrage territorial. Un praticien de Morlaix effectue une activité de consultation avancée à Carhaix et son activité de recours – cancérologie et robot – au CHRU. Le chef de service va consulter dans une maison de santé au Faou¹²¹. Un Praticien Hospitalier (PH) consulte à Landerneau. Cette filiarisation de l'urologie publique doit se poursuivre avec le développement d'activités sur le territoire de santé numéro 7 (St Briec-Lannion-Guingamp) et la création d'une nouvelle file active et du rôle de recours (*cf. infra*). Les potentialités s'expriment par les parts de marché différentielles selon les territoires (Annexe V.6.2 et V.6.6). Ce développement de filière a, notamment, pour but de développer la chirurgie robotisée sur le territoire 1 et, ensuite, le 2. L'ambition est de conserver un taux d'attractivité extraterritorial de plus de 25%. Un projet est en cours pour consolider la position concurrentielle sur Brest avec des consultations avancées à l'HIA. C'est une coopération de filière qui limite la contestabilité du marché en bloquant l'entrée de celui-ci.

Le service d'hépatogastro-entérologie porte un projet de coopération sur les endoscopies ambulatoires. Pour cela, deux assistants partagés entre le site brestois et le site carhaisien développent cette activité¹²². Le CHRU ne répond qu'à 12% des besoins d'endoscopie digestive du territoire pour les patients de cantons de Carhaix. La coopération intègre aussi des actions auprès des gastro-entérologues de Morlaix¹²³. Elle va de pair avec la mise en œuvre d'un service pour les médecins libéraux (conseils téléphoniques et prises de rendez vous rapide). A terme, elle impliquera des praticiens de Carhaix venant faire leurs actes de recours au CHRU et des praticiens brestois travaillant sur les deux sites. Pour l'instant, c'est une coopération de consultation.

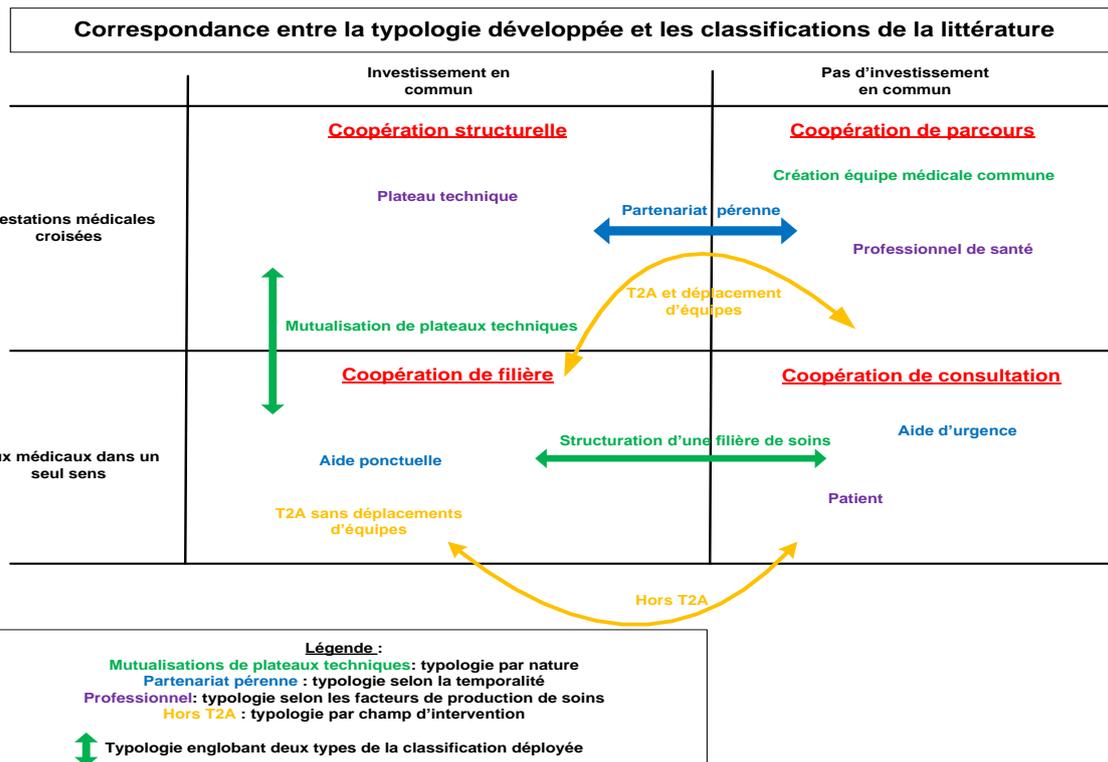
- ii) Cette typologie couvre toutes les situations possibles et décrit les cas distingués dans les autres types de classification

Le graphique ci-dessous montre dans quelle mesure la typologie développée recouvre tout l'empan des coopérations. Il illustre, aussi, la difficulté de certaines typologies mises en exergue par la littérature à couvrir les questions économiques. Naturellement, la typologie développée induit que certaines classifications précédentes se retrouvent dans ce tableau sans pouvoir être classée de manière univoque.

¹²¹Il est intéressant de noter la réaction de la concurrence qui a suivi de très près cette initiative et a demandé les mêmes facilités.

¹²²Il s'agit de diversifier le recrutement en endoscopie. Le CHRU recrute 115 de 195 séjours sur le canton de Brest et 51 sur celui de Châteaulin. L'HIA est concentré sur Brest, Landerneau sur son environnement immédiat et le CH des Pays de Morlaix sur l'arrondissement de Morlaix (209 sur 243 séjours). Keraudren a un recrutement plus large : 66% de ses actes sur l'arrondissement de Brest (soit 79% des actes) mais est en net recul sur ce territoire, 19% sur chacun des arrondissements de Morlaix et de Châteaulin. Pasteur et CMC Baie de Morlaix sont centrés sur leurs arrondissements. En conclusion, les offreurs de soins sont beaucoup moins présents sur l'arrondissement de Châteaulin.

¹²³Les patients aux alentours de Carhaix vont dans un grand nombre d'hôpitaux. Les flux sont très disparates : 88 actes pour la Clinique de l'Orient, 95 pour celle de Pontivy, 122 pour celle de Quimper, 46 pour celle de St Briec, 42 pour le CH de Guingamp et 41 pour celui de Morlaix. Certains patients vont à Vannes ou à Lorient.



Sources : M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, 2013, « Coopérations hospitalières : Essai d'une modélisation médico-économiques », *Finances hospitalières*. FHF Nord-Pas de Calais, 2013, *Restitution du travail sur les modalités médico-économiques des coopérations sanitaires*. Graphique librement inspiré de ces références.

La situation des coopérations structurelles correspond à des partenariats intégrés (souvent sous la forme d'un GCS). Elles se distinguent d'une fusion car elles ne concernent qu'une partie des activités et qu'elles n'entraînent pas nécessairement des mutualisations de services supports. Seules les activités concernées par la coopération peuvent être mutualisées¹²⁴.

Il ne faut confondre la coopération de consultation avec le rôle traditionnel des médecins d'information des patients¹²⁵. Elle doit aller au-delà d'une simple accentuation du rôle d'orientation des praticiens. La consultation avancée permet un accès aux soins spécialisés à proximité pour le patient et l'inscription dans une filière de soins. Elle permet à l'établissement de recours d'augmenter sa file active et celui de proximité d'élargir l'offre de soins, d'améliorer son attractivité et d'accroître ses liens avec le centre de recours¹²⁶. De même, les coopérations de filières ne doivent pas être assimilées avec l'objectif général d'amélioration du parcours du patient et son inscription dans un système de soins filiarisé. Les équipes mobiles de neurologie cherchant à pallier le manque de SSR dans le domaine sont un autre exemple de ce type de coopération. Les coopérations de parcours correspondent à des cas de prise en charge coordonnée d'une pathologie ou d'une population spécifique (personnes âgées, pédiatries).

1.3 Différentes formes juridiques des coopérations peuvent être utilisées

Il convient de s'attarder brièvement sur les types juridiques adaptés à ces coopérations. Deux grands types de coopérations peuvent être distingués juridiquement : les coopérations fonctionnelles ou conventionnelles et les coopérations organiques. Les coopérations conventionnelles (convention, CHT, FIH) sont moins intégratives et ne créent pas de personnalité morale. Compte tenu de l'exclusion du champ d'étude des coopérations logistiques, deux formes juridiques de coopérations peuvent être utilisées pour les coopérations organiques : les GIE et les GCS. Plus que l'analyse juridique des modes de coopération, seront surtout étudiés les conséquences fiscales des différentes formes juridiques.

¹²⁴Il est, par ailleurs, possible de distinguer les coopérations passives des coopérations défensives (S. Cueille, 2010, « Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières », *Communication*). En termes économiques, les premières se concentrent sur les complémentarités et visent le développement d'activité ainsi qu'une possible réorientation d'activités. Les secondes visent à limiter l'entrée de nouveaux concurrents sur le marché et sont dues à un constat de vulnérabilité. Il est aussi possible de différencier les coopérations « mutualisantes » – qui consistent en la mise en commun des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'activité – des coopérations « structurantes » qui réorganisent les activités. Les coopérations structurantes sont essentiellement offensives. Il est rare de mettre en place une production commune, de centraliser l'activité et les moyens, et de renoncer à une gestion en propre de l'activité lorsqu'il est question d'intérêts préétablis. S. Séguin-Saulnier, 2012, « Coopérations hospitalières. Stop ou encore ? », *Gestions hospitalières*.

¹²⁵A. Auger, 2012, «Efficience 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 », *Mémoire de l'EHESP*.

¹²⁶L. Jay-Passot, *op.cit*.

1.3.1 Deux formes juridiques principales correspondent aux coopérations distinguées dans la typologie

Les établissements publics peuvent conclure une convention de CHT « afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences »¹²⁷. Alors que le GCS a pour ambition de « faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres »¹²⁸. Ces deux formes ont pour objet de faciliter les mises en commun voire d'améliorer l'efficacité. La loi HPST a, ainsi, opéré un déplacement des enjeux et de l'objet même de la coopération. Elle incite à la restructuration de l'offre hospitalière de soins et de la mutualisation d'activités périphériques aux soins vers le cœur d'activité¹²⁹.

i) Pour des coopérations intégrées et intégratives : GCS et GIE

Le GCS est, sûrement, la forme privilégiée de la coopération hospitalière. Il est conçu comme une matrice juridique stable qui « permet une graduation de la coopération entre les GCS de moyens et les GCS-établissement de santé pour les coopérations les plus abouties »¹³⁰. La constitution d'un GCS établissement de santé revient à créer un nouvel établissement disposant d'autorisations¹³¹. Un établissement de santé ne peut adhérer qu'à une seule CHT mais il peut être partie prenante de plusieurs GCS. Ceux-ci peuvent être conclus avec tous les acteurs de santé (libéraux, cliniques, établissements privés à but non lucratifs) et peuvent être de droit privé comme de droit public. Le GCS peut être de droit privé ou de droit public¹³². Sa qualification est effectuée par le DG ARS et peut être un enjeu pour les parties prenantes. Il se voit attribuer une grille tarifaire de l'un des établissements¹³³ : établissements publics, privés à buts non lucratifs ou lucratifs. Le GIE est une personne morale de droit privé qui peut détenir des autorisations pour des équipements lourds. Contrairement au GCS, il ne peut recruter de personnels soignants et médicaux.

ii) Pour la création d'équipes médicales communes, des conventions diverses et variées existent

Une CHT peut servir à mettre en commun des moyens humains, à créer des filières de prise en charge et à coordonner des activités avec les établissements médico-sociaux. Souvent, la création d'équipe commune passe par la forme conventionnelle et des conventions de mises à disposition.

1.3.2 Les différentes formes juridiques disposent d'avantages et inconvénients économiques (fiscaux, notamment)

i) Cadre fiscal des GIE et GCS

Le GIE est géré selon les règles de droit privé¹³⁴. Il est financé par les redevances des membres (en nature, en numéraire ou en industrie). Il ne peut exercer des missions de soins. Il n'est pas assujéti à l'IS. Chaque adhérent est redevable sur le résultat à hauteur de sa participation dans le GIE. Le GIE n'est pas soumis à la TVA pour les activités de ses membres dès lors que les adhérents exercent une activité exonérée ou exclue de son champ d'action. Il sera soumis à cette taxe pour toutes les autres activités.

Le GCS est soumis à l'ensemble des dispositions du Code de la santé en termes d'organisation générale et notamment à propos du régime budgétaire, financier et comptable sous réserve de quelques adaptations sur l'organisation financière¹³⁵. Les GCS de moyens et les GCS « établissements de santé » ne

¹²⁷L. 6132-1 du CSP.

¹²⁸L. 6133-1 du CSP.

¹²⁹C. Keller, 2013, « GCS et CHT. Alpha et oméga de la coopération inter-hospitalière? », *Gestions hospitalières*.

¹³⁰C. Keller, 2013, *ibid.*

¹³¹ « Au terme de la procédure, ces choix seront balayés par le statut monolithique de l'établissement public de santé qui ne permet pas l'existence d'un actionnariat, qui ne prévoit pas de membres ni leur représentation dans ses instances (contrairement au statut des défunts SIH si décriés ou à ce qui existe dans les EPCI qui auraient pu servir de modèle) ». L. Jeune, 2012, « GCS Etablissements de santé. Déjà les premières victimes », *Notes de blog Houdart et Associés*.

¹³² Il est de droit public s'il n'est composé que de personnes de droit public, s'il est composé de personnels libéraux avec une personne de droit public, si la majorité des apports vient de personnes de droit public. Il est de droit privé s'il n'est constitué que de personnes de droit privé et s'il est constitué majoritairement des apports de personnes de droits privés.

¹³³Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relative au GCS.

¹³⁴ Pour plus d'informations, se référer au document de l'ANAP sur le sujet.

¹³⁵ Article L6141-7 et article L6145-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

sont pas soumis à l'imposition sur les sociétés¹³⁶. Le groupement prime sur l'établissement de santé et les GCS n'ont pas l'obligation de choisir l'option irrévocable d'assujettissement à l'impôt sur les sociétés¹³⁷.

Concernant la TVA, les GCS sont exonérés si elles effectuent des activités non assujetties à la T2A. Si le GCS rend des services à des tiers alors il est soumis à la T2A. Si les recettes tirées de ces services dépassent 50% des recettes alors tous les services – même ceux rendus aux membres du GCS – sont assujettis à la TVA¹³⁸. Les sommes réclamées aux membres du GCS en contrepartie des services rendus doivent correspondre exactement à la part leur incombant dans les dépenses communes. Elles ne peuvent être fixées forfaitairement. La réalisation d'une marge est proscrite. La taxe sur les salaires doit être acquittée sur les rémunérations des personnels concourant à l'exécution de ces services.

Pour les mises à dispositions de biens et services par un GCS, la convention constitutive doit en prévoir la nature et les modalités. Elle ne peut être consentie que pour les opérations non soumises à TVA¹³⁹. La mise à disposition doit être facturée à un prix qui n'excède pas le montant exact des frais engagés, ne peut donner lieu à une marge et ne doit pas être forfaitaire.

ii) Fiscalité et conventions de mise à disposition

La CHT n'entraîne pas la création d'une personnalité fiscale nouvelle et il n'existe pas de spécificités particulières sur ce type de coopération. Les établissements de droit public dont les hôpitaux ne sont pas assujettis à la TVA sauf si leur non assujettissement entraîne des distorsions de concurrence. Par voie de conséquence, la TVA s'applique dans les établissements publics de santé à certaines activités non liées directement aux soins (exception faite de la chirurgie esthétique). Par ailleurs, elle s'applique aux prestations de mise à disposition de personnels effectuées à titre onéreux. Il en va, ainsi, même si elles sont réalisées à prix coûtant, c'est-à-dire si elles ne correspondent qu'à des remboursements de frais.

Il existe une exception pour la mise à disposition de personnel, de biens immobiliers ou mobiliers facturés à prix coûtant et effectués au profit de personnes morales de droit public ou d'organismes sans but lucratif. Alors la mise à disposition ne doit pas excéder le montant exact des frais engagés. Les remboursements ne doivent pas inclure une quote-part forfaitaire des frais de gestions. Elle doit être effectuée pour des motifs d'intérêt public ou social. Cette disposition est satisfaite si la mise à disposition est consentie pour les besoins de l'activité non soumise à TVA d'une personne de droit public.

La mise à disposition de locaux est en principe assujettie au paiement d'une redevance d'occupation du domaine public. A titre dérogatoire, l'utilisation du domaine public peut être délivrée gratuitement s'il s'agit de satisfaire un intérêt général ou social en liaison avec les missions de l'hôpital. Par contre, la mise à disposition d'emplacements du domaine public ne doit en pas engendrer d'obligations financières supplémentaires. Les coûts des prestations hôtelières et techniques peuvent, et doivent sûrement, être facturés. Les coûts de la redevance d'occupation peuvent être revalorisés en fonction de l'indice de référence des loyers (habitation) ou de l'indice du coût de la construction.

2 L'analyse économique des coopérations doit s'appuyer sur une appréhension globale des coûts et sur une analyse stratégique fine afin de déterminer la réelle plus value de la coopération

Les outils économiques développés ci-avant doivent éclairer la compréhension des coopérations. Ils sont une grammaire avec laquelle il faut les analyser. La T2A a modifié le monde dans lequel évoluent les hôpitaux. Une nouvelle question apparaît : comment créer de la valeur ajoutée ? Dans le domaine coopératif, il est possible d'en adjoindre deux autres : comment calculer cette valeur ajoutée ? Comment se la partager ? Avant de détailler une proposition de méthode pour disposer d'une évaluation économique de la coopération (coûts et recettes), il convient de détailler le premier exemple de coopération avec partage de la valeur ajoutée.

¹³⁶L. Jeune, 2014, « Le GCS n'est pas assujetti à l'impôt sur les sociétés », *Notes du Blog Houdart et Associés*.

¹³⁷3-i de l'article 206 du CGI

¹³⁸ Les services rendus par le GCS doivent concourir directement et exclusivement à la réalisation d'opérations non soumises à la TVA et nécessaires à l'activité des membres.

¹³⁹ Pour les GCS de moyens qui reçoivent des subventions, la doctrine fluctue. Certaines DDFIP considèrent qu'ils sont soumis à la TVA, d'autres non.

2.1 Une analyse critique des modèles partageant la valeur ajoutée de la coopération doit être menée

2.1.1 Le modèle Lillois construit des coopérations uniquement sur une analyse marginaliste conduisant à un partage de la valeur ajoutée

Le CHRU de Lille met à disposition des chirurgiens qui vont intervenir, pour leurs patients, sur le bloc de Seclin. Ils externalisent une partie de leur production de soins. Une fois l'activité menée, les deux hôpitaux calculent la valeur ajoutée marginale dégagée par l'activité et se la partagent avec une clef de répartition de 50/50¹⁴⁰.

Le modèle est fondé sur un raisonnement en coûts marginaux et non en coûts complets. Pour cela, le CHRU entre dans la structure de coûts des établissements périphériques. Les coûts d'hospitalisation ont été différenciés des coûts externes. Les seules charges marginales liées à la réalisation de l'activité de coopération lui sont imputables. Les charges de structure et charges de personnels préexistants à la réalisation du projet de coopération sont des apports en nature de chacun des établissements et ne font pas l'objet de refacturation. La raison avancée est la suivante. Ces personnels existaient préalablement et n'ont pas été embauchés pour l'occasion. La coopération ne vise qu'une amélioration de leur productivité et des gains d'efficacité productive et allocative (cf. *supra*). Ils ne font pas une utilisation extensive de la comptabilité analytique. Néanmoins, une analyse rigoureuse de la distribution des plages opératoires a été effectuée¹⁴¹.

Le ratio marge réalisée sur coût variable est calculé. Cette analyse considère qu'une démarche en coût complet n'est pas pertinente. Selon la réflexion menée, elle consisterait à dire que chacun serait efficace de son côté. Or la performance doit provenir de la mise en commun et des complémentarités.

Une interrogation demeure. Quelle est la dynamique de long terme d'une telle initiative ? Elle avait comme but d'améliorer l'attractivité du CH de Seclin et d'augmenter son activité. Après quelques années d'existence, les actes effectués dans le cadre de la coopération décroissent. Le CH attire en lui-même. Seules les activités les plus innovantes demeurent organisées par les praticiens du CHRU opérant sur Seclin.

Ce cadre d'étude est plus adéquat dans le cadre de mutualisations qui font l'objet d'interventions croisées. Il n'est peut être pas valable dans tous les cas de figure. L'avantage premier de ce modèle est qu'il crée un intérêt à agir monétaire pour tous les coopérants. Chacun conserve d'autres intérêts à l'action propres mais l'asymétrie est réduite en ce qui concerne les intérêts financiers.

2.1.2 Le CHRU de Reims a adapté et complété ce modèle

Le modèle développé par le CHRU de Reims part du même principe que le modèle Lillois et cherche à dresser un bilan médico-économique de la coopération. Le CHRU de Reims a acté que le système d'une valorisation financière des temps médicaux par les salaires était contre-productive et contraire au principe de la T2A. Il a opéré un changement culturel pour appréhender les coopérations et milité pour le partage de la valeur-ajoutée marginale. Le cadre de la coopération est similaire à celui de Lille. Une délocalisation d'activité a lieu. L'organisation imaginée cherche à mettre en commun les intérêts et les utilités des modèles développés par le CNEH et le CHRU de Lille¹⁴². Il va plus loin que le cadre lillois. Les dépenses marginales réelles et théoriques (référence par rapport à une base partagée) ont été intégrées dans l'analyse. Si un prêt de personnel est organisé pour une mise en commun d'activité, l'établissement refacture l'utilisation du plateau-technique, non pas sur les coûts constatés mais sur la base de coûts optimisés (coût base d'Angers ou référence ANAP).

L'idée sous jacente est la suivante : éviter une mutualisation des dépenses marginales d'un établissement déficitaire et peu efficient. Le cadre d'étude est plutôt celui du CREO que celui du CREA. Il faut,

¹⁴⁰Pour un GCS de moyens, les excédents peuvent être répartis selon des conditions définies par la convention constitutive pour les GCS soumis au droit privé (R. 6133-5 CSP). A défaut d'une prévision de la situation dans la convention constitutive, le résultat excédentaire doit être affecté tout ou en partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges de fonctionnement de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement. Cependant, l'excédent doit au maximum être évité dans la prévision budgétaire sauf s'il est prévu pour financer un investissement exceptionnel l'année suivante. Lorsque l'excédent est prévisible et présente un réel degré de certitude, il est plus logique de réduire la contribution des membres. Pour les GCS de droit public, deux situations sont à distinguer selon que le GCS soit de moyens ou constitué en établissements de santé. Les GCS de moyens sont soumis à l'instruction comptable M95. « En tant que de besoin, le statut peut prévoir les modalités particulières d'administration non prévues par les textes de portée générale, par exemple : les règles d'affectation des résultats ». L'affectation des résultats doit être prévue par la convention constitutive. La distribution des résultats positifs est possible même si peu logique car les différents établissements doivent, impérativement, affecter leurs résultats. Pour les GCS-établissements de santé, il existe une relative souplesse dans l'affectation en interne du résultat positif mais la distribution des résultats excédentaires est impossible. L'excédent est, ainsi, affecté au report à nouveau excédentaire ou à des comptes de réserve (de trésorerie ou en prévision d'un investissement).

¹⁴¹Entretien avec les différents acteurs du territoire (directeur des finances du CHRU de Lille et du CH de Seclin, notamment).

¹⁴²M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, *op.cit.*

de manière préférentielle, chercher à délocaliser les coûts théoriques d'un établissement à l'équilibre que ceux d'un établissement déséquilibré et mal géré.

Cette analyse laisse plus de marges de manœuvre que le modèle précédent. Il existe, ainsi, deux enjeux pour la négociation : la base de coûts utilisés et le partage de la valeur ajoutée.

La base de refacturation peut évoluer entre les coûts théoriques, les coûts de l'établissement mettant à disposition le personnel ou la moyenne des coûts des deux établissements. Choisir une voie médiane entre les différents types de coûts à disposition est une hypothèse de travail tenable. Toute autre structure de coûts peut être utilisée à trois conditions : elle doit être fiable, facile d'utilisation et acceptée par les parties prenantes à la coopération. Sur le deuxième point, les bases nationales ont un avantage certain. Elles permettent une analyse marginale très fine (en unités d'œuvre) et permettent de calculer de manière très précise les charges engendrées par la coopération. Souvent, les contrôles de gestion ne disposent que de coûts agrégés et ils ne peuvent effectuer que des approximations des coûts marginaux¹⁴³. Si l'établissement coopérant a des charges très différentes des moyennes nationales (du fait de spécificités ou de problèmes de gestion), il se positionnera en faveur d'une moyenne des coûts marginaux des deux établissements. Plus ce hiatus sera élevé, moins il aura d'intérêt financier à la coopération. Par contre, ces incitations aux changements seront plus élevées. Une conclusion peut en être tirée. Non seulement, il est fondamental de disposer d'une organisation adaptée en interne pour mettre en œuvre des coopérations mais les coopérations (dans certains cas, comme celui-ci) peuvent servir d'incitation au changement.

L'autre élément de négociation est le partage de la valeur ajoutée. Pour l'instant les modèles englobant sont construits sur un partage égalitariste à 50/50. Mais il serait possible de partir sur des clefs de répartition autres selon les intérêts à agir. Les modèles moins intégrés ont, de cette manière, inventé d'autres règles de partage. Par exemple, les actes effectués en dehors de l'établissement d'origine font l'objet du remboursement de l'acte CCAM alors que l'hôpital où a lieu l'activité récupère le GHS¹⁴⁴. L'IGAS, pour sa part, propose que l'établissement accueillant des praticiens détachés rembourse le temps médical et rétribue l'autre hôpital à hauteur de 10% de la valorisation des actes CCAM ainsi effectués¹⁴⁵. Le partage équilibré de la valeur ajoutée permet l'acceptation de la mesure par les établissements périphériques des gros établissements. Ces derniers ont souvent des enjeux d'affirmation de leurs identités et redoutent d'être fondus dans la masse d'un établissement plus conséquent. Outre les enjeux managériaux (en termes de lutte pour la reconnaissance), il est possible de limiter cette crainte par une répartition égale des gains. L'argument de l'asphyxie financière devient alors nul et non avenue. Le rôle de la tutelle est, ici, primordial : elle peut être motrice dans ce type de réflexion ou être en retrait et refuser de poser les problématiques en termes de partage d'activités et notamment de répartition des gains et des pertes d'activités.

2.1.3 Les modèles purement marginalistes sont incomplets et peuvent créer des risques juridiques ou des limites dans l'analyse

Il existe un danger à ne travailler qu'avec des modèles économiques marginalistes. Un risque juridique apparaît et une incomplétude de la réflexion économique peut naître.

i) Risque juridique à ne pas valoriser tous les apports des participants à un GCS

Le GCS a un budget qui doit être conforme à la M21. Il doit indiquer tout ce qui est inscrit dans la coopération et être équilibré¹⁴⁶. La contribution de chaque membre est négociée préalablement à l'établissement du GCS. Les clefs de répartition sont libres mais doivent être objectives. L'enjeu est dans la définition de ce qui est mutualisé dans la participation financière.

Ainsi, ne pas prendre en compte tous les apports au GCS dans le cadre d'un partage de blocs peut faire porter un risque budgétaire à la coopération. Il ne faut pas seulement valoriser les consommables de blocs nécessaires à l'activité chirurgicale considérée mais aussi tous les temps médicaux et paramédicaux dédiés. Ces personnels doivent être mis à disposition du GCS pour les plages horaires considérés. Il est apocryphe de considérer qu'ils étaient employés auparavant et qu'il ne faut pas les considérer comme des charges attachées au GCS. Il convient, au contraire, de les prendre toutes en compte. La sanction attachée à ce positionnement marginaliste peut être lourde. En effet, un redressement fiscal peut avoir lieu. Les exonérations de TVA sont à l'euro près pour éviter de fausser la concurrence. Si un tel partage de la valeur ajoutée est mis en œuvre, il doit

¹⁴³ Ainsi, le contrôle de gestion du CHRU de Brest ne dispose pas d'une décomposition par items des coûts d'un acte comme le fait la base ENCC. Sur les coûts de blocs, ils ne disposent pas d'un coût rapporté à l'acte ou à l'heure mais d'un coût à la vacation selon le nombre d'IBODE présents en salle. A partir de ces approximations, il est difficile d'identifier exactement les coûts marginaux affectés à la coopération. C'est une des faiblesses du modèle Lillois.

¹⁴⁴ Ou alors, les actes externes sont attribués aux libéraux intervenants sur un appareil d'imagerie commun alors que les actes internes sont facturés pour l'hôpital. Le GIE du Bessin (réunissant des personnels libéraux autour d'un scanner) attribue la totalité des sommes récoltées grâce aux actes externes aux libéraux et la totalité des sommes venant des hospitalisés au CH alors que le GCS de Gisors ne facture pas de redevances aux médecins libéraux pour les attirer.

¹⁴⁵ IGAS, 2012, *op.cit.*

¹⁴⁶ Cette tâche est assez complexe pour les GCS multi-activités qui mutualisent de nombreuses dépenses et recettes. Le GCS.

considérer tous les dépenses afférentes à l'activité considérée. Si l'étude d'opportunité doit être en coût marginal, le fonctionnement du GCS ne peut être construit que sur des coûts complets.

Il pourrait être envisageable de réfléchir à des dispositifs analogues par voie de conventionnement. La forme conventionnelle est, certes, plus légère mais surtout moins engageante. Il peut être préférable d'obtenir un engagement de long terme quand la coopération sous-entend le partage de valeur ajoutée et, surtout, la structuration d'activité conjointe. Ce type de modèle économique correspond à des coopérations de longue durée et restructurant l'offre hospitalière. Il convient qu'elles soient adossées à une forme juridique robuste.

La question principale reste l'identification des coûts et des recettes. Le GCS a l'avantage d'obliger les établissements à élaborer un EPRD. Ils doivent quantifier les différents services mis en commun. Cela nécessite des outils en termes de système d'informations et de comptabilité analytique. Il n'est pas évident qu'une telle organisation soit possible dans le cadre conventionnel.

- ii) Nécessité économique de tenir compte de tous les coûts et pas uniquement des coûts marginaux

Outre le risque juridique précédemment détaillé, l'analyse menée dans les deux exemples précédents connaît plusieurs limites. Le raisonnement marginal est essentiel. Il permet d'appréhender l'intérêt à agir. Il ne suffit cependant pas à une analyse économique d'une coopération.

Ainsi, les coûts marginaux entraînent des coûts fixes futurs. Il serait inopportun de considérer qu'un coût marginal est fixe ; il évolue. De cette manière, si saisir le comportement marginaliste est nécessaire pour déterminer l'action, la caractérisation économique de la coopération doit tenir compte des coûts de structure. L'augmentation du personnel a un effet à terme sur les coûts de gestion d'un établissement et ce, d'autant plus, si les personnels participent à une coopération et sont répartis entre deux établissements. Dans tous les domaines, il existe des charges fixes si des seuils d'activités sont franchis. Il faut les insérer dans l'analyse. Certaines coopérations avec partage de la valeur ajoutée ont conscience de cette limite car elles préconisent l'intégration du coût complet, hors charges de structure, sur le moyen terme et par paliers progressifs (25%, 50%, 100%). Une telle volonté met en relief toute la fragilité du calcul initialement effectué.

La seconde limitation concerne le socle sur lequel est fondée l'analyse. Conduire une étude marginaliste n'est possible que si un état des lieux quasi-exhaustif a été mené. Il doit exhiber tous les actes effectués et leurs coûts associés. Il est souvent complexe d'identifier exactement les coûts marginaux liés à l'activité. Même si l'utilisation de références connues (*cf. supra*) peut faciliter la tâche, cerner ces derniers reste ardu. De ce fait, l'analyse en termes de marges sur coûts variables est biaisée (Annexe VI.1.1). Y allier une compréhension plus générale évite d'oublier certaines dépenses. D'autres outils peuvent contribuer à une analyse précise des coûts engendrés par la coopération. L'analyse en coûts complets donne une vision large de cette dernière. Elle doit accompagner l'analyse marginaliste de la décision. Des outils d'analyse financière – comme le taux de marge – sont utiles pour saisir l'intérêt de la coopération (Annexe VI.1.2).

- iii) Limites d'une logique purement financière par rapport à une analyse économique détaillée

En conclusion, il convient de préférer une analyse économique à une analyse financière. Elle facilite l'appréhension des flux monétaires et des enjeux concernés. Contrairement à une analyse financière, elle permet une vision sur les coûts de transaction ainsi que sur les coûts et les gains d'opportunité. Disposer d'un outils de décision stratégique (le taux marge marginal ou la marge sur coûts variables) n'empêche pas de mener conjointement une analyse économique plus approfondie.

2.2 Il est nécessaire de déterminer précisément les coûts liés à une coopération

2.2.1 Les coopérations actuelles ne prennent en compte que de manière partielle les coûts induits

- i) Analyse des exemples brestois : chirurgie du rachis et endoscopies.

Le traitement des coûts pourrait être précisé dans les exemples de coopérations étudiés. Ainsi, pour la coopération de parcours en cardiologie, les coûts de l'hospitalisation sur Landerneau ne sont pas considérés. Seul est pris en compte l'augmentation de l'activité de consultation et d'échographie. Ce calcul a une logique et une limite. La logique est la suivante : le praticien va reprendre l'activité d'hospitalisation de médecine qui préexistait. Il ne va pas nécessairement en développer une nouvelle. Qui plus est, cette activité dépend d'autres disciplines. Sa plus-value est attendue sur l'activité externe. Néanmoins, cette étude purement marginaliste limite l'appréhension globale de la coopération. Son activité de consultation ou de suivi, pour les hospitalisés,

peut générer des recettes mais a des coûts qui devraient être pris en compte. De plus, pour les activités de recours à Brest ; il n'est pris en considération que le différentiel entre les coûts et les recettes créés. La décomposition n'est pas précisée. Ne pas la mettre en exergue limite la compréhension des hypothèses et réduit notamment les marges de manœuvre. Plus les coûts sont détaillés, plus il est facile et faisable d'envisager des gains d'efficience.

La coopération sur les endoscopies peut être un second exemple. Cette coopération ne considère pas les coûts marginaux liés au déplacement des praticiens et n'indique pas qui va payer ces frais¹⁴⁷. De même, les coûts liés à la pratique d'endoscopies (matériel, anesthésie, consommable) ne sont pas précisés. Même si ces derniers ne vont pas bouleverser l'économie d'un projet effectué à moyen humain constant et imaginé sur des gains de productivités, ils modifient néanmoins les recettes perçues *in fine* par l'établissement (Annexes VII.1.1 et 2).

ii) Enseignements de ces différents exemples

Il est possible de tirer plusieurs enseignements de ces exemples. Il apparaît primordial, pour les coopérations avancées, de savoir comment est rémunéré le praticien. Plusieurs questions émergent : qui le paye ? A-t-il droit à des rémunérations complémentaires ? Peut-il travailler en secteur 2 ? Les trois questions n'appellent pas de réponse de principe. Il peut être rétribué par l'un ou l'autre des établissements selon les intérêts des uns ou des autres. Qui plus est, l'un peut le salarier et l'autre lui verser une rémunération pour AIG, une prime multi-site voire un plage de TTA. La question du secteur dépend essentiellement de la présence en parallèle de consultations en secteur un. Il ne faut pas que l'augmentation de l'offre accroisse les disparités d'accès aux soins.

Les coûts annexes ne doivent pas être négligés même dans les consultations avancées. En effet, les questionnements sont souvent centrés autour de la prise en charge des salaires des médecins et des files actives complémentaires gagnées. Il convient, toutefois, de comptabiliser les secrétaires médicaux ou les infirmiers participant au bon fonctionnement d'une consultation avancée. Il ne s'agit, naturellement, pas de construire un budget particulier pour cette consultation mais bien de l'étudier de manière globale. L'étude d'opportunité – et donc, marginale – doit tenir compte de tous les coûts et de toutes les recettes concernés.

De la même manière, il faut, de manière préférentielle, disposer de ces coûts au réel (pour les coronarographies et les actes de rythmologie). Ainsi, ils représentent l'exacte structure de production de l'hôpital et facilitent l'évaluation la plus juste possible. Si ces coûts marginaux ne sont pas identifiables, il est possible d'utiliser les agrégats dont peut disposer le contrôle de gestion (coûts d'une plage de bloc au lieu du coût d'une intervention) ou alors des coûts disponibles dans le TTCM voire dans la décomposition ENCC des GHM.

2.2.2 Des principes de valorisation des coûts liés à une coopération peuvent être retenus

i) Une utilisation extensive de la comptabilité analytique est nécessaire

Dans tous les exemples développés précédemment (*cf. supra*), l'identification des charges et des recettes est primordiale. Une exigence d'exhaustivité et de précision de la comptabilité analytique apparaît. Une utilisation extensive des outils de contrôle de gestion est essentiel. L'évolution naturelle des coopérations se dessine dans l'identification puis le partage de la valeur ajoutée. De ce fait, elle doit être au préalable identifiée (analyse du volume d'activité, de la lourdeur des actes, des DMS). Le socle de recettes et de coûts de départ doit être très précisément connu.

Les coopérations impliquent « un suivi préalable et régulier des apports » de chacun des membres¹⁴⁸. C'est une obligation réglementaire dans le cadre des GCS. Il est, par conséquent, obligatoire de disposer d'outils informatiques, d'un contrôle de gestion et *in fine* d'une comptabilité analytique retraçant les apports des uns et des autres. Certains détails peuvent faciliter celui-ci comme la création d'une UF ou d'un CREA dédié à la coopération. Cependant de telles commodités ne sont possibles que pour les coopérations structurelles¹⁴⁹. Dans les partenariats plus modestes, un suivi précis des flux et des règles de calcul prédéterminées et fiables sont indispensables. Il faut, seulement, s'assurer que ces clefs de répartition préalables soient représentatives des rôles des uns et des autres dans la mutualisation¹⁵⁰. Si c'est possible, une méthode au réel est préférable, mais il faut avant tout éviter les constructions intellectuelles, et comptables, satisfaisantes mais inapplicables. Il

¹⁴⁷Prime multi-site, plage de temps additionnel décompté, activité d'intérêt général facturé, etc.

¹⁴⁸P. Kersauze, 2010, « Le GCS, une opportunité pour renforcer le contrôle de gestion », *Finances Hospitalières*. Ce suivi est « plus ou moins complexe en fonction de la nature de l'activité et de la structure qui l'héberge ».

¹⁴⁹P. Kersauze cite, aussi, la pose d'un « compteur dédié pour les consommations d'électricité » ou « l'installation d'une balance pour la pesée du linge ».

¹⁵⁰De cette manière, beaucoup de GCS utilise des clefs de répartition qui ne sont pas totalement représentative des coûts. D'autres, encore, contractualisent sur un niveau de prestations. Le GCS « contribue de manière forfaitaire à la couverture de certaines charges » qui sont ensuite redistribués entre les membres. C'est souvent « la méthode retenue pour assurer une participation financière du GCS aux charges de structure de l'établissement réalisant la majeure partie des apports en nature ». P. Kersauze, *ibid*.

vaut mieux établir un « EPRD » de projet fiable dans un premier temps (*cf. infra*) même si certaines hypothèses sont à vérifier puis, s'attacher à détailler la comptabilité analytique dans un second temps. Ce phasage temporel est nécessaire si les pertes d'opportunité sont grandes (*cf. infra*).

La nécessité de disposer d'un contrôle de gestion performant, pour conduire des coopérations, peut être une chance pour les hôpitaux. Elle oblige à la mise en œuvre d'une analyse poussée de certains processus de production. Connaître, pour ensuite les optimiser, les coûts de production de manière détaillée est primordial. Pour cela, le parangonnage est très utile (en étudiant ses structures de coûts et en les comparant à d'autres établissements ou en utilisant des bases nationales de coûts – ENCC, Angers – ou d'efficacité – Reims –)¹⁵¹. De plus, « la coopération est une occasion unique pour interroger les processus internes »¹⁵². Cet enjeu est crucial avec la certification qui va interroger les processus comptables. Elle va, naturellement, s'attarder sur les charges du titre 3 et les recettes du titre 3 qu'engendrent les coopérations¹⁵³. Disposer d'un contrôle de gestion efficace et d'une visibilité précise sur les flux financiers des coopérations est, alors, essentiel pour assurer l'exhaustivité des comptes.

ii) L'analyse en coûts variables/marginaux est au centre de l'étude d'opportunité

Seule l'analyse marginale permet de vérifier l'opportunité de l'action (nouvelle activité ou activités conjointes). L'enjeu est de savoir si le différentiel entre les recettes et les dépenses marginales est positif ou non. Il est illusoire de vouloir raisonner en coûts fixes. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'éléments de coûts fiables et chiffrés (*cf. supra*). Il est préférable d'avoir des éléments bruts – mais dont on connaît les limites, les hypothèses de construction et, si possible, la marge d'erreur – que de ne pas prendre en considération certains coûts marginaux. Naturellement ce recours à des estimations peut avoir des limites. Il ne faut pas qu'un projet soit décidé alors que l'équilibre provient d'artefacts sur les coûts marginaux.

Pour cela, trois garde-fous peuvent être dressés. Il faut se préserver, *ceteris paribus*, d'engager des projets qui sont juste à l'équilibre sauf pour des raisons de santé publique évidentes et urgentes. Il faut établir des priorités et commencer par les projets les plus rentables (*cf. infra*). Ensuite, il faut toujours prendre – sauf cas aberrants – l'hypothèse de coûts la plus haute lorsque le partenariat est pensé. S'il est intéressant dans ce cas, il le sera dans tous. Sans bâtir *stricto sensu* d'intervalles de confiance, il convient d'apprécier la marge d'erreur des estimations afin de s'assurer que l'équilibre économique de l'alliance stratégique n'est pas entre les deux bornes de l'intervalle de confiance. Le projet doit, là encore, toutes choses égales par ailleurs, être viable quelque soit l'hypothèse retenue. De cette manière, il est aussi possible d'utiliser des coefficients prudentiels afin de ne pas surestimer les gains¹⁵⁴. Ces trois lignes de conduites sont des principes devant guider l'action plus que des méthodes à appliquer en tout lieu et tout temps.

iii) Les coûts de transaction doivent être pris en considération

Il n'est pas possible de mener une analyse économique approfondie des coopérations sans s'attarder sur les coûts de transactions¹⁵⁵. La temporalité est un facteur prépondérant des coopérations. Les investissements en matériel ou en capital humain mettent du temps à se concrétiser. D'autre part, la coopération induit un certain nombre de coûts de transaction (notamment des *ink costs*, du temps de négociations et la surveillance de la bonne exécution) qui doivent être pris en compte¹⁵⁶.

Il est possible d'évaluer les coûts de transaction engendrés par la mise en œuvre de la coopération. Une méthode consiste en la détermination des agents travaillant à l'élaboration de la coopération¹⁵⁷ et de calculer des coûts en fonction du temps prévu avant la mise en œuvre de la coopération. Une fois les quotités horaires (passées à la réflexion ou la discussion autour de la coopération) détaillées pour chaque agent, il suffit de les multiplier par le salaire horaire des différents personnels. On obtient ainsi : $CT_t = C_e + C_p * t$ avec C_e un

¹⁵¹ « Si la maîtrise des coûts n'est pas nécessairement le but poursuivi par le GCS, ce benchmarking n'en constitue pas moins une opportunité pour mieux connaître ses coûts de production et dégager des pistes d'optimisation tous azimuts : organisations du travail plus efficaces, ratios de consommables médicaux plus favorables, prix d'achat plus bas ... ». P. Kersauze, *ibid.*

¹⁵² « ... et imposer à l'ensemble des gestionnaires de crédits une approche plus rigoureuse de leur saisie comptable ». Kersauze, 2010, *ibid.*

¹⁵³ Compte 652 essentiellement pour les dépenses et les comptes 708 et 754 pour les recettes (les remboursements du personnel sur le premier).

¹⁵⁴ <http://www.t2a-conseil.com/blog/nouveau-application-du-coefficient-prudentiel-pour-les-etablissements-mco/>. Ce dernier s'applique à l'écart entre les GHS envisagés et les GHS actuels.

¹⁵⁵ Selon la définition originelle de R. Coase, les coûts de transaction proviennent des « informations à apporter » à son cocontractant. Ils existent, aussi, parce qu'il faut « poser les conditions du contrat, [...] conduire les négociations restaurant ainsi un véritable marché, [...] conclure le contrat, [...] mettre en place une structure de contrôle des prestations respectives des obligations des parties, etc. ». R. Coase, 1937, « The nature of Firm », *Economica*.

¹⁵⁶ Il est, aussi, possible de réfléchir aux coûts de transaction en termes de spécificité des actifs. Un actif est spécifique s'il est peu utilisable (« revendable ») en dehors du contexte. Les coûts de transaction croissent avec cette particularité. C'est le cas des investissements en capital humain. Ils sont fondamentalement idiosyncratiques (*cf. supra*). Ils ont surtout un intérêt dans l'établissement qui en a fait l'investissement. Plus l'actif est spécifique, plus les coûts de transaction associés le sont. L'investissement dans ces actifs lors d'une coopération est donc conditionné par une garantie de la pérennité de la relation. O. Williamson, 2000, « The New institutional Economics », *Journal of Economic Literature*.

¹⁵⁷ Contrôle de gestion, directions des affaires médicales, direction de la stratégie, direction générale, etc.

coût d'entrée¹⁵⁸ et C_p un coût horaire. Dans le cadre des GCS, GIE et de toutes les autres coopérations organiques qui demandent des investissements humains plus conséquents, il faut utiliser la formule suivante. $CT_t = C_e + C_p * t^2$. Ce calcul s'arrête à la date de signature car ensuite les différents coûts doivent être compris dans la comptabilité analytique. Il est nécessaire d'en tenir compte pour évaluer précisément l'intérêt économique de la coopération.

Ces charges ne peuvent pas être inscrites dans des budgets de GCS ou dans tout autre type de flux financiers entre établissements. Par contre, les considérer dans la comptabilité analytique mise en place pour juger de l'opportunité d'une coopération semble une décision idoine. Elles ne peuvent qu'inciter les établissements à ne pas monter de coopérations trop complexes et peu commodes à l'utilisation. Il faut, à un moment, se prémunir d'une multiplication des structures organiques qui brouillent la gestion hospitalière. Il est difficile de conduire un établissement écartelé entre de nombreuses coopérations avec des personnalités morales. De plus, il faut toujours avoir en mémoire qu'une coopération ne fonctionne et n'a de sens que du fait de la motivation des acteurs. Ce n'est pas la forme de la coopération qui importemais son opérationnalité.

iv) Les coûts d'opportunité sont au cœur de la décision de coopérer

Plus encore que les coûts de transaction ; ce sont surtout les coûts d'opportunité qui doivent être pris en considération. Dans le cas des coopérations, ils peuvent être les suivants : la position symbolique ou dominante récupérée par le concurrent, les fuites adressées au compétiteur ou le non développement d'une activité pour laquelle l'établissement voisin va pouvoir bénéficier d'une réputation et d'une filière d'adressage plus précoce.

L'enjeu majeur de l'appréhension des gains et des coûts d'opportunité provient de la temporalité. Ces derniers sont réellement connus qu'*ex post*. Le coût d'opportunité de ne pas avoir développé une activité n'est visible que si le voisin l'a mise en place et qu'il a une patientèle. Des taux de recours plus faibles que dans d'autres territoires (à épidémiologie comparable et structure de la population considérée) ou des taux de fuite conséquents indiquent une opportunité. Ce n'est pas une mesure du coût de cette possibilité non saisie. Pour cela, il est essentiel de connaître le flux réel de patients captés par le concurrent. L'estimation des gains et coûts d'opportunité dépendra des méthodes de saisie (et de leur robustesse) des recettes putatives d'une coopération. Ils varient dans le temps. Non seulement, une coopération peut mettre un temps certain à être concrétisée mais qui plus est elle est soumise à des montées en charges progressives.

Cette analyse incite à conserver ces différents facteurs en mémoire. L'économie offre une syntaxe différente sur certains enjeux : motivation des acteurs, position de niche à conserver, etc. Elle permet, par conséquent, d'aborder ces sujets avec les différents acteurs et d'appréhender les conséquences économiques de ces choix.

| | | Gain d'opportunité¹⁵⁹ | Coût d'opportunité¹⁶⁰ |
|------------------|----------------------------------|--|---|
| Période 1 | Catégorie de gains/pertes | 1/ Temps passé à développer la coopération. 2/ Achats de nouveaux matériels 3/ Recrutements médicaux en sus | 1/ Non développement d'activités dû à la position d'attente. 2/ Retard de développement technologique. |
| | Méthode d'évaluation | 1/ Même méthode de calcul que pour les coûts de transaction. 2 et 3/ Même méthode de valorisation que celle arrêtée pour les coûts marginaux <i>i.e</i> la prise en compte du prix de ces investissements (en capital humain ou non). Il est, par ailleurs, possible de porter son attention sur deux éléments : <ul style="list-style-type: none"> - Le temps passé par la cellule achat ou la direction des affaires médicales pour ces investissements. - Le caractère idiosyncratique de certains investissements. Plus la compétence du médecin est grande ou l'appareil à des | 1/ Même méthode d'évaluation que pour les recettes d'une coopération. Cette méthode doit être adaptée avec un calendrier de montée en charge puisque la capacité à faire évoluer les flux d'adressage et à récupérer des patients se construit dans le temps. |

¹⁵⁸ Il est possible de l'estimer à deux mois de rémunération des personnels concernés par cette coopération.

¹⁵⁹ Perte non effectuée.

¹⁶⁰ Gain non réalisé.

| | | | |
|-----------|----------------------------------|--|---|
| | | fonctionnalités particulières, plus il sera dur de l'employer à d'autres buts. | |
| Période 2 | Catégorie de gains/pertes | 1/ Démotivation des différents acteurs (médecins, directeurs portants le projet, possibles coopérants, cadres de santé, etc.). | 1/ Non récupération d'une filière ou consolidation de la position d'une clinique privée. 2/ Non renforcement du maillage territorial. 3/ Amélioration de l'attractivité de l'établissement, de la visibilité de ses activités et de la qualité des soins. 4/ Avantage de <i>first mover</i> (pour le développement d'une technique ou d'un acte) laissé à la concurrence. |
| | Méthode d'évaluation | 1/ Point difficile à quantifier. Ce point se rapproche de ce que les économistes appellent « <i>x-efficiency</i> » i.e l'importance du facteur humain dans la productivité et le fonctionnement des organisations ¹⁶¹ . | 1 et 2/ Méthode d'évaluation des recettes dues à la structuration d'une filière ¹⁶² . 3/ Élément soumis à controverse et à débat entre les économistes. 4/ Point difficile à identifier et à mesurer (<i>cf. supra</i>). En effet, il sera possible d'appréhender les flux liés à ce nouveau type d'acte mais complexe de séparer le gain de <i>first mover</i> au sein de l'activité effectuée. Une règle peut être gardée en mémoire. Plus la technologie est spécifique, plus l'avantage du <i>first mover</i> permet d'être de se démarquer des concurrents et de récupérer un avantage concurrentiel. La part de patients obtenus grâce à ce pari sera plus importante. |

2.2.3 Une méthode de mesure des coûts doit être proposée et faciliter la décision

A partir des différents éléments évoqués précédemment, il est possible d'établir des principes pour la prise en compte des coûts liés à une coopération. Il faut garder en mémoire qu'ils ne sont pas les seuls résultats d'une somme arithmétique. Leurs évolutions ainsi que les méthodes de calcul ont une importance.

Il faut commencer par une question simple. La coopération permet-elle le développement d'une nouvelle activité ou l'accroissement d'activités existantes ? Si une nouvelle activité va voir le jour, il faut appuyer la réflexion sur une analyse en coûts complets qui détaillera son fonctionnement en année pleine. Dans une étude médico-économique en coût complet, il est primordial de disposer de cibles concrètes (nombres d'heure de consultations, plages de blocs prévues, etc.). L'enjeu premier des coûts complets est leur exhaustivité.

Par contre, la détermination de l'intérêt à agir, et, ici à coopérer, passe par un raisonnement marginal. Est-ce que l'ensemble des coûts et des recettes de la nouvelle activité va engendrer une plus value pour les deux établissements ? Afin d'inciter à l'efficacité, et de ne pas alourdir les calculs ; il est peut être opportun de prendre comme coûts marginaux des coûts inscrits dans des bases partagées. Ils doivent, toutefois, ne pas être trop éloignés des coûts existants dans les établissements. Ils peuvent, par ailleurs, faciliter la discussion et favoriser un terrain d'entente entre les partenaires. De manière, plus générale il faut privilégier les méthodes opérantes et mettre de côté les calculs raffinés mais peu utilisables. Pour l'accroissement d'une activité, l'analyse se fera de manière marginale en respectant les précautions émises précédemment¹⁶³.

Trois autres vérifications sont nécessaires. Il faut tenir compte des coûts de transaction notamment pour évaluer la forme de la coopération et apprécier sa nécessité de mise en œuvre. Une coopération pour laquelle des longs palabres sont envisagés alors que la valeur ajoutée associée est réduite n'est sûrement pas prioritaire. Il est utile d'avoir en tête la matrice des gains/coûts d'opportunité pour ne pas délaisser des possibilités fondamentales et pour ne pas s'exposer à des charges futures trop conséquentes. Enfin, un inversement de la logique classique est décisif. Il faut raisonner en recettes puis en dépenses et non l'inverse.

¹⁶¹H. Leibenstein, 1966, « Allocative Efficiency vs. X-Efficiency », *American Economic Review* et G. Stigler, 1976, « The Xistence of X-Efficiency », *American Economic Review*.

¹⁶²Il est possible de calculer le taux de marge sur coûts variables potentiels qui pourrait être dégagée si l'établissement développait une activité pour récupérer cette file active. Cette mesure est insuffisante pour analyser, de manière satisfaisante, la coopération mais elle peut être pour estimer le coût d'opportunité à l'instauration d'une coopération.

¹⁶³Il faut, ainsi, tenir compte des coûts de structure marginaux engendrés et des effets de seuil et il est préférable de déterminer très précisément la situation d'origine.

C'est la valeur ajoutée créée qui justifie les moyens alloués. La T2A oblitère la logique de reconduction de moyens. Il n'est plus envisageable d'analyser des projets ou des coopérations comme des mesures nouvelles à financer. A défaut de pouvoir respecter de manière stricte cette logique, le dirigeant hospitalier peut vérifier que la coopération n'engendre pas plus de dépenses, surtout dans certains items (personnel médical) que ce que les recettes permettent (*cf. infra*).

2.3 L'analyse détaillée des recettes est nécessaire à la mise en œuvre de coopérations

La symétrie évoquée précédemment conduit à l'analyse des recettes. S'il fallait résumer l'évaluation des recettes en trois points, ce serait les suivants : l'analyse stratégique du territoire, l'appréhension de l'opportunité de coopérer notamment au regard du projet médical et l'estimation des recettes potentielles amenées par la coopération.

2.3.1 La coopération doit correspondre à un projet médical défini et partagé

Deux préalables essentiels au développement de stratégies coopératives ne doivent en aucun cas être oubliés : la nécessité d'un projet médical et les besoins de santé de la population. C'est l'amélioration de l'état de santé de la population qui doit guider l'organisation territoriale des soins. Le CHRU de Brest a, ainsi, développé beaucoup de coopérations à Carhaix du fait de l'épidémiologie particulière de ce territoire (*cf. supra* et Annexes IV.1.1 et I.2.1). De même, la forte prévalence du cancer dans le département l'a poussé à mettre sur pied une coopération avec le CHIC de Quimper et la clinique Pasteur (Annexes I.2.1). Cette inscription spatiale des activités sanitaires n'est envisageable qu'à partir d'un projet médical. Dans l'idéal, celui-ci peut évoquer discipline par discipline ou pôle par pôle la territorialisation de ses orientations médicales.

L'implication des médecins est la condition *sine qua non* de la mise en place de coopérations hospitalières. « L'appréhension des filières (de leur existence ou de leur effacement) ne peut avoir lieu qu'avec le concours des praticiens »¹⁶⁴. Ces dernières sont, en grande partie, influencées par les relations interpersonnelles et les habitudes. Les filières d'adressage et de recours expliquent majoritairement les flux des patients. Or, les coopérations reposent, essentiellement, sur deux modalités (quelque soit leur position dans la typologie développée précédemment) : la création de nouvelles filières ou le détournement d'autres filières. Les coopérations en urologie et pour la chirurgie du rachis visent la création de nouvelles filières. La première souhaite les créer *ex nihilo*, la deuxième envisage de jeter les bases de ce nouveau réseau d'adressage et anticiper le départ à la retraite d'un praticien. Une fois ce dernier effectif, une nouvelle filière pourra émerger. Les coopérations en hépato-gastroentérologie et en cardiologie dépendent de la deuxième modalité et cherchent à contourner l'adressage naturel des actes (diagnostics et interventionnels) de coronarographie et d'endoscopie vers les cliniques brestoises.

Ces orientations médicales doivent être connues et partagées¹⁶⁵. Il faut arbitrer, dans les pôles et avec l'appui de la présidence de la CME si nécessaire, sur les activités à développer en priorité. Cette décision doit s'appuyer sur des raisons intrinsèques (capacités internes, appétence au changement de la communauté médicale, possibilité de rééquilibrage de l'offre médicale) et extrinsèques (taux de fuite, parts de marché, environnement concurrentiel). Une remarque spécifique aux CHRU ou aux CH de référence peut être émise. Il ne faut pas produire du recours à tout prix mais l'intégrer comme une mission stratégique de développement au regard des capacités internes, des missions de proximité et territoriales.

2.3.2 La coopération ne peut être développée qu'après une analyse stratégique fine

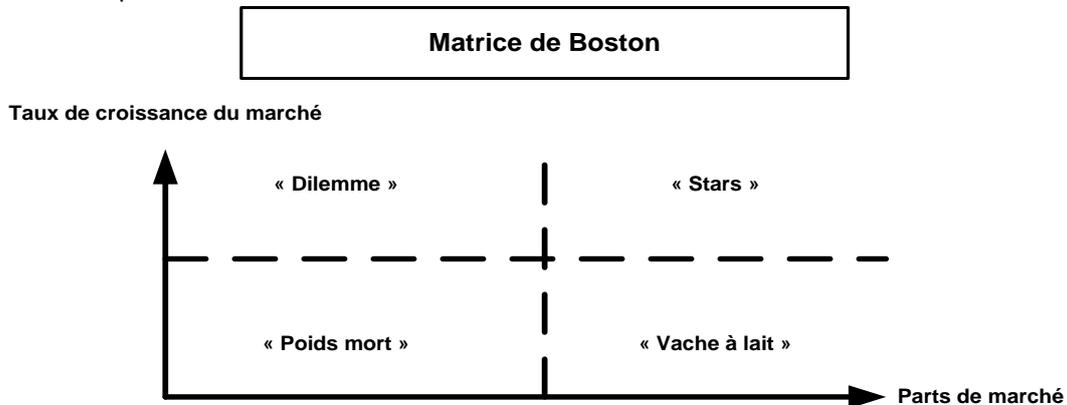
Une analyse stratégique territoriale doit être menée avant d'engager toute coopération. C'est elle qui révélera l'intérêt de l'établissement et de ses personnels – et surtout, les médecins – à coopérer. Elle permettra de vérifier s'il existe une fenêtre d'opportunité pour établir une stratégie conjointe entre les établissements. A partir de ces choix de positionnements par spécialité, l'analyse du territoire permet de choisir entre coopération et compétition (*cf. supra*) et sur quels atouts jouer (maîtrise de ressources rares, avantage concurrentiel du à la concurrence monopolistique, avantage comparatif causé par des économies d'échelle, etc.). Ainsi, l'analyse du territoire permet de définir les « champs concurrentiels » sur lesquels chaque acteur doit se positionner et favorise la meilleure allocation de ressources pour y parvenir.

La matrice de Boston (ci-après) est un outil classique de la stratégie d'entreprise pour décider quels produits développer. Elle met en relation la part de marchés d'une activité et la croissance du marché pour

¹⁶⁴C. Ménager, *op.cit.*

¹⁶⁵N. Schandlong, 2006, « Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations », *Mémoire de l'EHESP*.

déterminer s'il peut être intéressant d'y développer des activités¹⁶⁶. Cette analyse peut être reprise pour un hôpital. Il a intérêt à développer des actes pour lesquels il possède une bonne position concurrentielle de départ et qui ont des taux de recours stables ou croissants. Un argument complémentaire doit être pris en considération dans le monde hospitalier. Il vaut mieux que les GHS de ces activités couvrent de manière satisfaisante les coûts de production de ces actes.



Il faut, néanmoins, être prudent dans l'utilisation de cette matrice¹⁶⁷. Elle ne doit pas être utilisée lorsque l'établissement a fait le choix d'une stratégie de différenciation mais uniquement quand il opte pour une augmentation de son volume d'activités pour miser sur les économies d'échelle (stratégie de spécialisation). L'étude du territoire analyse les capacités de l'hôpital et regarde dans quelle mesure il est possible de construire un avantage concurrentiel à partir de celles-ci¹⁶⁸. La projection de l'établissement sur un territoire ne peut donc pas être envisagée sans prendre en considération certains éléments d'efficience interne¹⁶⁹.

i) Le décideur hospitalier peut s'appuyer sur plusieurs outils d'analyse stratégique

L'analyse stratégique territoriale est préalable à l'élaboration de la décision de collaborer. Les coopérations sont un des outils de la stratégie de l'établissement.

Schématiquement, il existe deux mesures de l'attractivité d'un hôpital sur son territoire : le taux de recrutement¹⁷⁰ qui mesure le nombre de patients de l'hôpital venant d'une zone particulière et la part de marché¹⁷¹ qui indique le pourcentage de patients qui se rend dans un établissement donné. Un hôpital peut allier un taux de recrutement fort dans un arrondissement et une part de marché faible. Il recrute beaucoup de ses patients dans cette zone mais ils ne représentent pas un nombre conséquent de patients traités. Il est possible d'élaborer des cartes indiquant des taux de recrutements différents. Ainsi, une représentation peut considérer la zone nécessaire pour capter 75% des admissions à l'hôpital dans une spécialité et l'autre 90% de ces admissions. La matrice de corrélation entre ces deux éléments précise la concentration du marché d'un hôpital¹⁷². A défaut d'une matrice, une superposition graphique des deux illustrations peut être intéressante. Plus le marché est concentré, moins l'hôpital tirera profit de son territoire. Il pourrait, avoir, un intérêt à mettre en œuvre des coopérations pour étendre sa zone d'influence puis de recrutement. Quant aux parts de marché, elles mesurent la position de l'hôpital sur un territoire donné.

¹⁶⁶ Les actes « dilemmes » sont peu rentables à d'investir des ressources pour maintenir voire accroître les parts de marché. La question de l'investissement ou de l'abandon du produit se pose. Cela peut être le cas des activités nécessitant des très gros investissements comme la radiothérapie ou des chirurgies de pointe (la chirurgie du rachis de recours). Les activités « étoiles » sont prometteuses. La stratégie consiste s'orienter vers le développement de tels secteurs pour suivre la demande du marché et conserver les parts de marchés. Ces activités deviendront des « vaches à lait » avec la diffusion de la technologie à tous. Cela peut être le cas des angioplasties ou des coronarographies. Les activités « vaches à lait » sont des activités effectuées en routine et classiques du secteur d'activités. L'urologie, en dehors de la chirurgie ambulatoire innovante, peut en faire partie. Les « poids morts » sont des prises en charge situées sur des marchés en perte de vitesse du fait de l'évolution de l'épidémiologie ou des méthodes de prise en charge. L'hôpital doit se poser la question s'il souhaite conserver de telles activités. Il peut s'en débarrasser sauf si des raisons de santé publique plaident pour leur conservation.

¹⁶⁷ Pour être utilisée pertinemment, il faut que l'établissement privilégie l'autofinancement – ce qui est le cas des hôpitaux en exploitation mais pas nécessairement en investissement –, qu'il suive une stratégie de volume et qu'il n'existe pas d'économies de gamme entre les activités développées.

¹⁶⁸ Dans le cadre des analyses stratégiques qui définissent trois types de stratégies – le fil conducteur (une direction claire mais ajustable i.e le projet médical et le projet d'établissement, en somme), la construction d'un avantage concurrentiel (grâce aux ressources et aux compétences de l'établissement) et la gestion de la relation entre l'organisation et l'environnement –, l'analyse du territoire fait le lien entre les deux derniers types de stratégie. T. Hafsi, F. Seguin, J-M. Toulouse, 2000, *La Stratégie des organisations : une synthèse*.

¹⁶⁹ IP DMS, poids moyen du cas traité, ou encore les éléments de parangonnage inscrits dans la base de Reims comme le nombre d'ETP paramédicaux ou médicaux pour un nombre de séjours et le nombre d'ETP médicaux pour un million d'euros de recettes.

¹⁷⁰ *Commitment*, en anglais, « engagement » puisqu'il indique l'ancrage territorial d'un établissement et est la résultante de ses filières de recrutement

¹⁷¹ *Relevance*, dans la littérature anglo-saxonne, car cette mesure marque l'intérêt des patients d'un endroit pour une structure hospitalière

¹⁷² Il conviendrait, en effet, de calculer la matrice de recrutement à 75%. Ce serait une matrice horizontale avec autant de colonnes que de communes dont sont issues les patients. La matrice de corrélation permettra de comparer ces deux répartitions géographiques.

Il faut ajouter à cette mesure le taux de recours au soin qui correspond à une demande exprimée en soins¹⁷³. Des précautions méthodologiques doivent être prises dans l'analyse des taux de recours. Ils ne préjugent pas de l'existence ou de l'inexistence d'une demande en soins latente non concrétisée (manque d'offre de soins, défaut d'accessibilité, *habitus* à ne pas aller consulter). Un recoupement avec les données épidémiologiques permet de caractériser de façon moins aléatoire la correspondance entre les taux de recours latents et exprimés. Le taux de recours ne donne pas de renseignements particuliers sur l'adéquation des capacités aux besoins du territoire. Il est possible d'avoir des taux de recours élevés (très significativement supérieurs à la moyenne nationale et régionale) et que les capacités soient insuffisantes. C'est le cas des pathologies neurologiques. Ces interactions se résument de cette manière.

| Taux de recours du territoire | Evolution des parts de marché | Conclusion |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| En augmentation | En augmentation ou en stagnation | Il est possible de questionner la mise en œuvre d'une coopération pour accroître le nombre de patients traités par le CHRU. |
| En augmentation | En diminution | La taille du marché s'accroît alors que la position du CHRU devient moins favorable. Le positionnement du CHRU par rapport à la concurrence est à étudier. Le CHRU doit essayer de mettre en œuvre des coopérations permettant de construire des filières où de se positionner sur des territoires où l'offre est plus faible. Si le volume décroît ou si le CHRU est dans l'incapacité d'affronter la concurrence sur le court terme ; il peut choisir de renoncer à conquérir de nouvelles parts de marché. Autrement, des consultations avancées ou la construction de filières sur ces territoires peuvent être intéressantes. |
| En stagnation | En diminution | Soit l'établissement est en capacité d'affronter rapidement la concurrence pour maintenir le volume de séjours stable au CHRU, soit ce secteur n'est pas à privilégier (même réflexion que ci-dessus). |
| En diminution | En augmentation ou en stagnation | L'assiette de séjours diminue dans le territoire mais le CHRU maintient sa part de marché ou l'accroît aux dépens de la concurrence. A terme, si et seulement si la diminution du taux de recours est conséquente, une décroissance des capacités est envisageable au CHRU. Le marché est en perte de vitesse et le CHRU capte de plus en plus de parts de marché. Le CHRU peut développer des coopérations pour capter et fidéliser ces activités et apparaître en position monopolistique. |
| En diminution | En diminution | Soit le CHRU est en capacité d'affronter rapidement la concurrence donc de pallier la diminution globale de la demande exprimée par la conquête de parts de marché. Ce segment d'activité n'est pas porteur. Il n'est pas pertinent d'engager une coopération. le CHRU doit faire évoluer son offre de soins. |
| En stagnation | En augmentation | Si la demande exprimée dans le territoire se maintient et les parts de marché du CHRU augmentent, alors le CHRU dispose d'avantages comparatifs. Des coopérations peuvent être envisagées pour améliorer la capacité réelle du CHRU à conquérir des séjours. |

L'analyse stratégique peut s'appuyer sur d'autres outils. Elle peut utiliser les taux de fuite et les taux d'attractivité de l'établissement ou du territoire (Annexes V.2.1) et peut s'appuyer sur une analyse fine des flux de patients (*cf. supra*). Ainsi, les taux de fuite interrégionaux sont de 6% pour la chirurgie du rachis alors qu'il n'est que de 1.5% pour les endoscopies. La coopération en endoscopies se justifie par les très faibles parts de marché plus que par les fuites. Elle peut aussi s'appuyer sur une analyse très détaillée des flux de patients. La coopération en endoscopies part du constat que l'attractivité du CHRU de Brest sur Carhaix se concentre en petite couronne (100 séjours sur les 107 réalisés par le CHRU sur cet arrondissement et sur 1444 réalisés pour des patients de ce territoire). Une habitude d'adressage existe entre les médecins du territoire et certaines cliniques¹⁷⁴. Elle veut instituer une présence médicale sur Carhaix afin de faire évoluer ces réseaux traditionnels. Il convient après l'analyse des parts de marché et des taux de fuite par arrondissements de préciser par cantons les établissements bénéficiaires des fuites. Ce préalable facilite la compréhension du fonctionnement des filières de recrutement des patients. L'intérêt de développer des consultations avancées, en

¹⁷³F. Weaver, S. Cerboni, A. Oettli, P. Andenmatten, M. Widmer, 2009, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », *Document de travail. Observatoire suisse de la santé*.

¹⁷⁴ Pontivy (181 actes), Guingamp (230) et Quimper (348).

urologie, à la maison de santé du Faou en est conforté. Le CHRU a respectivement des parts de marché de 17%, 24%, et 46% sur les cantons de Pleyben, du Faou et de Crozon. La clinique St Anne (Quimper) a une part de marché de 35% sur le canton du Faou et Keraudren de 22% alors que le CHIC ne représente que 12% du marché. Sur le canton de Pleyben, la concurrence est très éparpillée. Outre le CHIC (24%) et St Anne (44%) ; aucun autre acteur n'obtient des parts de marché conséquentes. Le canton de Crozon connaît un duopole entre Keraudren et le CHRU. Le CHRU peut, par les coopérations, améliorer sa position sur ces territoires.

L'échelle à laquelle sont effectuées ces mesures est importante¹⁷⁵. Ces différents indicateurs ont été analysés au niveau du territoire de santé qui est considéré comme idoine pour la planification sanitaire par les ARS. Pour disposer d'une vision plus fine, un découpage par arrondissement (Annexes IV, V, VI et VI.3.5 et 6) a été effectué. Mais il serait envisageable de travailler avec des territoires différents pour chaque coopération. Ce travail peut partir de discussions avec le corps médical qui connaît de manière détaillée les zones de chalandise des patients. Le territoire pertinent peut, ensuite, être reconstitué cantons par cantons ou ville par ville. C. Gresenz et al. ont montré qu'il fallait se concentrer sur l'aire d'influence de l'hôpital déterminée par un pourcentage de taux de recrutement¹⁷⁶. Outre la différenciation par discipline, elles varient selon des critères comme la renommée des praticiens ou le niveau d'équipement de l'hôpital¹⁷⁷.

Cette analyse stratégique doit aussi tenir compte de la permanence des comportements de santé des patients (cf. supra) et de l'effet qu'elle a sur les parts de marché. L'hystérèse de celles-ci est forte (Annexes IV.1.1). Le marché connaît une réelle viscosité. Les évolutions concurrentielles mettent du temps à advenir et les filières d'adressage sont assez pérennes. Les effets d'hystérèse marquent la persistance d'un phénomène dans le temps. Ils peuvent être mesurés par les autocorrélations (d'ordre un ou deux) qui caractérisent la dépendance d'une variable par rapport à ses valeurs historiques¹⁷⁸. Connaître ces effets permet de connaître les marchés les plus dynamiques et peut inciter à y développer des activités. Une telle analyse rejoint les enseignements de la matrice de Boston (cf. supra). Les marchés où l'hystérèse est la plus grande sont soit des marchés non porteurs soit des marchés sur lesquels la concurrence est stable et ancrée.

Il existe deux valences au développement d'activité. Il est possible d'accroître le nombre d'actes (par la récupération de parts de marché ou la création de nouvelles demandes et files actives) ou de favoriser la bonne adéquation entre le patient (son niveau de gravité) et le lit dans lequel il se trouve¹⁷⁹. Cette dernière raison milite pour un intérêt porté à la situation interne de l'établissement. Elle pousse aussi à favoriser la meilleure prise en charge pour des patients et à fluidifier le circuit patient. La sortie des patients de neurologie et leur prise en charge en SSR passe par un partenariat entre le CHRU et l'hôpital de St Renan. Celui entre Brest et Landerneau en cardiologie a très précisément défini le niveau de sévérité des actes qui doivent être adressés à Brest. Il en va de même pour la chirurgie du rachis. La coopération ambitionne de renforcer le CHRU dans son rôle de recours. Elle a, par conséquent, ciblé très précisément les actes concernés et leurs niveaux de sévérité. La non prise en considération de la complexité des malades pourrait entraîner une embolisation des services, des prises en charge non adaptées et une diminution de la qualité des soins.

- ii) Le décideur hospitalier doit coupler cette analyse à une compréhension de la dynamique concurrentielle sur le territoire

Cette analyse stratégique doit être couplée avec une compréhension fine de la dynamique concurrentielle du territoire. Il est, pour cela, nécessaire d'avoir une réflexion « sur la nature du marché

¹⁷⁵E. Vigneron et al., 2006, « Les territoires au chevet de la santé », *Gestions Hospitalières* et E. Vigneron, 2010, « Accès aux soins et territoires de santé », *Gestions Hospitalières*.

¹⁷⁶C. Gresenz, J. Rogoski et J. Escarce, 2004, « Updated Variable Radius Measures of Hospital Competition », *Health Services Research*.

¹⁷⁷C. Gresenz, et al ont étudié les critères qui font évoluer les aires d'influence. Elles dépendent de plusieurs facteurs : appartenance à une faculté, ratio entre nombre de médecins et nombres de lits, DMS, case mix des patients, densité de la population, revenu moyen de la zone. Plus la population est dense, moins l'aire d'influence est élevée. Plus il existe d'hôpitaux, moins l'aire d'influence est grande. Les hôpitaux avec une valence universitaire ont une plus grande aire de recrutement tout comme les hôpitaux disposant de certains services ou accueillant des patients graves. C. Gresenz, et al., *ibid*.

¹⁷⁸Ils se définissent comme les quotients des covariances par les variances empiriques. L'autocorrélation d'ordre un – respectivement d'ordre deux – donne la dépendance d'une variable (ici, la part de marché) à la valeur de cette variable l'année précédente – respectivement deux ans auparavant –. Elles s'écrivent ainsi : Autocorrélation d'ordre un = $\rho_n(1) = \frac{\sigma_n(1)}{V}$ et $\rho_n(2) = \frac{\sigma_n(2)}{V}$. La variance est définie de manière classique comme la somme des carrés des écarts à la

moyenne : $V = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n (p_t - \bar{p}_n)^2$ avec p_t la part de marché du CHRU pour l'année t et \bar{p}_n la moyenne sur la période des parts de marché du CHRU. Les autocovariances (d'ordre un et d'ordre deux) représentent la covariance entre une même donnée à intervalle défini dans le temps. Elles se posent de la manière suivante : $\sigma_n(1) = \frac{1}{n-1} \sum_{t=1}^{n-1} (p_t - \bar{p}_n) - (p_{t+1} - \bar{p}_n)$. L'autocovariance d'ordre un renseigne sur la dépendance entre deux données successives alors que l'autocovariance d'ordre deux renseigne sur la dépendance entre deux données écartées de deux pas de temps. Dans le cadre de ce mémoire, l'empan est d'une année pour l'autocovariance d'ordre un et donc de deux années pour celle d'ordre deux $\sigma_n(2) = \frac{1}{n-2} \sum_{t=1}^{n-2} (p_t - \bar{p}_n) - (p_{t+2} - \bar{p}_n)$. Par conséquent, il est

possible de trouver l'autocorrélation d'ordre un pour définir l'effet d'hystérèse sur les parts de marché de la manière suivante : $\rho_n(1) = \frac{\frac{1}{n-1} \sum_{t=1}^{n-1} (p_t - \bar{p}_n) - (p_{t+1} - \bar{p}_n)}{\frac{1}{n} \sum_{t=1}^n (p_t - \bar{p}_n)^2}$.

¹⁷⁹Calculé par le poids moyen du cas traité ou par le niveau de sévérité du GHM. Une différence existe, peut être, entre les établissements de taille importante qui sont dans une démarche soutenue de recherche d'activité et les établissements plus petits pour lesquels l'activité doit être combinée avec leur capacité d'accueil.

hospitalier » et de disposer d' « indicateurs susceptibles de mesurer les modifications de la concurrence »¹⁸⁰. Elle doit être dynamique et géographique. Elle prend, ainsi, en considération les évolutions de la concurrence et donc les potentialités existantes pour l'avenir et elle permet une inscription territoriale de la stratégie de l'hôpital. L'analyse de la concurrence favorise l'identification des segments d'activité pour lesquels une stratégie coopérative paraît la plus rationnelle.

Dans le cadre de ce mémoire, les espaces concurrentiels considérés sont construits à partir des territoires de santé. L'analyse sera, de cette manière, menée sur les arrondissements composants le territoire de santé n°1 du Finistère¹⁸¹. Néanmoins, une approche plus juste chercherait à délimiter les réels espaces correspondants aux comportements sanitaires des patients (*cf. supra*)¹⁸². Comme le montrent les annexes IV.4.4 et V.4.4, les aires de recrutement des hôpitaux ne recoupent pas exactement les territoires de santé. D'autres caractéristiques ont aussi une influence sur le périmètre d'un tel marché¹⁸³.

Il pourrait être intéressant en prolongement de ce travail de mener une analyse de la concurrence sur un territoire délimité selon les comportements de santé des patients (GHM par GHM). Il serait faisable grâce à des régressions d'analyser l'influence de différentes caractéristiques – taux de recours aux soins, densité médicale, évolution démographique, intensité concurrentielle, indice de Lerner (*cf. infra*) – sur les parts de marché et d'illustrer la structure concurrentielle grâce à une ACM. Les ACM sont issues de l'analyse factorielle et représentent dans un espace donné différentes données selon leur degré de corrélation. C'est une méthode à la fois statistique et graphique. Elle permet de visualiser des facteurs concordants et de distinguer des pôles de caractéristiques communes.

Pour cette analyse de la concurrence, plusieurs outils de l'économie peuvent être utilisés. Ils caractérisent l'intensité concurrentielle – sa concentration – sur un territoire. L'indice d'Herfindhal-Hirschmann (HHI) et l'indice de Hall-Tideman (HTI) sont des indices de concentration absolue¹⁸⁴. Ces deux indicateurs sont sensibles à l'entrée de nouveaux acteurs et mesurent assez précisément la concurrence¹⁸⁵. L'HHI diminue avec le nombre d'hôpitaux présents sur le marché et augmente avec le degré d'asymétrie dans les parts de marché de ces derniers. Comme indiqué par Capgras, et *al.* deux facteurs peuvent expliquer un HHI particulièrement faible. Il peut traduire une concurrence forte. Mais il peut être aussi, dans des zones situées entre plusieurs agglomérations ou dans des territoires où aucune filière de soins n'est structurée, être le synonyme d'une concurrence éclatée. Le HTI apporte une meilleure représentation des petits contributeurs à la concurrence¹⁸⁶. Le faible écart entre le HHI et le HTI indique, ainsi, que les petits contributeurs sont peu nombreux¹⁸⁷. L'indice d'entropie mesure, pour sa part, la dispersion de la concurrence. Il est plus sensible et connaît des variations plus marquées que le HHI. Lorsqu'il tend vers 0, la situation est quasi-monopolistique et lorsqu'il tend vers 1, l'intensité de la concurrence est très élevée¹⁸⁸. A partir de l'indicateur HHI, l'indice de rivalité peut être construit. Il apprécie la concurrence exercée et subie par chaque hôpital¹⁸⁹.

A partir de ces différents indicateurs, il est possible de mener une analyse dynamique de la concurrence. La grille de lecture ci-dessous en donne les axes principaux.

¹⁸⁰ J-B. Capgras, C. Pascal, et J-F. Botton, 2008, « Analyse des marchés hospitaliers et concurrence : prolégomènes au pilotage stratégique des établissements de santé », *Journée transdisciplinaire de recherche, Ifross, Lyon*.

¹⁸¹ Afin de mener une analyse plus fine des territoires de santé, il est possible de procéder non pas un découpage par arrondissement mais un découpage par cantons. Il serait, de cette manière, possible de reproduire des études telles que celles menées dans l'article de C. Pascal et al.

¹⁸² « Les espaces sur lesquels s'exerce la concurrence hospitalière ne sont pas contigus et homogènes mais segmentés et différenciés, traversés par des facteurs que masque la seule rencontre offre-demande à un moment donné autour d'un séjour, d'un acte ou d'une consultation » C. Pascal *et al.*, 2009, *op.cit.*. Les auteurs mobilisent, essentiellement, les flux de patients pour délimiter les marchés hospitaliers. S. Haas et E. Vigneron, 2004, « Territoires de Santé : quelles méthodes », *Gestions Hospitalières*.

¹⁸³ Pour appréhender la concurrence ou les éléments de contingence de celle-ci ; il est nécessaire de détenir un certains nombres de variables explicatives de la surface du marché. Les variables utilisées dans la littérature sont les suivantes : densité de la population, proportion des personnes âgées, proportion de personnes défavorisées, densité médicale, distance entre résidence du patient et hôpital, distance entre établissements, typologie urbain/rural, typologie privé/public, nombre de lits, personnel/lit, case mix, spécialités proposées, DMS et indicateurs financiers.

¹⁸⁴ Le HHI est la somme des carrés des parts de marché de l'ensemble des acteurs du secteur avec p_j pour les parts de marché et n le nombre d'acteurs du secteur : $HHI = \sum_{j=1}^n p_j^2$. L'indice prend des valeurs entre $\frac{1}{n}$ et 1. Plus le HHI est proche de 1, plus le marché est concentré, plus le HHI est proche de $\frac{1}{n}$ plus le marché est éclaté et la concurrence importante.

¹⁸⁵ Certains auteurs ont travaillé sur le périmètre pertinent pour utiliser le HHI. De cette manière, J. Burgess et *al.* ont calculé pour un même territoire le HHI sans la coopération et le HHI avec la coopération. Ainsi, ils peuvent vérifier l'influence de la coopération sur la concurrence. Ils décèlent si la coopération est offensive ou défensive et vérifient l'apport qu'elle donne aux différents concurrents sur le marché. Une telle mesure a un intérêt certain. Pour la mener, il faut disposer sur un certain laps de temps –courant avant et après la mise en œuvre de la coopération – du nombre de patients traités par les différents concurrents et par la coopération. J. Burgess, K. Carey et G. Young, 2005, « The effect of network arrangements on hospital pricing behaviour », *Journal of Health Economic*.

¹⁸⁶ Le HTI vise à corriger la surpondération des parts de marché les plus inhérentes. Il limite la surpondération des parts de marché les plus fortes contrairement au HHI en donnant plus de poids aux acteurs ayant des faibles parts de marché. Il se définit ainsi : $HTI = \left\{ \left(2 \sum_{j=1}^n j * p_j \right) - 1 \right\}^{-1}$. Les parts de marché p_j sont multipliés par le rang j : afin de permettre l'expression des compétiteurs modestes. C. Pascal *et al.*, 2009, *op.cit.*

¹⁸⁷ J-B. Capgras, C. Pascal, et J-F. Botton, 2008, *op.cit.*

¹⁸⁸ L'indice d'entropie est originellement une mesure du désordre et permet d'analyser la situation concurrentielle. Il est égal à la somme des produits des parts de marché par le logarithme népérien de l'inverse de ces parts de marchés : $E = \sum_{j=1}^n p_j \log \frac{1}{p_j}$.

¹⁸⁹ L'indice de rivalité est égal à la valeur de l'HHI retranchée de la part de marché de l'hôpital considérée (le CHRU dans ce mémoire) : $RIV = HHI - p_{CHU}$. Plus l'indice RIV est proche de 1, plus le CHRU subit une concurrence importante, et plus l'indice est proche de 0, plus il exerce une concurrence importante et en subit peu.

Analyse croisée de la dispersion du marché et de la position du CHRU

| | Indicateur d'entropie décroissant | Indicateur d'entropie stable | Indicateur d'entropie croissant |
|--|---|--|--|
| Indicateur de rivalité augmentant | Le marché devient moins concurrentiel, la concentration s'accroît et le CHRU perd de son influence sur le GHS/GP considéré. Ce segment d'activité n'est pas porteur ou le CHRU devient prépondérant sur le marché. Il n'est pas nécessairement pertinent d'engager une coopération. | La structure du marché reste la même mais le CHRU perd des parts de marché. Il peut être pertinent de s'attarder sur l'efficacité de l'organisation interne du CHRU avant d'envisager des coopérations. | La concurrence augmente mais la position du CHRU est plus fragile. Il faut en analyser plus précisément les raisons. Ainsi, une analyse de flux permettra de voir où sont situés les nouveaux acteurs (participant de la dispersion du marché) et sur quels cantons le CHRU perd des parts de marché. Des consultations avancées ou la construction de filières sur ces territoires peuvent être intéressantes. |
| Indicateur de rivalité stagnant | Le marché se concentre. Deux distinctions sont à opérer selon les caractéristiques du marché (évolution de l'activité en volume, flux des patients) : - Raréfaction de l'offre ; - Concentration de l'offre sur des pôles porteurs. Dans le premier cas, des coopérations pour développer l'offre (installation d'équipements, équipes communes, utilisation conjointe de bloc) peuvent être envisagées. | Rien de particulier | Le nombre d'acteurs présents sur le marché augmente. Deux situations sont à distinguer selon les caractéristiques du marché (évolution de l'activité en volume, origine géographique des patients) : - dispersion de plus en plus forte car la concurrence augmente (marché porteur) ; - dispersion de plus en plus forte car aucune filière de structurée. Le premier cas est celui d'une rivalité très structurée. Il semble difficile de se positionner dans une démarche coopérative dans ce cadre. Dans le deuxième cas de figure, des coopérations structurant des filières sont à envisager. |
| Indicateur de rivalité diminuant | Le marché devient moins concurrentiel et le CHRU capte de plus en plus de parts de marché. Si les besoins de la population le justifient ou si l'activité est en développement, le CHRU peut développer des coopérations pour capter et fidéliser ces activités. | Le CHRU a une position concurrentielle de plus en plus favorable. | Le CHRU a une position concurrentielle plus favorable sur un marché où la concurrence s'accroît. Si cette augmentation de la concurrence est forte, il n'est pas forcément pertinent d'aller coopérer (sauf enjeu de santé publique). |

Clef de lecture :

Plus l'indice de rivalité est proche de 1, plus le CHRU subit une concurrence importante, plus l'indice RIV est proche de 0, plus le CHRU exerce une concurrence importante et en subit peu. Il devient monopolistique. Seuls de réels besoins de santé publique doivent guider la création de coopérations. Lorsque l'indice d'entropie tend vers 0, la dispersion des parts de marché est très faible et la situation est monopolistique. Lorsque l'indice d'entropie s'élève, le marché devient plus concurrentiel et la dispersion des parts de marché décroît.

Contrôle des variations sur la concentration par indicateur de Hall Tideman :

L'indicateur d'entropie connaît des variations plus fortes que l'HHI ou l'HTI. Pour éviter tout effet d'optique et fausser l'interprétation, il est intéressant de confronter l'analyse de l'évolution à une analyse en niveau. Ce contrôle est effectué avec l'indicateur de HTI. Il est plus adapté à l'analyse des parts de marché des dispersés entre un nombre important d'acteur (au niveau du territoire de santé). Une évolution inférieure à 0.01 sur l'indicateur HHI est non significative.

Complément d'information sur le positionnement de l'établissement par l'indice de Lerner :

L'analyse est complétée utilement par l'indicateur de rivalité, l'indice de Lerner¹⁹⁰. Il est construit grâce à la comptabilité analytique de l'établissement. Il mesure le pouvoir de marché de l'établissement et donc sa capacité à s'imposer face à

¹⁹⁰C'est le taux de marge de l'hôpital et il équivaut sa part de marché divisé par l'élasticité de la demande. Plus la part de marché de l'hôpital est élevée, plus L sera élevé et inversement. Plus l'élasticité de la demande est forte – la variabilité de la demande aux signaux du marché –, plus L sera faible.

ces concurrents et à mener des coopérations ambitieuses¹⁹¹. Il est construit sur la structure de production du CHRU¹⁹². Ainsi, si le CHRU a un indice de rivalité qui décroît (la concurrence qu'il effectue augmente) mais un indice de Lerner faible, cela signifie que sa position s'est améliorée sur le territoire mais que cette amélioration ne se traduit pas encore dans sa structure productive. Sa position favorable en termes de parts de marché ne s'est pas traduite par une réorganisation médicale ou organisationnelle favorisant l'acte considéré.

Outre cette analyse de la dynamique concurrentielle, le décideur hospitalier peut s'appuyer sur une appréhension territoriale de la concurrence. Elle permet de distinguer les territoires dans lesquels le CHRU doit développer des coopérations pour sauvegarder sa position, ceux dans lesquels la concurrence est trop dense pour envisager toute action de coopération et ceux pour lesquels une action de coopération permettrait de structurer une activité. « La méthode d'analyse concurrence-concentration permet d'avoir une vision claire des besoins sanitaires pour les créneaux visés sur un secteur donné ainsi que de la position des concurrents »¹⁹³. L'objectivisation du niveau de concurrence par zone géographique permet d'interroger les « trous » des réseaux d'adresseurs pour bâtir un plan de développement fondé soit sur la concurrence soit sur les coopérations.

| Analyse des différentiels de dispersion du marché entre le territoire de santé et les arrondissements ou canton | | |
|---|---|---|
| | Différentiel positif | Différentiel négatif |
| Différentiel entre l'indicateur d'entropie du territoire et celui du canton / de l'arrondissement | <p>L'indicateur d'entropie pour le canton est plus fort que celui du territoire. La dispersion de la concurrence est plus importante dans le canton que dans le territoire de santé.</p> <p>Cette analyse doit être couplée avec une étude des flux et de la situation épidémiologique. Trois situations peuvent être distinguées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de file active et d'adressage existant ; • Peu de GHM donc flux de patients difficilement structurés • Secteur très concurrentiel où tous les acteurs essayent d'avoir une activité (forte effet d'hystérèse des parts de marché). <p>Dans les deux premiers cas, une coopération peut être pertinente. Le premier cas correspond au développement de système d'adressage et le deuxième au rôle de recours du CHRU. Ce point peut être corroboré par une analyse des fuites extraterritoriales voire extrarégionales pour la pathologie concernée.</p> | <p>L'indicateur d'entropie pour le canton est plus faible que celui du territoire. Le marché est plus concentré.</p> <p>Il faut compléter cette analyse par un regard sur les taux de recours et sur l'épidémiologie.</p> <p>Si la concurrence et le recours au soin sont plus faibles (alors que les besoins de la population sont les mêmes), il existe une opportunité qu'il faut saisir. La situation géographique excentrée peut expliquer cette situation. Une coopération peut être envisagée pour offrir un nouveau service à la population.</p> <p>Si le taux de recours est plus élevé, alors la concurrence est plus concentrée du fait d'acteurs installés de manière forte sur le territoire (très forte hystérèse des parts de marché).</p> <p>Si les autres indicateurs d'analyses stratégique sont les mêmes que dans le reste du territoire, il est possible de conclure que ce canton connaît une concurrence plus forte. Une coopération semble pertinente (développement de consultation avancée, partage de bloc, etc.).</p> |
| Différentiel entre l'indicateur de rivalité du territoire et celui du canton / de l'arrondissement | <p>Le CHRU est mieux positionné sur ce canton que sur l'ensemble du territoire.</p> | <p>Le CHRU est moins bien positionné sur ce canton que sur l'ensemble du territoire. L'analyse dépendra des éléments ci-dessus et de la position géographique de ce territoire. Ainsi, si c'est un territoire urbain (Brest et ses environs proches), la problématique concerne plus les relations avec les libéraux.</p> <p>Par contre pour les cantons plus lointains, des actions de coopération peuvent être menées. Cette situation est celle d'une fuite vers d'autres acteurs de santé.</p> |

iii) Apport de l'analyse stratégique sur les dynamiques concurrentielles

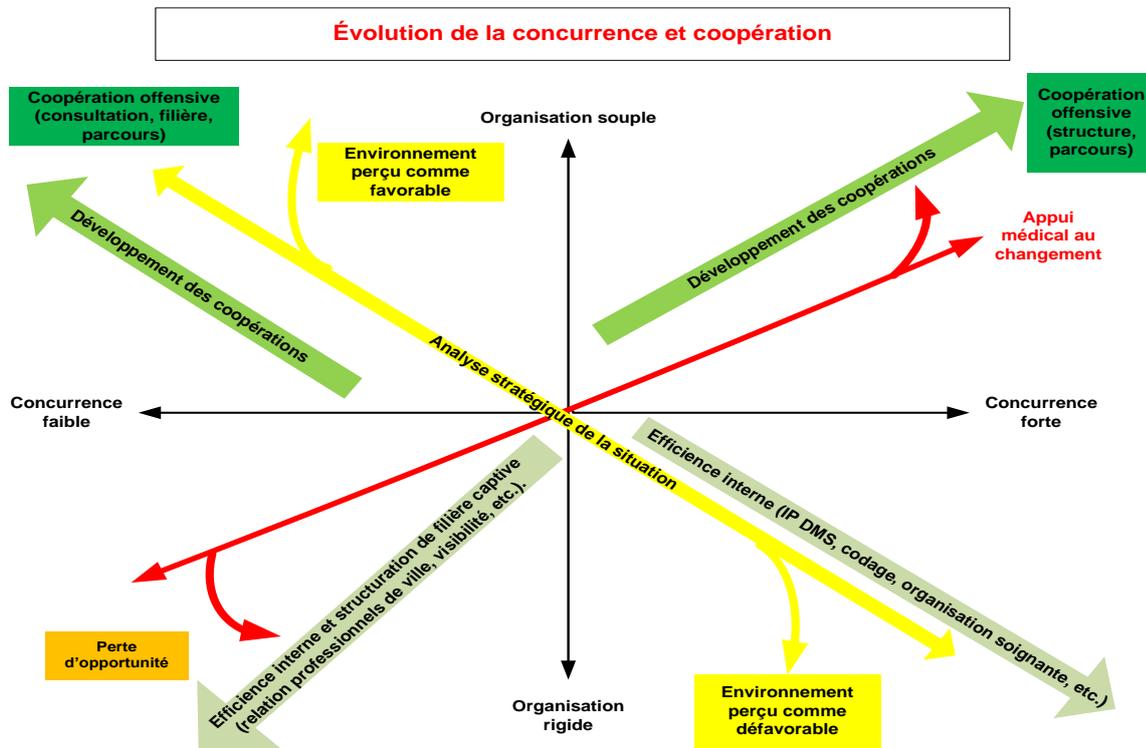
L'analyse stratégique cherche à comprendre la part des arguments concurrentiels et des arguments institutionnels – juridique, mimétisme institutionnel, etc. – dans la décision de coopérer (cf. schéma ci-dessous).

¹⁹¹Il est défini à partir du produit de la part de marché pour une activité et de l'écart entre le prix de cette activité (son GHS) et son coût marginal au sein de l'hôpital : $L = \sum_{j=1}^n p_j \left(\frac{GHS_j - c_j^m}{GHS_j} \right)$.

¹⁹²L'indice de Lerner moyen d'un marché (ici, le cas des endoscopies) est proportionnel à l'HHI du marché.

¹⁹³C. Pascal et al., *op.cit.*

Les dynamiques concurrentielles dépendent de la perception des dirigeants hospitaliers de l'extériorité mais aussi des capacités internes d'évolution de leur structure. La définition de choix stratégiques « naît de l'interaction entre l'organisation et son environnement d'une part et les différentes composantes de l'organisation d'autre part »¹⁹⁴.



Librement inspiré de S. Ceuille, 2001, « Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières », *Communication ESCP-EAP*.

L'engagement des établissements dans des stratégies coopératives témoigne de leur liberté d'initiative et de leur capacité à modifier en leur faveur la répartition des ressources entre « offreurs de soins »¹⁹⁵. Ainsi, selon l'article de S. Ceuille et les entretiens menés avec les différents directeurs d'hôpitaux (Annexe 10.2), il est possible d'établir une liste de différents critères qui poussent à coopérer¹⁹⁶. Ils nourrissent la réflexion sur la réflexion trajectoire de développement externe. La perception par les décideurs hospitaliers d'une forte intensité concurrentielle pour l'accès aux ressources stratégiques se traduit par un recours important aux coopérations¹⁹⁷. Comme indiqué ci-dessus, des facteurs internes ont aussi leur importance dans l'élaboration des coopérations. Plus l'établissement est perçu par son directeur comme favorable au changement, plus il va s'engager dans des coopérations. Mais il existe aussi des effets retours de la perception de l'environnement. Plus l'environnement est analysé comme ouvert et favorable à l'établissement, « plus la structure tend à être flexible et plus les acteurs adoptent des comportements favorisant la mise en œuvre du changement » et donc des coopérations. Il existe ainsi un cercle incitant à la coopération.

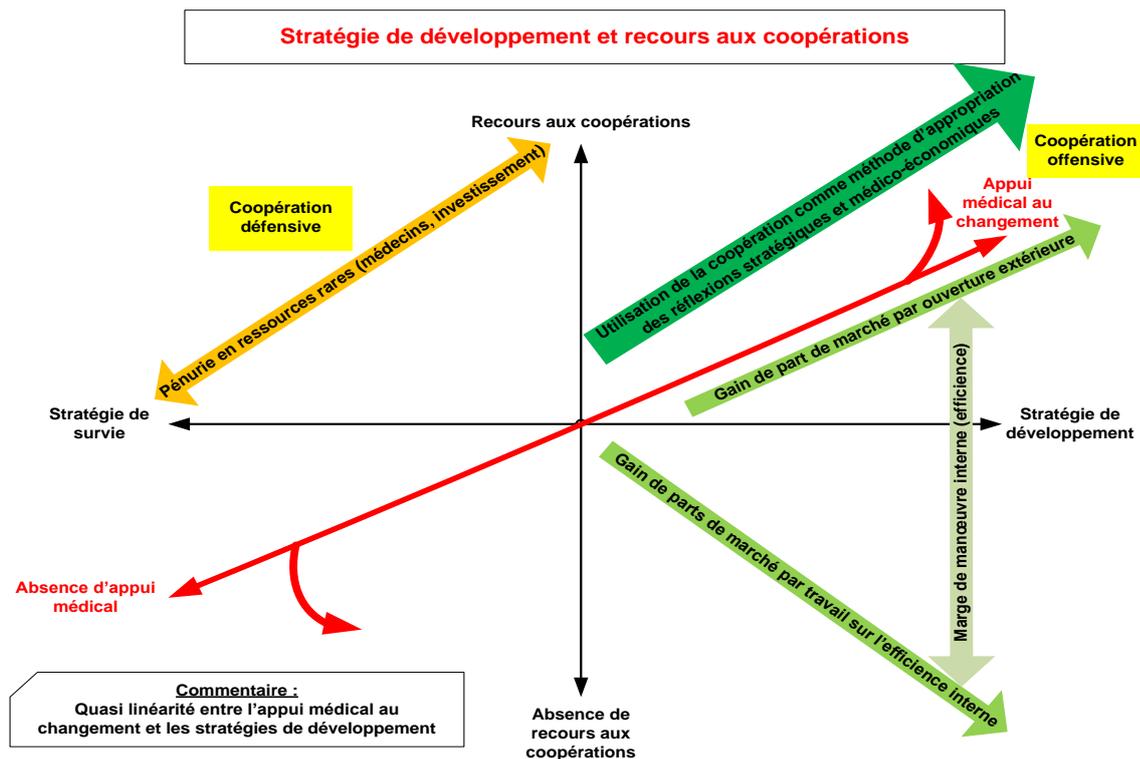
¹⁹⁴S. Ceuille, 2010, *op.cit.*

¹⁹⁵Par delà, « les discours incantatoires » des autorités de tutelles, la « position d'impulseur » souvent occupés par les établissements. S. Ceuille, 2010, *ibid.*

¹⁹⁶

| | |
|---|--|
| Opportunités issues des mutations de l'environnement | Capacité d'exploitation de relations nouvelles avec des acteurs concurrents |
| | Capacité d'exploitation des marges de manœuvre nouvelles |
| | Capacité d'accès à la ressource financière |
| | Capacité de reconversion de l'activité |
| Intensité concurrentielle | Nombre et nature des concurrents |
| | Concurrence pour l'accès aux ressources stratégiques |
| Ouverture au changement de la structure organisationnelle | Degré de responsabilisation des personnels administratifs et soignants |
| | Ouverture au changement du corps médical et de l'équipe de direction |
| Autonomie de la décision stratégique | Degré d'autonomie perçue dans les décisions relatives aux alliances stratégiques |
| | Degré d'autonomie perçue dans les décisions relatives aux autres alliances |

¹⁹⁷Dans ces travaux, S. Ceuille parle essentiellement « d'alliances stratégiques ».



Librement inspiré de S. Ceuille, 2001, « Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières », *Communication ESCP-EAP*.

De plus, l'existence d'opportunités du fait des mutations de l'environnement (fermeture d'une structure, fin d'autorisation, départ d'un praticien) ainsi qu'une concurrence exacerbée poussent à l'ouverture au changement. C'est deux derniers points sont patents dans le cadre du CHRU de Brest : la coopération sur la cardiologie est consécutive au décès d'un praticien, celle sur la chirurgie du rachis préfigure le départ à la retraite d'un médecin alors que celle sur les endoscopies cherche à contrecarrer un environnement très concurrentiel en s'implantant sur les territoires où les cliniques ont une position moins prédominante (cf. *infra* et Annexes IV.2.1 à 6).

A la classification économique des coopérations effectuée précédemment, il est possible d'y adjoindre différents positionnements coopératifs issus de l'analyse stratégique.

Les établissements « passifs » sont dans une situation quasi-monopolistique sur leurs domaines d'activité et n'ont pas de concurrence notamment du fait de modes de financement particuliers. Le degré de recours aux coopérations ne les caractérise pas particulièrement. Les hôpitaux « non coopératifs » sont, généralement, dans une situation favorable avec un plateau technique important. Leur stratégie se traduit par un faible recours aux coopérations car ils ont un accès facile aux ressources. Ils sont dans une optique d'hyperconcurrence (cf. *supra*). Les « inhibés » voient leurs activités remises en cause et soumises à des menaces de restructuration. Le corps social est hostile aux évolutions et le fonctionnement a longtemps été autarcique. L'absence de solutions stratégiques traduit cette difficulté d'adaptation. Ils ne recourent aux coopérations qu'en derniers recours. Elles sont uniquement défensives et cherchent à bloquer l'entrée au marché d'autres concurrents. Ils n'ont pas les capacités de mener une stratégie *top dog*. Les « leaders coopératifs » subissent la concurrence des cliniques privés qui jouent le rôle « pivot » mais ils n'ont pas de soucis d'accès aux ressources. Ils cherchent à bloquer l'entrée au marché et mènent des actions de type *top dog*. Ils sont dans des coopérations offensives. Ils sont au cœur du dispositif de coopération et leurs stratégies de développement reposent sur celles-ci. Ils ont fait le pari des économies d'échelle, de gamme, et d'envergure. Enfin, les « combattifs » ont un « créneau » relativement étroit et développent une stratégie proche des cliniques spécialisées (exploitation des mutations de l'environnement, corps médical à l'initiative du changement, formulation stratégique forte, etc.). Ils focalisent leur action sur leur avantage comparatif et sur les économies d'échelle. Souvent, le degré de recours aux coopérations ne permet pas de discriminer ces établissements.

Une détermination des coopérations du CHRU de Brest selon ce modèle peut être tentée. De cette manière, celles en urologie correspondent au rôle de leader coopératif puisque le service a fait le pari du développement des filières sur le territoire et essaye de structurer son offre de santé en partenariat avec les autres. Par contre, celle en endoscopies relève plus d'une coopération d'un « inhibé » ou « passive ». Elle est, avant tout, défensive et vise une reprise en main sur une activité où le secteur privé prédomine. De manière plus générale, le CHRU a le rôle de « leader coopératif », il développe de nombreuses coopérations pour

asseoir son rôle de recours sur le territoire et pour développer ses activités. Une grand part de sa stratégie de croissance est conjointe.

iv) Application de ces outils au cas brestois

Pour les endoscopies digestives (Annexes V.3.3 et 4), l'indice de rivalité du CHRU décroît et l'entropie augmente très légèrement. La situation du CHRU s'améliore. Cette tendance n'a pas de conséquences concrètes puisque la structure du marché reste identique : le CHRU a une part de marché très faible (Annexe V.3.2) et le HHI ne diminue que marginalement. Cette étude montre la pertinence de contrôler les évolutions de l'entropie par le niveau du HHI. La consolidation du positionnement du CHRU reste embryonnaire.

L'intensité de la concurrence varie beaucoup selon les territoires (Annexes V.3.5 et 6). Il existe un différentiel d'indicateurs d'entropie assez important entre les arrondissements de Châteaulin et de Morlaix et le territoire pris dans sa globalité. C'est un cas de figure dans lequel, développer une coopération peut être utile. Le marché est très concentré sur l'arrondissement de Morlaix et peu sur l'arrondissement de Châteaulin. Ce dernier territoire peut présenter une opportunité pour le CHRU. Sa part de marché y est de 20% contre 4% dans l'arrondissement de Brest. C'est confirmé par un indice de rivalité plus favorable. La concentration assez forte du marché sur l'arrondissement de Quimper conjugué à un indice de rivalité faible indique que nombre d'établissements de santé (publics comme privés) interviennent sur ce territoire. Ce n'est pas nécessairement un espace pertinent pour développer une coopération. La possibilité de développer une activité sur Châteaulin dépend de la capacité du CHRU à résister à la concurrence des cliniques privées qui sont prépondérantes dans l'arrondissement brestois. Cette analyse est corroborée par le très faible indice de Lerner. Le pouvoir de marché du CHRU est très faible. Leur grande rentabilité ne suffit pas accroître l'indicateur (Annexes V.7.2). En prolongeant l'analyse, il est plus intéressant d'accroître le nombre d'endoscopies en ambulatoire qu'en activité externe. Le CHRU est dans une situation de coopération offensive paradoxale. Le but est de conquérir des parts de marché. L'activité est très rentable mais le CHRU part d'une situation très délicate.

La chirurgie du rachis est souvent un acte de recours. La concurrence a cru ces dernières années. L'indicateur HHI est en diminution (Annexes V.4.3 et 4). La concentration du marché décroît ainsi que l'indice de rivalité du CHRU. Il est de mieux en mieux positionné sur ce marché.

Certains arrondissements du territoire connaissent des taux de dispersion plus faibles que celui du territoire. C'est une opportunité à saisir pour le CHRU. Le marché reste concentré quel que soit l'arrondissement (Annexes V.4.5 et 6). Un concurrent arrive à développer son activité sur l'arrondissement brestois. Néanmoins le faible indice de rivalité amène à nuancer ce propos. Le CHRU est en position, par des coopérations, de structurer l'activité du territoire. Cette analyse est corroborée par des taux de fuite interrégionaux qui signalent un potentiel important sur cette discipline. Le taux d'attractivité interrégional augmente alors que le taux de fuite diminue. Cette activité est en train de s'organiser et les patients ne quittent plus le territoire pour se faire soigner (Annexe V.2.1). Cet effet est surtout dû à l'accroissement de l'attractivité de la région quimpéroise (et donc des cliniques développant l'acte). Une action sur le territoire n°1 est alors à mener. Le montage prévu avec un praticien travaillant sur Quimper et un sur Lanerhan peut créer des opportunités intéressantes.

La dispersion augmente très légèrement pour les affections cardio-vasculaires. L'indice de rivalité est stable du fait de la forte concurrence sur le territoire (Annexes V.5.3 et 4). La structure concurrentielle dépend fortement des arrondissements. Elle est conséquente sur Brest et sur Morlaix. L'entropie de l'arrondissement est beaucoup plus faible que à Morlaix et à Châteaulin. Le CHRU subit très fortement la concurrence d'autres acteurs sur le territoire morlaisien (Annexes V.5.5 et 6). Le CH de Morlaix détient une part prépondérante du marché. La dispersion de la concurrence est assez faible à Châteaulin. Le CHRU y est bien positionné et subit une concurrence modérée (indice de rivalité faible et 15% de parts de marché) du CH de Morlaix. Une action de coopération avec les acteurs locaux peut donc être envisagée.

C'est le cas, notamment, du temps partagé avec Lanerhan. Il permet d'accentuer l'activité de proximité du CH tout en renforçant le rôle de recours du CHRU. Le taux de fuite intra-régional est fort pour les territoires quimpérois et briochins (Annexe V.2.1). Il peut être intéressant pour le CHRU de Brest d'attirer ces patients en proposant une offre hospitalière à proximité de ces territoires. De plus, l'indice de Lerner est assez élevé pour les actes de cardiologie étudiés (Annexes V.7.1). Le marché hospitalier est intrinsèquement éparpillé et un indice de Lerner à 0.3 peut être lu comme une forte capacité à entrer sur le marché. Le CHRU dispose d'un pouvoir de marché et peut, donc s'imposer, sur le territoire.

La chirurgie urologique connaît une certaine stabilité de sa structure concurrentielle (Annexes V.6.3 et 4). Il faut, néanmoins, repérer une petite baisse de l'entropie et par conséquent une augmentation de la concurrence. Cette dernière est plutôt concentrée sur les arrondissements de Brest et Châteaulin (Annexes V.6.5 et 6). Elle est plus faible sur l'arrondissement morlaisien. La position du CHRU peut être consolidée sur

l'arrondissement de Châteaulin. Trois concurrents y sont présents notamment la polyclinique Keraudren et le CH de Morlaix avec des parts de marché de 18%. Le CHRU doit éviter de perdre une telle patientèle dans cette situation d'oligopole. Des actions de consultations avancées peuvent y aider. La situation brestoise correspond à un quasi-duopole avec un marché assez concentré (HHI à 0.4) mais de nombreux petits concurrents subsistent (indice d'entropie à 0.238). La situation s'apparente à une compétition directe entre le CHRU et la clinique Keraudren.

La situation morlaisienne est particulière puisque le CHRU fait jeu égal avec les deux acteurs locaux. Développer des activités de recours pourrait lui permettre de s'imposer dans un territoire où la concurrence est dense et implantée. L'activité de consultation avancée prévue y participe. Elle augmentera l'attrait du territoire brestois (Annexe V.2.1). Cela va de pair avec une baisse pour le territoire quimpérois et une augmentation des fuites des territoires de St-Brieuc et de Quimper vers d'autres endroits de la Bretagne. Il y a une opportunité pour attirer ces flux. La coopération peut faciliter la captation de ces patients. Cette position de force du CHRU est corroborée par la faiblesse du taux de fuite interrégional (4.4% en 2012).

- v) Cette projection de l'établissement sur un territoire est conditionnée par des éléments d'efficience interne

Il n'est pas envisageable de projeter la stratégie de l'établissement sur le territoire sans prendre en considération l'efficience interne de l'établissement. Les stratégies internes et externes sont indissociables. Il n'est, réellement, envisageable d'opérer des coopérations que si l'organisation a déjà mené des gains d'efficience en son sein. En outre, mener des coopérations n'est faisable qu'à condition des les accompagner d'actions internes.

L'efficience interne de l'établissement est une condition préalable au développement de coopérations. Les problématiques internes doivent avoir été traitées ou *a minima* abordées. Il est illusoire de chercher à conquérir des parts de marché par une démarche territoriale si les indicateurs d'efficience interne sont améliorables¹⁹⁸. Il est possible pour cela de travailler à partir des données présentées par PMSI Pilot, par la BDHF ou celles que proposent la base de parangonnage entre les CHRU (Base de Reims). Cette dernière base donne des indications assez détaillées et disponibles (Annexe VII.1.1).

Une coopération ne peut se mettre en place qu'accompagnée de réorganisations internes. Ainsi, le maillage territorial des endoscopies du CHRU redouble des restructurations internes : coordination des consultations d'endoscopies et d'anesthésie, numéro unique d'appel pour les rendez vous et pour obtenir un avis séniorisé, rapprochement du plateau externe d'endoscopies des salles de blocs, ouverture d'un numéro direct pour la médecine de ville, etc. La mise en œuvre de la filière en cardiologie va de pair avec une refonte de la prise de rendez vous en coronarographie-angioplasties. Pour la chirurgie du rachis, l'identification des correspondants (médecins traitants, rhumatologues, neurologues, kinésithérapeutes) et des filières préexistantes était nécessaire. Cette stratégie d'alliance n'est possible qu'avec l'amélioration du service rendu aux correspondants (diminution des délais de consultation et d'intervention).

2.3.3 L'analyse stratégique conduit à la détermination des recettes potentielles issues de la coopération

- i) Le décideur peut lier les flux prévisionnels à des recettes envisagées

Au regard des analyses stratégiques élaborées par les établissements et des exemples étudiés des coopérations du CHRU, il est possible de définir deux types d'analyse des recettes attendues d'une coopération : des études centrées sur les flux de patients et des réflexions autour des parts de marché.

Le travail en termes de flux de patients part de l'existant et identifie la provenance géographique (par arrondissements, cantons ou communes) des patients pour tous les établissements (clinique ou hôpital). Suite à l'analyse stratégique, une cible d'actes pouvant être effectués grâce à la coopération est identifiée. Pour la déterminer, le rôle des médecins est crucial. Ils connaissent les réseaux d'adressage ainsi que le fonctionnement de leurs confrères concurrents. Une attention particulière doit être portée aux GHM de recours¹⁹⁹. Cet objectif est le potentiel maximum estimé pour la coopération. A partir de ce dernier, une montée en charge peut être calculée. Elle dépend des capacités d'accueil des structures parties prenantes à la coopération et du temps induit par la création d'un effet réputation et par la réorientation des files actives. L'appréhension de la structure concurrentielle est précieuse pour disposer d'une montée en charge objective qui ne soit ni trop timorée ni trop ambitieuse. Une montée en charge timide peut créer un coût d'opportunité car elle

¹⁹⁸L'IGAS note, de cette manière, « pour un établissement en déficit, le retour à l'équilibre passe d'abord par une action sur les facteurs d'origine interne qui doivent se traiter au niveau de l'établissement ». IGAS, 2012, *op.cit.*

¹⁹⁹ Les réseaux d'adressage et les établissements pouvant effectués ces types d'actes diffèrent.

restreint le dynamisme des acteurs. A l'inverse, viser trop haut peut engendrer des coûts si ce pari a été accompagné de moyens supplémentaires (cf. *infra*). Il suffit de multiplier ce flux de patients par le tarifs des GHS considérés dans le *case mix* pour estimer les recettes potentielles²⁰⁰. Si la coopération ne concerne pas seulement quelques actes mais une discipline particulière, il faut appliquer le *case-mix* moyen conjoint des deux coopérants pour connaître les GHS concernés.

Même s'il existe rarement de « génération spontanée », il peut être pertinent d'envisager des mécanismes de contrôle pour s'assurer de l'augmentation de l'activité due au partenariat. Ces derniers doivent être simples pour ne pas alourdir le fonctionnement des deux structures. Réfléchir à des outils informatiques traçant les patients venus grâce à la coopération permettra d'élaborer des études médico-économiques plus précises. Surtout, ils sont nécessaires à l'évaluation *a posteriori* des coopérations.

Si le but de la coopération est de récupérer des parts de marché, les étapes de la réflexion sont un peu différentes. Au vu de l'efficience interne du service concerné et des actions d'accompagnement de la coopération prévues, le binôme médico-administratif qui gère le projet définit un but à moyen terme d'augmentation des parts de marché. Celle-ci tient compte de la structure concurrentielle, des stratégies des différents offreurs de santé et de la plus ou moins forte hystérèse de ces dernières. Une fois la cible à 4-5 ans posée, il est possible de déterminer une montée en gamme de la coopération. Il faut, ensuite, déterminer sur quels GHM va plus particulièrement se centrer le gain de parts de marché. Si la coopération se concentre sur trois GHM pour récupérer x% de parts de marché, il faut considérer le pourcentage respectif de chacun de ces trois actes (entre eux et dans le *case-mix* général de la discipline) et mesurer le nombre d'actes à accomplir. Une fois défini le type et le nombre d'actes prévus, le calcul des recettes est très simple. *In fine*, les deux méthodes sont quasi analogues. Elles consistent à quantifier les flux de patients prévus pour estimer des recettes potentielles.

ii) Il doit vérifier certains éléments afin de ne pas fausser son analyse

Pour éviter que l'analyse soit biaisée dès le départ, le dirigeant hospitalier doit s'assurer que certains éléments ont été vus. C'est le cas de la capacité organisationnelle, de la trajectoire de montée en charge et de la fluidité des parcours patients. Ainsi, le devenir et la temporalité de la coopération doivent être considérés. Les paliers de progression ne peuvent être construits qu'avec le concours des équipes médicales et soignantes et, en accord avec l'évolution programmée des organisations. Surtout, l'ambition au cœur des coopérations est de faciliter le parcours du patient. Il est primordial que ce point ait été abordé dans les réunions préalables. Une analyse de type « patient-traceur » et/ou une cartographie précise des processus de prise en charge permettent de s'assurer que la coopération est opérationnelle et qu'elle se traduit par un mieux être pour le patient. Cette étude des processus peut se construire sur une identification des facteurs de risques, de réussite et d'échec de la coopération.

iii) Il peut s'assurer que les recettes putatives seront suffisantes pour couvrir les investissements prévus pour développer la coopération

Un point de faiblesse des coopérations concerne l'accroissement du personnel médical (et non médical, dans une moindre mesure). A partir de certains seuils, la coopération ne peut pas être maintenue avec les moyens initialement alloués. S'il convient de se focaliser sur le renversement voulu – l'accroissement de l'activité puis l'augmentation des moyens –, ce dernier n'est pas toujours possible. Le pari stratégique des coopérations se cristallise souvent sur cette problématique.

Une méthode doit être proposée pour vérifier si les hypothèses effectuées par l'établissement sont réalistes. L'idée de départ est la suivante : s'assurer que les moyens humains complémentaires sont financés par l'activité effectuée afin de conserver une symétrie entre les dépenses et les recettes. Naturellement, l'équilibre général du projet apporte une première réponse à cette question. Mais il convient d'aller plus loin et de proposer des réponses issues de calculs micro-économiques. Pour cela, deux possibilités : l'utilisation de la décomposition des GHM de la base ENCC ou un calcul particulier.

La décomposition des GHM en coûts dans la base ENCC permet de vérifier si les recettes de la coopération couvrent les coûts de personnels induits (Annexes VIII.1.2)²⁰¹. A partir du *case mix* prévisionnel de la coopération (avec un nombre d'actes précis), il est possible d'établir les recettes (cf. *infra*). De la même manière, le tableau proposé permet de connaître la part des coûts de personnels, des coûts de logistiques, etc.

²⁰⁰ Par ailleurs, l'application d'un nombre de GHS pour obtenir les recettes doit tenir compte du taux d'occupation actuel des lits et de la DMS du service. L'augmentation des flux n'est réalisable qu'en prenant en considération ces indicateurs synthétiques de l'efficience interne.

²⁰¹ Elle est fondée sur la logique suivante : elle fait correspondre à un acte le nombre d'unités d'œuvre (et pour ce qui nous intéresse, leur prix). Elle fait le lien entre un niveau moyen de production et la quote-part de chaque GHM.

dans les GHM qui vont être réalisés²⁰². Il est, de cette manière, possible d'exhiber la part de tous les facteurs de production dans le séjour réalisé et de vérifier que les recettes prévues couvrent bien ces coûts²⁰³. Il existe, néanmoins, une limite à cette méthode. Elle part d'une analyse des coûts moyens observés dans les établissements. Or, le but d'un hôpital en développant ces coopérations est d'améliorer sa productivité et son efficacité. Ce genre de calcul a plus vocation à servir de contrôle qu'à irriguer l'ensemble de la réflexion.

Par ailleurs, ce travail a été effectué directement sur la décomposition des coûts proposés par l'ENCC et non sur un TCCM. Or pour passer de l'un à l'autre, un certain nombre d'étapes correctives sont nécessaires. Dans tous les cas, ces deux types de méthodes sont construits à partir d'un certain nombre d'hôpitaux qui ne représentent pas nécessairement l'EPS considéré. L'application pour la décision de tels préceptes nécessiteraient de se focaliser sur un TCCM²⁰⁴.

Si la structure des coûts de l'établissement est très différente de celle de la base ENCC, il est envisageable de mener à bien cette vérification d'une autre manière. Lorsque le contrôle de gestion dispose de jeux de données analogues sur les coûts de l'établissement, il est intéressant de s'en servir. Les calculs correcteurs des coûts ENCC menés par le contrôle de gestion sont, ainsi, préférables s'ils existent. Autrement, il est possible de calculer soit même une décomposition des coûts. Il faut partir du *case mix* du CHRU par GHM et par pôle, considérer le pourcentage que représente un GHM dans la répartition des activités du pôle et appliquer ce pourcentage au CREA afin d'obtenir la structure des coûts des facteurs de production utilisés pour mettre en œuvre cette activité. Un tel calcul a le mérite de mieux représenter les coûts de l'établissement (Annexe VIII.1.1). Il a le désavantage d'être construit sur l'application d'un pourcentage et, par conséquent, sur des hypothèses de calcul²⁰⁵. Dans tous les cas de figure, une telle méthode permet de vérifier si le projet est tenable financièrement. La MeaH avait, de la même manière, préconisé de disposer de tableau TCCM indiquant l'écart à la base ENCC. Comme le montre l'application de ces deux méthodes aux actes d'endoscopies et de chirurgie du rachis, les agrégats de la décomposition ne sont pas exactement les mêmes et les chiffres peuvent varier. L'écart entre les résultats des deux méthodes fluctue beaucoup (Annexe VII.1.3). Toutefois, ces deux mesures permettent une comparaison rapide et facile avec les recettes prévues de la coopération.

3 Des outils d'aide à la décision dans le champ coopératif et des recommandations sur les coopérations hospitalières découlent de cette analyse économique

3.1 La réflexion sur les coûts et les recettes des coopérations permet l'élaboration d'une méthode d'analyse économique de ces dernières et la création d'outils financiers

S'il ne fallait conserver qu'un seul enseignement de cette étude sur les coopérations, ce serait la suivante. Elles ne peuvent fonctionner que si tous les coopérants y gagnent²⁰⁶. Ce gain peut être symbolique (maintien ou développement d'un type d'activité), professionnel (nouvelles connaissances acquises), de santé publique (meilleur circuit du patient) ou économique (plus-value créée). Le partage de la valeur ajoutée entre les coopérants facilite l'approche de la coopération. Les différents acteurs obtiennent un gain financier. La circonspection des petits établissements face à la coopération est réduite. L'hôpital de référence et l'hôpital périphérique peuvent trouver avantage à travailler de concert. La seule condition restante est la viabilité économique de l'ensemble.

²⁰²L'analyse peut aussi être conduite à partir de la décomposition des GHS. Celle-ci est proposée par l'ENCC. Il existe un avantage et un inconvénient à se saisir de cette désagrégation. Elle concerne les recettes et donc ce que rembourse la sécurité sociale. Il peut être préférable de vérifier l'adéquation des recettes de la coopération avec le paiement prévu par l'Assurance Maladie des divers facteurs de production. Cependant, cette partie du travail concerne en premier lieu des dépenses et il apparaît plus juste de travailler à partir d'une décomposition des coûts.

²⁰³Il est envisageable d'aller plus loin. Cette désagrégation des coûts constitutifs du GHM offre un point de comparaison à l'évaluation médico-économique (*business plan*) qui a été élaborée. Une vérification des hypothèses, et surtout de la part relative, de chaque facteur de production peut être menée.

²⁰⁴Certains proposent pour ce faire de créer un compte de résultat normatif qui permettrait *a posteriori* de comparer chaque composante du coût de fonctionnement réel d'un service soit à sa valeur financée par le *case-mix* soit au coût moyen de fonctionnement dans les établissements de même catégorie (Base d'Angers). V. Bedoucha, 2010, « Introduction à la notion de tarif décomposé », *Document de travail*.

²⁰⁵En effet, il est conjecturé que chaque GHM produit dans un pôle utilise autant de ressources que les autres GHM. Il aura une iso-allocation des facteurs de production au sein des pôles. Ce postulat est fort. Mais il est nécessaire pour effectuer le calcul. Sans lui, il faudrait distinguer la structure de production acte par acte ce qui n'est faisable.

²⁰⁶« Le partenariat équilibré (le fameux rapport gagnant/gagnant) est un facteur essentiel pour une coopération pérenne et réussie ». C. Keller, *op.cit.*

3.1.1 Des outils pratiques doivent être développés

- i) Une utilisation des outils du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique au cœur des enjeux coopérations

La T2A oblige les établissements à comprendre le fonctionnement économique des coopérations. Sans cela, la coopération peut fragiliser la situation financière de chaque établissement. Il n'est pas obligatoire de disposer d'une structure avec une gouvernance propre et un cadre économique dédié pour tout type d'action commune. Il faut, juste, identifier tous les charges et produits de la coopération. Il est nécessaire, pour ce faire, de disposer d'outils efficaces. La comptabilité analytique participe à leur construction.

Les trois usages centraux de la comptabilité analytique sont les suivants. Il est, tout d'abord, utile de disposer d'une vision claire et synthétique des coûts marginaux créés par la coopération. Si l'établissement ne possède pas de comptabilité analytique précise, il peut s'appuyer sur les bases nationales. Ces différentes sources fournissent autant de possibilités de négociation entre les partenaires.

Ces outils sont aussi précieux pour s'assurer que les dépenses liées à la coopération sont couvertes par les recettes prévisionnelles. Pour cela, deux méthodes sont possibles : l'utilisation des TTCM ainsi qu'un calcul rapprochant le *case-mix* d'un service/pôle avec son CREA (cf. *supra*).

Enfin, ils peuvent faciliter la discussion autour de la redistribution de la valeur ajoutée. La question centrale réside dans la clef de répartition de cette valeur tout comme les enjeux se cristallisent habituellement sur les clefs de redevance. Ainsi, une étude préalable du *case-mix* peut donner des pistes pour déterminer ces clefs. L'activité peut être décomposée selon sa structure de coût. Elles pourraient être tirées du poids respectif de la ressource dans le tarif de l'acte. Selon cette méthodologie, l'établissement accueillant un patient peut récupérer $x\%$ du séjour et rémunérer l'hôpital prêtant les praticiens à hauteur $100-x\%$. Cette part pourra être définie à partir de la décomposition des GHS – et non des GHM – effectués en coopération. La répartition dépendra des ressources mises en commun. Le personnel médical pèse, ainsi, à peu près 25% des tarifs de chirurgie. Néanmoins, comme il n'existe pas d'activité sans médecin ; il serait possible d'augmenter cette part à $25+y\%$. Ce type de raisonnement peut être pris en compte concomitamment avec les intérêts à agir des différents coopérateurs.

- ii) Une nécessité : éviter les constructions intellectuelles intéressantes mais inapplicables

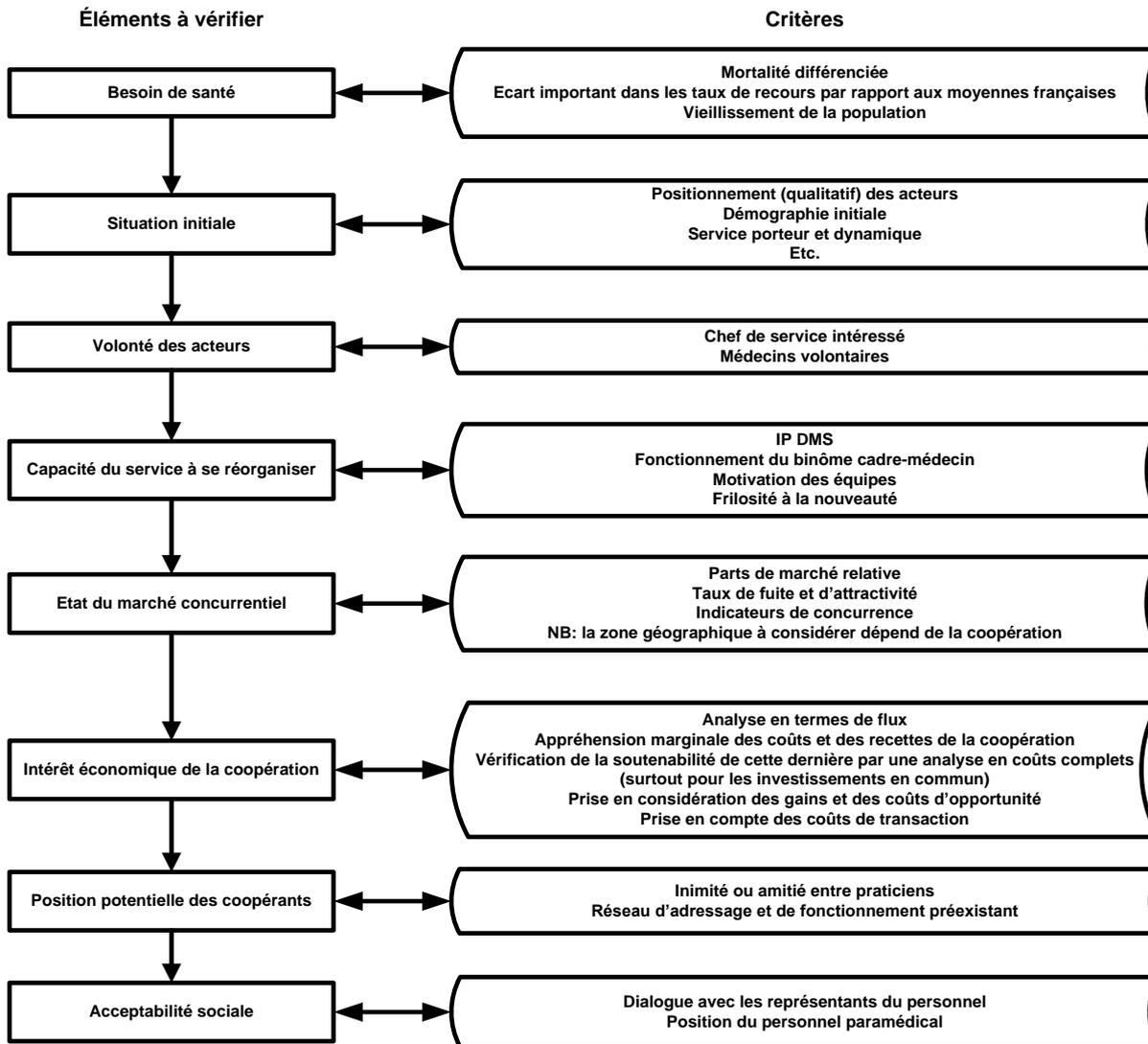
Un écueil doit être évité : celui de la construction intellectuelle satisfaisante mais inopérante. Les outils analytiques n'ont de sens que s'ils facilitent la décision et permettent une argumentation claire et logique. Ainsi, il vaut mieux disposer de coûts marginaux surestimés – faute de temps ou de moyens pour mener une étude plus approfondie – que de passer à côté d'une coopération utile pour la santé des patients ou qui est, de manière globale, financièrement intéressante.

3.1.2 Certains éléments doivent être impérativement vérifiés avant de se lancer dans une opération coopérative

Tous les outils détaillés dans ce mémoire ne doivent pas nécessairement être utilisés. Une *check list* d'éléments à ne pas oublier avant de prendre la décision de coopérer doit être mise en exergue. La méthode du *screening* est, ici, appliquée²⁰⁷. Il faut adopter une approche sélective et pragmatique sur les enjeux à vérifier²⁰⁸. La simplicité est de mise surtout si les coopérations sont multilatérales. Le logigramme ci-après permet de vérifier ces pré-requis. Il force à établir un diagnostic précis que peuvent alimenter tous les outils développés précédemment.

²⁰⁷ La méthode de *screening* ne constitue pas un outil de décision en soi, mais plutôt un instrument d'aide à la décision construit par étapes successives. Elle vise à ne conserver que les éléments essentiels à l'orientation par élimination successive.

²⁰⁸ Il est, par exemple, possible de se poser les questions suivantes : où se trouve la structure et/ou la compétence nécessaire à un instant donné de la prise en charge du patient. Existe-t-elle dans une distance raisonnable pour le patient ? Faut-il la créer ? Est-ce le maillon manquant ? Quelle est la structure prenant en charge le patient ? L'autorité qui régule, qui gère ce parcours du patient ? Qui en prend la responsabilité en cas de dysfonctionnement ? Peut-il exister dans la chaîne de prise en charge des « moments » où le patient paiera ou ne paiera pas ? J. Zimmermann, 2014, « Quelle(s) coopération(s) sont-elles facteurs d'amélioration de la prise en charge du patient ? », *Document de travail*.



A partir de ces différents coûts et des recettes prévisionnelles (*cf. infra*), l'établissement a tout intérêt à construire un *business plan* du projet *i.e* la somme de toutes les recettes marginales et tous les coûts marginaux nécessaires au fonctionnement du partenariat. Ce document présente l'ensemble des recettes et des moyens supplémentaires alloués. Il peut être appelé « EPRD de projet » dans le sens où il reprend la présentation d'un EPRD et qu'il est construit autour des recettes et non des coûts²⁰⁹. C'est l'activité qui doit justifier les moyens et non les charges qui doivent se traduire en activité future.

Sur la base d'un tel document, il est possible d'asseoir une décision médico-économique. Les différents chiffres doivent être validés en amont de la présentation de la coopération par les directeurs fonctionnels²¹⁰. La conduite de ces vérifications peut être attribuée au directeur porteur du projet ou au directeur de pôle (*cf. infra*). Toutes les propositions peuvent être présentées au quatuor de pôle qui décidera des actions prioritaires²¹¹.

Il convient, ainsi, de mettre les pôles en situation de proposer des plans d'actions pour réduire les taux de fuite (régionaux ou vers les concurrents) critiques (en volume ou en valorisation). Les outils à dispositions sont aussi nombreux que le type de coopérations. C'est le type de situations et les études de faisabilité qui vont permettre le choix entre les modes coopératifs (consultation avancée, poste médical partagé, etc.). Pour faciliter ce travail d'analyse, des actions de long terme peuvent être conduites. Mettre en lumière et suivre les filières

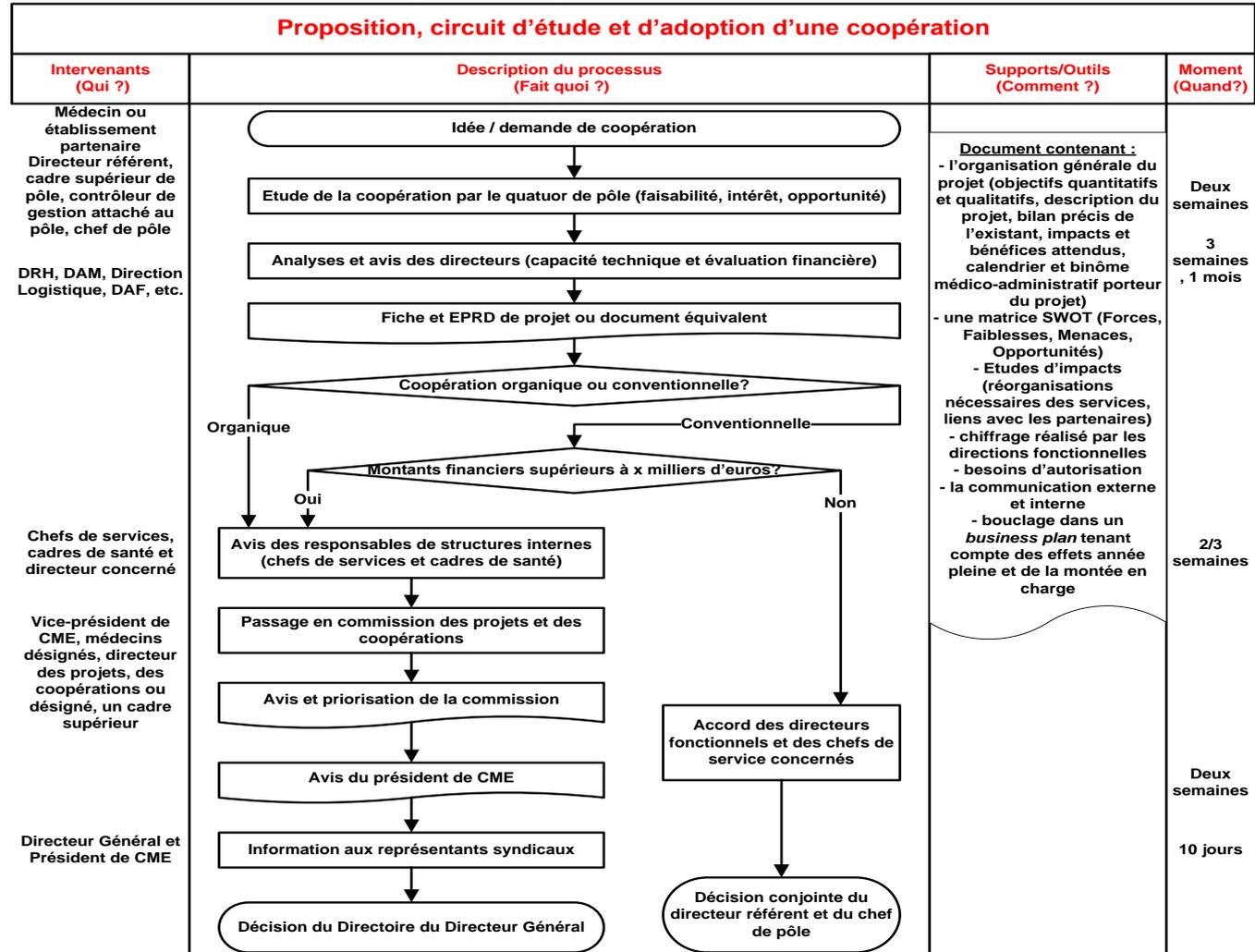
²⁰⁹Le CHRU de Lille a nommé ce type de documents d'EPRD de projets. D'autres établissements le dénomment étude médico-économique. Peu importe le nom, seul le contenu compte. Outre les éléments inscrits dans le logigramme, il doit contenir des estimations précises de toutes les dépenses et recettes liées à la coopération. Certains points de vigilance sont à garder en mémoire. Il faut objectiver de la meilleure manière possible les phénomènes de substitution dans d'autres secteurs d'activité, tenir compte de la saisonnalité si l'estimation de l'activité et des recettes associées est construite sur une période limitée à partir de laquelle une extrapolation a eu lieu et prendre en considération la qualité du codage des deux partenaires.

²¹⁰Directions des Affaires Médicales, des Affaires Financières, des Ressources Humaines, des Achats, de la Logistique.

²¹¹Directeur référent, chef de pôle, cadre supérieur, attaché du contrôle de gestion.

d'orientation des patients en région et hors région peut être un premier pas. Il est envisageable, par exemple, de doter les pôles d'un tableau de bord de pilotage et de suivi des activités de recours.

Ce type d'organisation paraît idoine pour les coopérations conventionnelles qui n'impliquent pas trop de flux financiers. Il est possible, au sein de l'établissement, de déterminer un seuil à partir duquel tous les projets doivent avoir soit une validation expresse de la DAF sur les aspects financiers, soit une décision de la direction générale. Toutes les coopérations organiques doivent être traitées au plus haut niveau. Cette décision de la direction générale peut s'appuyer sur un « Comité des projets » ou un « Comité des coopérations »²¹². Ce dernier est composé de médecins, d'un directeur et il priorise les différents projets²¹³. Il vérifie notamment leur équilibre et le caractère premier des recettes sur toute nouvelle dépense. Elle permet l'émergence d'un duo médico-économique à la tête de tout projet et une priorisation institutionnelle.

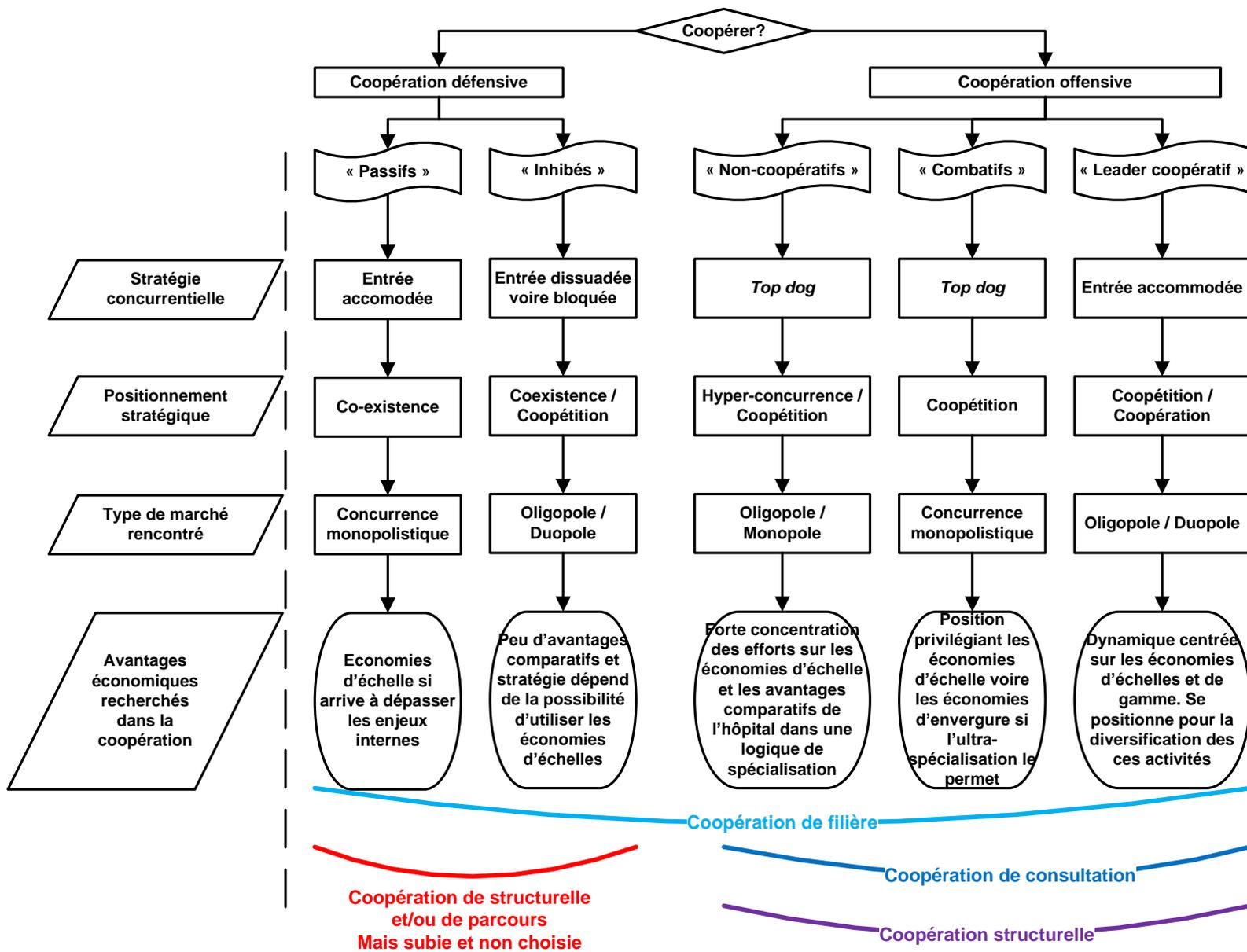


3.1.3 Application de ces outils aux coopérations mises en avant dans la typologie

Il faut reprendre les différents éléments de classification utilisés dans le mémoire afin de distinguer sur quels types de coopération peut s'appliquer le partage de la valeur ajoutée. Outre la classification économique initiale en quatre types de coopérations, l'analyse stratégique a mis en exergue plusieurs types de comportements. Il faut reprendre ces deux types d'analyse et montrer leurs synergies. A partir de là, il convient de proposer ou non un partage de la valeur ajoutée créée par les partenariats externes.

²¹²Une telle commission peut avoir plusieurs objectifs. Au de Valenciennes, par exemple, elle participe à la définition de la stratégie de l'établissement en se questionnant sur les projets de l'établissement. Elle donne des avis sur les projets d'activités nouvelles et les modifications d'organisations des structures médicales ainsi sur tout investissement supérieur à un montant donné (50 000€). Elle « contribue à l'élaboration du projet médical de l'établissement » et évalue les projets. Au CHRU de Brest ces missions sont, en grande partie, effectuées par la direction des organisations et des projets qui s'occupent des dossiers importants de renouvellement d'autorisations, des coopérations organiques, et des restructurations de certains pôles. Les deux directeurs positionnés dans cette direction sont, par ailleurs, directeurs référents de pôle. Le dialogue avec le corps médical a, de ce fait, lieu pôle par pôle. Une telle commission a l'avantage de systématiser les échanges et de les uniformiser entre pôles. Autrement, ils dépendent beaucoup des interrelations entre directeurs référents et chefs de pôle.

²¹³Directeur des coopérations ou de la stratégie. Si l'établissement n'en possède pas, il s'agit d'un directeur désigné mais différent de celui ayant mené la première étude.



Il est décisif de passer d'une approche en coûts à une approche en valeur ajoutée qui répartit équitablement les bénéfices et les risques d'une coopération. Pour les coopérations structurelles, le partage de la valeur ajoutée semble indiqué. C'est la forme la plus aboutie des stratégies d'alliances. Elle dispose, souvent, d'une stabilité juridique. La règle de partage entre les deux établissements peut être à 50/50 ou selon des clefs définies par les établissements.

Les coopérations ne sont pas toutes directement créatrices de valeur ajoutée. Elles peuvent correspondre à de la permanence des soins, à du partage de temps médical dans le cadre de mission d'intérêt général ou à des consultations avancées. Le coût horaire du praticien menant la consultation ou la garde est, souvent, supérieur aux recettes générées. De telles coopérations induisent un partage (ou non, selon les pouvoirs de négociation des acteurs) des coûts de personnel. Dans le cadre des consultations avancées, les recettes ne sont récupérées que dans un deuxième temps avec l'adressage de patients pour les actes techniques ou de recours.

Il semble pertinent de développer le partage de valeur ajoutée aux coopérations de parcours. Un tel développement est conditionné par la possibilité d'identifier les actes adressés. Un système d'information médicale idoine peut le permettre. L'absence de « génération spontanée » ajoutée à un coefficient prudentiel ($x\%$ des actes de personnes venant des cantons *a, b, c* non considérées comme adressées par la coopération) évitent toute surestimation des recettes de la coopération.

Enfin, pour les coopérations de filière, il semble complexe de mesurer puis de partager la valeur ajoutée de la coopération. Il est possible de mettre en relief le schéma suivant. Le praticien qui se déplace est payé par l'établissement d'accueil et, pour compenser le manque à gagner (en recettes) dû à son absence, l'hôpital d'accueil reverse un pourcentage des GHS considérés. Par exemple, le CH de Carhaix reverserait au CH de Morlaix le salaire du praticien et, par exemple, 15% des GHS touchés du fait des actes que ce dernier a effectué à Carhaix²¹⁴.

| | |
|---|---|
| <u>Coopération structurelle</u> Partage de la valeur ajoutée | <u>Coopération de parcours</u> Le partage de la valeur ajoutée dépend de la possibilité d'identifier tous les actes uns à uns et de la dynamique de la coopération. |
| <u>Coopération de filière</u> Partage des coûts et des recettes marginales. | <u>Coopération de consultation</u> Pas de partage de la valeur ajoutée mais partage des coûts engagés selon les intérêts à agir des uns et des autres. |

3.2 Les coopérations hospitalières sont un outil de management et de sensibilisation aux analyses économiques et stratégiques

3.2.1 Les analyses économiques et stratégiques des coopérations doivent être systématisées et faciliter des modifications dans le positionnement des différents acteurs

Une analyse économique et stratégique systématisée doit entraîner des modifications dans le positionnement des différents acteurs. Deux enjeux sont cruciaux : la nécessité que la coopération soit portée par un binôme médico-administratif et la compréhension des intérêts à agir des acteurs. L'étude stratégique du territoire fait de l'implication de ce duo un préalable incontournable. L'analyse économique fait évoluer les intérêts à agir. Elle rend objectif les intérêts financiers des uns et des autres.

Une coopération vise à maintenir ou développer une offre de soins. La place des médecins est centrale. Ils ont une légitimité spécifique dont il faut tenir compte²¹⁵. L'imposition ne peut pas fonctionner. Il est essentiel de disposer d'une équipe médico-administrative pour porter le projet et *a minima* d'une neutralité bienveillante du politique. Il faut relier les deux pans et les deux dynamiques : économique et médicale. Le tandem porteur d'une coopération est du même ordre que celui qui conduit l'hôpital.

Pour instaurer une coopération, il convient de comprendre les intérêts à agir des acteurs à la coopération. C'est un préalable à la dynamique de construction d'alliance. Il n'est pas envisageable d'analyser les coopérations sans porter une attention particulière aux motivations des différents acteurs : les établissements, les pôles, les praticiens, la tutelle, etc. Cet intérêt à l'action peut être personnel, financier ou politique mais il convient de le comprendre²¹⁶. Il est fondamental, dans l'état des lieux initial, de porter un diagnostic sur les velléités de chacun. Connaître le positionnement des acteurs est un pré-requis impératif d'autant qu'ils sont diffus et non exprimés directement²¹⁷. Il faut faire émerger de ces intérêts privés potentiellement convergents un intérêt collectif.

²¹⁴Un deuxième type de répartition de la valeur peut être proposé. Il consiste en un partage des coûts et des recettes marginales sur chaque site coopérant peut être mis en avant. Ainsi, si un urologue de Morlaix va Carhaix. Son coût est partagé par les deux établissements. Le CHRU sur son site de Carhaix en prend une part x . Les recettes seront aussi partagées entre les deux établissements. Le CHRU récupéra une part y de celles-ci avec $x > y$.

²¹⁵« L'injonction de la direction à coopérer n'a que peu de poids face aux résistances du personnel médical si ce dernier n'adhère pas au projet. Seul garant des informations purement médicales, il dispose d'une autorité et d'une légitimité spécifiques, sources de pouvoir dans la négociation interne ou dans la conduite d'une coopération ». C. Chaumont, *op.cit.*

²¹⁶S. Cueille, *op.cit.*

²¹⁷« On parlera ici d'intérêts diffus : les acteurs, tout en ayant des intérêts communs, n'ont pas nécessairement un intérêt partagé immédiat et puissant ». C. Chaumont, *op.cit.*

Il est plus simple de faire échouer une coopération que de la faire réussir²¹⁸. Elles impliquent des changements de pratiques, d'organisations et de travail. Elles nécessitent une vision commune et une confiance mutuelle. Elles créent une interdépendance entre les partenaires. Elles peuvent facilement faire l'unanimité contre elles. Appréhender cet entrelardement d'intérêts prend du temps. L'empressement à décider peut les faire échouer. Un moment doit être réservé à cette compréhension initiale nécessaire au succès du projet. La période de réflexion dépasse la seule lumière apportée sur les volontés des uns et des autres, elle doit faciliter la délimitation exacte du projet²¹⁹.

Pour développer un exemple, les intérêts à agir du CHRU pour la coopération sur la chirurgie du rachis sont le développement et la consolidation de la filière de recours rachis ainsi que le renforcement et la spécialisation de l'équipe chirurgicale. Pour le CH de référence (le CHIC de Quimper), elle lui permet d'enrichir son offre chirurgicale. Elle contribue à son attractivité et peut avoir des impacts collatéraux positifs sur d'autres disciplines. Pour les deux établissements, elle favorise la définition commune d'une stratégie publique-publique, l'organisation concertée de la gradation des soins, et l'harmonisation des pratiques chirurgicales et paramédicales.

Le positionnement et l'implication des établissements partenaires fluctuent. Certaines coopérations sont utiles pour l'offre de soins mais peu encouragées par les établissements. D'autres permettent à l'établissement d'asseoir une stratégie de communication (développement de consultations concomitantes à la fermeture d'un bloc, par exemple), d'afficher un éventail d'activités, de maintenir des seuils d'activités et sont portées par les différentes parties prenantes de l'hôpital. Il peut exister des hiatus entre la position de l'encadrement médical, paramédical ou administratif d'une même structure. Cela fait partie des enjeux à connaître. Ainsi, les chefs de service de cardiologie et d'hépatogastroentérologie ont été moteurs auprès de leurs équipes pour porter les coopérations une fois que la preuve de leur utilité avait été apportée²²⁰. Le positionnement du service d'urologie diffère puisque le chef de pôle (chef de service d'urologie) porte une vision d'organisation du territoire depuis de nombreuses années. Quant à la coopération sur le rachis, elle répond à un besoin de pérenniser le poste d'un PH. La logique territoriale a été seconde.

De même, le rôle de la tutelle varie. Elle peut avoir une démarche peu contraignante construite sur des incitations financières (la coopération en urologie fondée sur un appel d'offre ANAP), une démarche participative d'impulsion (comme pour les postes partagés d'assistants, et dans nos exemples, ceux de gastroentérologie à Carhaix) ou encore une démarche plus directive (fusion avec Carhaix).

La méthode de partage de la valeur ajoutée modifie cet enjeu. En effet, en se répartissant les gains financiers de la coopération ; l'intérêt économique à agir devient partagé. Les deux acteurs ont les mêmes incitations. Cet enjeu disparaît. Il reste, toutefois, à analyser toutes les autres sources de motivation.

3.2.2 Elles peuvent sensibiliser les médecins à une réflexion prospective

Les coopérations hospitalières nécessitent la mise en œuvre d'une réflexion stratégique et économique poussée. Par ailleurs, elles ne peuvent fonctionner qu'avec l'appui et l'aval des médecins²²¹. Les différents personnels de l'hôpital peuvent être moteurs sur ces projets. Il faut faire de ces occasions des opportunités et faciliter l'utilisation par le personnel médical et paramédical des analyses stratégiques et économiques en les associant à l'analyse, en leur faisant discuter les résultats et en les incitant à porter ce genre de raisonnement auprès de leurs collègues. Les coopérations peuvent être des appuis aux changements. Les médecins qui ont pris l'habitude de ces méthodes de travail auront plus de difficultés à les rejeter lors d'autres projets²²².

Cette appropriation des outils par les professionnels dépend des types de coopérations et des incitations mises en place. Plus une coopération sera intégrée plus elle pourra être intégrante. Pour cela, il est possible d'imaginer des systèmes d'intéressements des personnels aux coopérations. Ces dernières ne sont viables que si les personnels s'engagent. Cet intéressement peut être stratégique et monétaire.

Au niveau stratégique, il s'agit de laisser aux pôles puis aux structures internes le choix des coopérations à développer. Cette décentralisation de la décision ne peut que renforcer l'objectif d'appropriation des outils stratégiques. Les coopérations ne peuvent plus être uniquement décidées sur des logiques interpersonnelles. Un des objectifs des contrats de pôle peut être ainsi d'avoir des projets internes, des projets inter-pôles et des projets territoriaux (dans le cadre d'une CHT/GHT, par exemple). Une prise de conscience peut avoir lieu et les pôles pourront utiliser cette stratégie externe d'extension pour le rayonnement de leur discipline. L'ouverture territoriale doit faire partie des réflexions du pôle sur les moyens de sa stratégie interne.

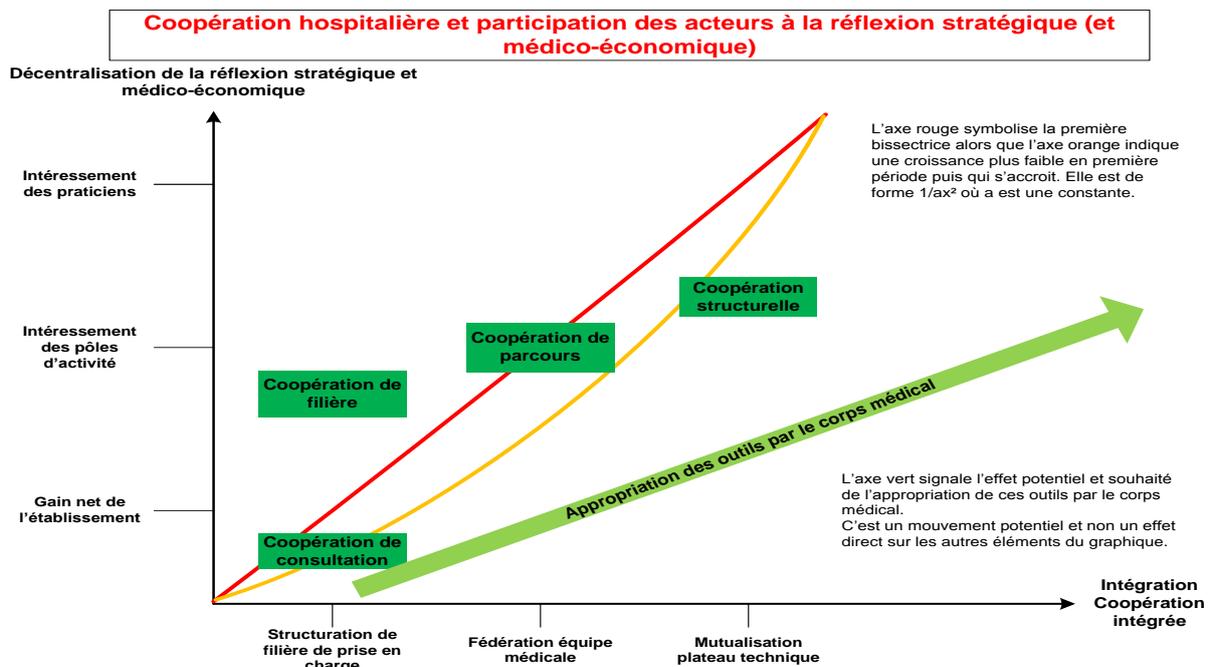
²¹⁸ « En matière de coopération, tous les prétextes sont bons pour faire échouer un projet : perte d'une autorisation, changement de lieu de travail des agents, changement de logiciel, nouvelle organisation de l'activité, inadaptation des textes juridiques ». S. Ségui-Saulnier, 2012, « Coopération. Comment fêter ses noces d'or ? », *Gestions hospitalières*.

²¹⁹ « Un temps de réflexion indispensable pour délimiter le périmètre de la coopération, les moyens nécessaires, identifier les contraintes du projet, les marges de manœuvre possibles ». S. Ségui-Saulnier, 2012, *ibid*.

²²⁰ Le dialogue s'est concentré sur une analyse de flux pour la cardiologie alors que l'accent a été mis sur le lien entre le gain de parts de marché et les marges de manœuvre interne pour les gastro-entérologues.

²²¹ « L'appui du corps médical aux démarches de changement engagé dans l'établissement favorise son intégration au réseau », S. Ceuille, 2010, *op.cit*.

²²² « Le dialogue médico-économique qui s'engage sort renforcé par le fait que l'activité du GCS est partagée; ce qui permet de couper court à bien des débats sur la spécificité, réelle ou supposée, de la clientèle accueillie ». P. Kersauze, 2010, *op.cit*.



Librement inspiré de A. Chauchat, 2009 ; « La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public », *Mémoire de l'EHESP*.

Le deuxième intéressement qui peut exister est financier. Il peut être collectif ou individuel. Au niveau collectif, il s'agit des moyens alloués à la coopération. Même s'il faut veiller à ce que les moyens suivent les recettes et non l'inverse ; il est possible d'intéresser les pôles d'activités en leur laissant décider la répartition des moyens complémentaires. De même, cet intéressement peut exister quand la coopération est la condition *sine qua non* au recrutement de nouveaux praticiens (ressources rares et stratégiques) ou à l'achat de nouveaux équipements (périmètre financier à atteindre).

L'intéressement personnel ne vise qu'à inciter le médecin à prendre part à la coopération. Il ne serait se substituer à une position plus générale favorable aux coopérations. Souvent, l'attitude du chef de pôle ou de service joue dans la perception de la coopération par le coopérant. Une action de partage d'activité (blocs, ou consultation avancée) est mieux vécue si le responsable médical vient lui-même pratiquer dans l'autre établissement. Cela évite notamment les conflits de légitimité. La coopération n'est alors pas vécue comme un enjeu subsidiaire. Cette motivation monétaire cherche à instaurer une petite part variable dans le salaire des praticiens²²³. Certains préconisent une refonte des statuts médicaux pour allier une rémunération fixe (le salariat) et une variable (à l'acte) qui permettrait d'inciter les médecins, et notamment dans des cadres coopératifs²²⁴. D'autres préconisent l'extension de la rémunération des activités d'intérêt général à tous les personnels médicaux et surtout la création AIG orientés sur les « coopérations »²²⁵. Ce même type de renversement de logique se retrouve dans les GCS « Ville Hôpital ». Ils ont vocation à attirer les médecins libéraux à l'hôpital en supprimant les vacations d'attachés. Il leur est proposé une rémunération à l'acte, minorée d'une redevance librement fixée, pour les actes effectués à l'hôpital. Il ne s'agit pas d'une activité privée réalisée dans le cadre du service public mais d'une activité privée « hébergée » par l'hôpital. Il pourrait être intéressant d'étendre ce type de dispositif aux praticiens hospitaliers intervenant dans des coopérations.

3.2.3 Les projets de coopérations ne peuvent être menés qu'accompagnés

Outre les enjeux économiques précédemment évoqués, les coopérations recèlent des questions managériales²²⁶. Dans son rapport sur la question, l'IGAS indique qu'un des trois facteurs d'échec des coopérations est la sous estimation des facteurs managériaux²²⁷. Souvent, les cultures des deux établissements ou les motivations des dirigeants sont mal appréhendées.

La mise en œuvre des coopérations ne peut passer que par une information constante et précoce de toutes les parties prenantes des établissements coopérants. Les personnels (médicaux et paramédicaux) doivent connaître

²²³ Elle peut prendre la forme d'une prime d'activité générale payée par l'établissement qui accueille, par des primes intersites, par le paiement de plages additionnelles, etc. Le payeur dépend essentiellement de l'équilibre de la coopération (cf. supra).

²²⁴ Certaines réflexions ont mis en avant la possibilité d'un cadre de rémunération commun au secteur privé et au secteur public afin de faciliter les coopérations entre des cliniques ou des libéraux et l'hôpital. La part fixe pourrait, ainsi, réduite dans le secteur privé et plus conséquente dans le secteur public et inversement pour la rémunération à l'acte. La possibilité d'établir des ponts (via les GCS, notamment) entre le secteur public et le secteur privé rend ce changement moins pressant.

²²⁵ Cet élargissement ne règle pas la question financière : qui va payer les praticiens ? Est-ce un simple remboursement de temps médical ? Faut-il partager la valeur ajoutée créée ?, etc.

²²⁶ Il est possible de consulter avec intérêt l'article de N. Blat qui introduit des facteurs clefs pour la réussite d'une coopération, met en exergue les crises potentielles dans le contexte évolutif des coopérations et qui, par un diagramme d'Ishikawa, met en relief le chemin critique pour conduire une coopération. Il indique toute l'importance du temps dans une coopération et de « l'emboîtement des données » et se centre sur cinq facteurs : la main d'œuvre (comportement et stratégies d'acteurs), le milieu (environnement et différentes parties prenantes), les moyens (financiers, juridiques, techniques), la méthode (les innovations et les objectifs) et le management (coordination, validation, cohésion). N. Blat, 2007, « Piloter une coopération », *Gestions Hospitalières*.

²²⁷ Les deux autres facteurs mis en exergue sont le manque d'analyse stratégique (accessibilité, maintien d'une offre) et les coûts liés à la grande taille (cf. supra). IGAS, op.cit.

les tenants et les aboutissements de ces changements organisationnels en devenir. De la même manière, les partenaires sociaux doivent être prévenus le plus rapidement possible. Ils sont attentifs aux conditions de travail (déplacement des personnels) que va engendrer la coopération ainsi qu'au positionnement de l'hôpital (notamment face au secteur privé lucratif)²²⁸. Les questions de temps de travail et plus généralement de la GRH sont très regardées par les organisations syndicales²²⁹. De plus, elles sont attentives à l'alignement des niveaux de productivité des équipes. De ce fait, les coopérations prévoyant de comptabiliser les coûts marginaux selon les bases de coûts au lieu des coûts observés peuvent être dénoncées par les représentants du personnel.

Plaider pour des outils – comme des fonds de formation mutualisés – favorisant la reconversion des professionnels touchés par une coopération d'ampleur est une possibilité à développer. De même, une structure de défaisance pourrait être envisagée. Elle éviterait que l'hôpital conserve en son sein du personnel en surnuméraire. Celui-ci devient très vite, et à juste titre, indispensable. Ces deux types de structures permettraient l'accompagnement nécessaire des projets coopératifs restructurant.

Il faut prévoir des moments de discussion préalables. Il vaut mieux construire un « projet commun qui satisfasse au mieux les intérêts de chacun au lieu de devoir subir dans la précipitation des solutions de compromis »²³⁰. Cela passe par la construction d'une « culture du changement ». Celui-ci est continu à l'hôpital. Dans les établissements, en évolution perpétuelle, c'est un processus permanent et non le passage d'une situation à une autre. Il revient à l'encadrement (médical, administratif et paramédical) de faire de ce changement quelque chose de voulu, d'accepté et non de subi. Pour cela, l'implication précoce des praticiens qui vont faire vivre la coopération mais aussi des équipes est obligatoire. Les formes sont, somme toute, assez banales : réunions communes, construction collective du projet, amélioration pratique à apporter au circuit patient, etc. Une force d'entraînement existe, néanmoins : « plus on dialogue, plus la confiance s'installe ; plus on dialogue, plus se prend le réflexe de la faire »²³¹. La démarche prospective construite autour de l'analyse stratégique peut nourrir la culture du changement²³². Elle fournit aux différents acteurs les outils de construction de la décision²³³. Elle favorise leur engagement.

Il convient de s'assurer qu'une fois lancée la coopération ne va pas être une « coquille vide ». La compréhension des intérêts à agir des uns et des autres y aide. Il est plus facile de donner du contenu à une alliance si elle est co-décidée que si elle est imposée. De même, le positionnement moteur des responsables médicaux doit contribuer à la vivacité d'une coopération. La motivation des acteurs lui donne corps.

Par ailleurs, il faut réfléchir dès le lancement de la coopération à la manière de la faire vivre. Cela peut passer par la réunion des instances ou par la tenue de réunions communes. Plus les cultures initiales²³⁴ sont opposées, plus les responsables médicaux et administratifs devront s'engager pour créer des points communs et des méthodes de travail partagées²³⁵. Cette activité de coordination médicale et administrative (*cf. supra*) doit répondre aux enjeux de légitimation et d'organisation endogènes à la coopération. Le premier pas est la définition des pratiques de gestion des activités partagées dans un règlement intérieur.

Il est possible d'appliquer le modèle de conduite du changement élaboré par Minvielle et Contandriopoulos aux coopérations hospitalières. Ils identifient six points fondamentaux pour conduire le changement²³⁶. Tout d'abord, ils montrent qu'il faut « transformer les événements environnementaux en conditions favorables au changement ». Dans le cadre des coopérations, cela peut se traduire par la volonté d'habituer les différents acteurs à l'utilisation des outils d'analyse stratégique et économique et le désir d'instituer une culture du dialogue. Ensuite, ils insistent sur la gestion des temporalités. Ce point est crucial. Il est primordial de prendre un temps pour déceler tous les intérêts à agir achevés puis, de décider du type de coopération souhaitée (conventionnelle ou organique) selon la date de mise en œuvre prévue du projet. Cette décision dépend des coûts et des gains d'opportunité remarquables ainsi que du différentiel de coûts de transaction entre les deux sortes de partenariat. Qui plus est, un temps d'information et d'échange avec les différentes parties intéressées est indispensable.

Le troisième argument avancé est celui de l'apprentissage « d'une nouvelle réalité ». Dans le cadre coopératif, il faut s'assurer de l'élaboration d'un langage commun avant le lancement. L'amélioration de la prise en charge du patient, par un parcours de soin organisé, peut dépendre des habitudes et méthodes de travail de chacun.

²²⁸Elles dénoncent souvent, lors de coopérations avec le secteur privé, la privatisation et le démantèlement du secteur public. De ce fait, il convient d'être vigilant sur les rôles respectifs des partenaires et sur la gestion d'un établissement engagé dans plusieurs coopérations.

²²⁹S. Colasse, *op.cit.*

²³⁰A.-M. Lecommandoux, 2000, « La coopération inter-hospitalière : logiques et limites à travers le cas du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et du Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor », *Mémoire de l'ENSP*.

²³¹A.-M. Lecommandoux, *Ibid.*

²³²Cela correspond aux changements proactifs mis en relief par A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand dans leur dichotomie entre les changements réactifs produits par une contrainte externe ou interne et les changements proactifs résultats d'une démarche volontaire. A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, 1996, *L'Hôpital stratège*.

²³³Se retrouve, ici, le modèle de conduite du changement appelé *enclaving* ou encerclement stratégique. Le changement est porté par un petit groupe d'acteurs et non par une seule personne. La stratégie est antérieure au changement même si ce dernier peut l'influencer. E. Minvielle, A.-P. Contandriopoulos, 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? », *Revue française de gestion*.

²³⁴Qui se concrétisent souvent pas des statuts différents, des rémunérations diverses ou des manières de travailler disparates.

²³⁵L'apprentissage collectif passe par la « mise en place d'espaces inter ou intra-institutionnels destinés à partager et à co-construire des savoirs spécialisés ». Il existe un impératif de coordination pour mettre en relation les savoirs, les compétences, et les pratiques. C. Grenier et S. Guittou-Philippe, 2011, « Champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique », *Management & Avenir*.

²³⁶E. Minvielle et A.-P. Contandriopoulos, *op.cit.*

Une harmonisation des pratiques peut être bienvenue. Les auteurs mettent aussi en avant le besoin d' « arbitrer entre des approches volontaristes et négociées ». Les stratégies choisies dépendront de la maîtrise des ressources rares qu'ont chacun des coopérants. Ils insistent, en outre, sur l'intérêt « de nouer des alliances pour créer un leadership collectif ». Il a été montré toute la nécessité de disposer d'un binôme médico-économique à tête de la coopération (cf. *supra*). Cet enseignement est valable pour tous les contractants. Enfin, ils insistent sur le cadre de publicisation du projet. Les coopérations doivent être présentées en instance et explicitées à la population (la future patientèle) par une communication dédiée. Ces présentations doivent faire la part entre les informations utiles pour le public concerné et les détails techniques qui n'intéressent que les praticiens²³⁷.

3.3 Le futur Service Public Territorial de Santé ne peut pas faire l'impasse d'une réflexion économique aboutie sur les coopérations hospitalières

3.3.1 La CHT n'offre pas actuellement un cadre assez intégratif pour penser les coopérations de demain

Le GCS-établissement de santé apparaît pour certains comme un « supplétif à la CHT intégrative »²³⁸. Cependant, l'expérience montre que ces derniers ainsi que l'emboîtement entre GCS et CHT n'ont pas été intégratifs et n'ont pas pu suppléer au manque originel des CHT à savoir l'absence de personnalité morale. A ce manque, une erreur initiale s'ajoute. La possibilité de doter les structures partenariales de mécanismes de solidarité financière n'a pas été envisagée. Ainsi, le rapport Larcher allait plus loin et prévoyait des compétences partagées obligatoires et d'autres optionnelles²³⁹. Des incitations financières étaient mises en œuvre pour favoriser ces structures. Le modèle était celui de l'intercommunalité et des transferts de compétences étaient envisagés.

La CHT telle que votée ne permet pas cela. Elle est souvent accompagnée de GCS pour instaurer une pérennité (du fait de la personnalité morale) dans les coopérations les plus abouties. Le résultat est contraire à l'objectif. Comme elles n'ont pas de personnalité juridique, elles n'ont que peu servies de support opérationnel. De multiples GCS subsistent à côté des CHT. Ils ont leur propre gouvernance ce qui multiplie les instances et donc les lieux de décision, de représentation et de dialogue social²⁴⁰. Ils se superposent. Les périmètres territoriaux sont rarement identiques. Un millefeuille coopératif apparaît.

Surtout, la CHT n'organise pas de solidarité financière et stratégique. La situation est paradoxale. La CHT est censée mener un projet médical commun mais reste autonome pour les investissements. Elle doit faciliter une offre de soins commune, coordonnée et cohérente sans les moyens de la mettre en œuvre.

3.3.2 Les GHT pourraient faciliter la simplification du champ coopératif et doivent être l'occasion de développer des coopérations au service du parcours du patient

- i) Un GHT disposant d'un projet médical pourrait faciliter la fin de la superposition de plusieurs structures coopératives

Les GHT devront disposer d'un projet médical unique. Une telle possibilité est à soutenir puisqu'il dépasse le simple cadre du projet médical commun qui a fait long feu. Néanmoins, ce dernier ne doit pas être incorporé dans la convention constitutive du GHT, ce qui pourra limiter la teneur et l'intérêt du GHT si les établissements se contentent de la stratégie médicale prévue et ne vont pas au-delà. Le projet de loi indique la nécessité d'un système d'information unique pour soutenir la mise en œuvre de ce projet médical. Ce projet médical devra être en conformité avec le PRS. Ce n'est plus une simple comptabilité avec le SROS qui est considérée. La logique médicale territoriale peut y gagner.

Les GHT n'auront pas de personnalité morale. Le regroupement d'activité n'aura pas lieu. Ce sera uniquement un transfert d'activité à un établissement support. Cette option semble peu efficace. Elle a déjà limitée les mutualisations dans le cadre des CHT. Il aurait été préférable de suivre le modèle plus intégrateur des EPCI. Il serait, aussi, possible de s'inspirer des groupes privés en imaginant des *holding* publics. Les activités supports et administratives seraient regroupées dans un siège. Cette structure centrale se chargerait des investissements lourds et de la structuration du projet médical. Le fonctionnement et la gestion hospitalière quotidienne seraient menés dans tous les établissements membres. Une telle organisation créerait la solidarité financière qui fait défaut aux GHT. Pour l'instant, les seules sources de financements propres prévus pour les GHT sont les MIG et les AC. Or l'absence de personnalité morale de ces groupements empêche ce versement. La contradiction devient patente. Il est temps de passer le pas et d'aller vers une intégration fonctionnelle et financière. Cette solidarité fera du partage de la valeur ajoutée de l'activité médicale le lot commun.

²³⁷ E. Minvielle et A-P. Contandriopoulos parlent « d'incomplétude et d'explication » sur ce thème.

²³⁸ C. Keller, *op.cit.*

²³⁹ G. Larcher, *Les missions de l'hôpital*, 2008

²⁴⁰ « Les GCS établissements de santé ont plutôt complexifiées la gouvernance car ils ont des instances propres et supplémentaires et elles ne peuvent être assimilées à des structures faitières de gouvernance ». A. Chauchat, 2009, *op.cit.*

Il convient de regretter l'absence de position claire du projet de loi sur la tenue d'instances de dialogue social au sein de la GHT²⁴¹. Si ces dernières ont vocation à être stratégiques et intégratives, il sera – alors – nécessaire d'y inclure les représentants du personnel.

En outre le projet de loi prévoit que le directeur général de l'ARS pourra contraindre les établissements à adhérer à une GHT. Ce pouvoir est bienvenu. Il renforce leur position jusque-là essentiellement construite autour de leur influence politique auprès des élus et des incitations par des crédits AC. Dorénavant, l'absence d'adhésion rendrait tout établissement inéligible à ces financements. Les ARS y gagnent une force coercitive fondamentale même si la contrainte ne fonctionnera que de manière très marginale. Elles doivent avoir un rôle dans l'optimisation du jeu des acteurs. Les forces concurrentielles aboutissent souvent à des équilibres sous-optimaux. Le véritable rôle d'animation et d'accompagnement des coopérations peut leur être confié²⁴².

- ii) Nécessité de disposer de tableaux de bords efficaces pour juger de la viabilité et de l'équilibre des coopérations

La compréhension des coopérations serait favorisée par l'établissement, par les ARS et les hôpitaux, de tableaux de bords sur ces dernières. Ils offriraient une vision des schémas coopératifs d'un territoire. Le besoin de données fiables dépasse très largement le seul domaine financier. Ainsi, ces informations harmonisées au niveau régional – voire national – pourraient regrouper des informations inscrites dans le PMSI (GHM, RSA, indicateurs de blocs), dans les comptes qualité ou dans les registres des hôpitaux (événements indésirables, par exemple). La possibilité offerte par la BDHF de calculer des parts de marché sur un territoire choisi (en déterminant les communes concernées) va dans ce sens²⁴³. Une telle base pourra, aussi, être enrichie d'éléments d'analyse sur les délais d'attente pour un rendez vous ou une hospitalisation programmée. Seuls ces outils permettront une évaluation fiable des coopérations hospitalières et surtout de l'amélioration qu'elles permettent en termes de qualité des soins et de fluidité des parcours.

- iii) L'analyse économique des coopérations doit être effectuée sous un double prisme : une étude financière – plus value de la coopération – et une appréhension de l'amélioration du service rendu au patient

Le travail effectué a cherché à développer une analyse économique des coopérations. Des axes de recherche complémentaires se dégagent. Ainsi, des études géographiques devront préciser les effets bénéfiques ou non des coopérations pour le parcours de soins des patients. Une analyse des organisations serait nécessaire pour détailler l'effet des coopérations sur les files d'attente ou le recours aux soins (nouveaux soins disponibles ou nouveau type de prise en charge). Seule une recherche économique en termes de bien-être pourra comprendre exactement les effets des coopérations sur la qualité de la prise en charge. Celle-ci peut passer par l'harmonisation des protocoles médicaux et de soins ainsi que la standardisation des processus clefs liés aux soins comme l'hygiène.

3.3.3 Le développement des coopérations ne pourra être total qu'avec la mise en œuvre d'une tarification au parcours

Pour favoriser le développement des coopérations et pour inciter à des parcours de soins plus coordonnés, il est possible de promouvoir une tarification des soins aux parcours. Malgré la possibilité de se partager les fruits d'une coopération, la tarification a encore des effets pervers. Elle décourage les décideurs hospitaliers de s'engager dans des partenariats ambitieux²⁴⁴. Il faut, certes, porter un nouveau type de coopérations mais il est, aussi, envisageable de plaider pour une modification du système de tarification.

Il faut aller vers un financement à la pathologie ou au parcours de soins. « L'assurance maladie verserait alors un seul forfait par patient, que l'ensemble des acteurs ayant contribué aux soins se partagerait »²⁴⁵. Un tel type de rémunération pousserait les hôpitaux, les cliniques, les médecins libéraux, etc. à coordonner leurs actions. Pour cela, il faudrait déterminer un coût du parcours en partant d'un coût constaté sur une zone géographique donnée. Ensuite, il conviendrait de définir un échantillon de parcours de soins. Une typologie des parcours doit être créée et adaptée à un échantillon d'établissements pour être représentatif²⁴⁶. Une telle avancée va dans le sens d'une prise en charge co-organisée.

²⁴¹ C'est curieux étant donné que la même loi prévoit d'étendre les règles classiques du dialogue social aux GCS.

²⁴² « Les ARS doivent jouer pleinement leur rôle de régulateur et d'incitateur des restructurations hospitalières. Elles ne peuvent le déléguer aux gestionnaires ». IGAS, 2012, *op.cit.*

²⁴³ L. Cazin et H. Micheaux, 2014, « Coopérations hospitalières : des outils à rénover pour de nouvelles réflexions stratégiques », *Mémoire de l'Ecole des Mines*.

²⁴⁴ Le Sénat indique, suite à un certain nombre d'entretiens, que « la T2A pouvait constituer un obstacle aux coopérations hospitalières, pourtant vivement encouragées par le législateur, par exemple dans la loi HPST, dans la mesure où elle oriente les établissements de santé dans une stratégie individualiste de maximisation des recettes et où il n'existe aujourd'hui aucun mécanisme correcteur garantissant le maintien des ressources en cas de partage d'activité ». J. Le Menn et A. Milon, 2012, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*.

²⁴⁵ T. Robert et S. Ségui-Saulnier, 2012, « La coopération hospitalière: «La T2A m'a-t-elle tuée? », *RHF*.

²⁴⁶ Une proposition consiste à considérer pour la prise en charge médicale le coût d'un séjour ou d'une journée et pour l'utilisation d'un plateau technique sur l'unité d'œuvre (passage aux urgences, indice de coût relatif du bloc, etc.). H. Holla, 2014, « Quelle utilisation des études de coûts dans les coopérations », *Revue Hospitalière de France*.

Conclusion

S'il fallait résumer une coopération, c'est trois éléments. Le premier, c'est l'extension du périmètre de l'hôpital. Pour cela, il est nécessaire d'arbitrer entre les différentes disciplines et les territoires potentiellement concernés. L'hôpital ne peut pas mener unique stratégie coopérative. Son positionnement externe dépend des volontés et des possibilités de développement de chaque discipline ainsi que de la situation concurrentielle des différents marchés. En second lieu, une coopération c'est de la prévision. Cette prédiction doit accroître l'attractivité de l'hôpital pour les patients et les personnels. Il faut anticiper la structuration future des marchés hospitaliers et de l'organisation de la discipline. Ce point est crucial. La prédiction des lieux d'exercice des futurs internes (par des postes partagés) ou des départs à la retraite (pour réorienter les files actives) est cruciale. Enfin, une coopération doit être synonyme d'amélioration du service rendu aux patients et aux praticiens. Ce sont ces trois points que le mémoire a essayé d'éclairer par les outils et la grammaire de l'économie théorique.

La modélisation économique des coopérations doit faciliter la décision des décideurs hospitaliers et mettre en exergue les intérêts à coopérer. C'est en cela que le travail a exhibé plusieurs modalités du partage de la valeur ajoutée et qu'il a proposé une grille d'analyse pour les coûts et les recettes dus aux coopérations. Cette modélisation s'appuie sur des outils financiers (comme la comptabilité analytique). Les préconisations effectuées dans ce mémoire ne doivent pas induire une pusillanimité dans la décision. Ils ne cherchent qu'à l'éclairer. Les imperfections de ces outils doivent être connues et prises en compte, elles ne doivent pas annihiler la décision. Les vers de Valéry sont à ce sujet éclairant : « Ce qui est simple est toujours faux / Ce qui ne l'est pas est inutilisable... ». L'ambition de ce mémoire, par la *check-list* notamment, est d'exhiber des outils fonctionnels et non apocryphes même si imparfaits. Cet éclairage doit être objectif pour prendre la meilleure décision possible.

Une coopération est la confrontation d'enjeux de santé publique, des réalités environnementales, de la soutenabilité financière du projet et des capacités organisationnelles des établissements. Si théoriquement les gains d'efficacité liés à la coopération devraient profiter à chaque hôpital, les craintes liées aux abandons d'activités et aux pertes de recettes freinent, encore, l'intensité des coopérations sur les activités de soin. Partager la valeur ajoutée créée par la coopération est une manière astucieuse et efficace de dépasser cet enjeu. C'est pour cela que le mémoire propose l'extension de cette modalité et son application différenciée selon les types de coopérations distingués par la typologie. Par contre, ce ne peut être qu'un outil au service des volontés des acteurs. Pour plagier et compléter Jean Bodin, il est possible de conclure en disant qu'« il n'est de richesses que d'hommes » et qu'il n'est de coopérations sans hommes.

Bibliographie

4 Eléments bibliographiques

4.1 Rapports

- ANAP, 2012, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*
- CAE, 2012, *Réflexions sur l'organisation du système de santé.*
- CFDT, 2012 ; *Les Groupements de coopération, Intégrer les salariés dans la mise en œuvre des restructurations.*
- Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) et Comité stratégique de filière Industries et technologies de santé (CSF), 2013, *Industries et technologies de santé*
- Conseil d'Analyse Economique et German Council of Economic Experts, 2010, *Évaluer la performance économique, le bien-être et la soutenabilité.*
- Cour des comptes, Rapport public annuel, 2001 ; *Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées.*
- C. Couty, E. Scotton ; 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital.*
- Dress, 2013, « Panorama des établissements de santé 2012 », *Etudes et statistiques.*
- M. Elbaum, 2007, *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé.*
- IGAS, 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années.*
- IGAS, 2012, *L'hôpital.*
- G. Larcher, 2008, *Les missions de l'hôpital.*
- J. Le Menn et A. Milon, 2012, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient.*
- PwC-DGOS, 2008, *Evaluation de l'impact économique des effets de taille et de gamme dans les établissements de santé – Analyse statistique : rapport de fin de phase.*

4.2 Articles

- A. Afrite, Y. Bourgueil, F. Daniel, J. Mousquès, 2013 ; « L'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins », *Question d'économie de la santé.*
- A. Afrite, Y. Bourgueil, F. Daniel, J. Mousquès, 2013 ; « Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération », *Question d'économie de la santé.*
- APM, 2014, « La T2A ne freine pas les coopérations inter-hospitalières », *Article.*
- B. Arantza, 2003, « Hospital quality choice and market structure in a regulated duopoly », *Journal of Health Economics.*
- N. Blat, 2007, «La coopération. Une chance supplémentaire de progrès», *Gestions hospitalières.*
- N. Blat, 2007, «Piloter une coopération», *Gestions hospitalières.*
- C. Bergoignan-Esper, 2009, « Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques », *Gestions hospitalières.*
- Bartlett et al., 1994, *Quasi market in the Welfare State.*
- V. Bedoucha, 2010, « Introduction à la notion de tarif décomposé », *Document de travail.*
- J. Bonastre, F. Journeau, C. Nestrigue, Z. Ora, 2003, « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », *Questions économie de la santé.*
- K. Brekke, R. Cellini, L. Siciliani, et O. Straume, 2010, « Competition and quality in health care markets: A differential-game approach », *Journal of Health Economics.*
- J-M. Budet, 2008, « Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins. *Quid novi sub sole?* », *Gestions hospitalières.*
- J. Burgess, K. Carey et G. Young, 2005, « The effect of network arrangements on hospital pricing behaviour », *Journal of Health Economic.*
- A. Chauchat, 2013, « La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique », *Gestions hospitalières.*

- C. Chaumont, 2012, « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions hospitalières*.
- J-M. Chen, 2008, « Reconceptualizing the Competition-Cooperation relationships », *Journal of Management Inquiry*.
- J.P. Claveranne, C. Pascal et D. Piovesan, 2003, « Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation », *Revue française des affaires sociales*.
- R. Coase, 1937, « The nature of Firm », *Economica*.
- S. Colasse, 2010, « Mesurer l'impact économique d'une stratégie médicale dans la cadre d'une coopération hospitalière : anticiper et dimensionner une CHT », *Finances Hospitalières*.
- M. Coldefy, V. Lucas-Gabrielli, 2012 ; « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé? Évolution de 2003 à 2011 », *Question économie de la santé*.
- M. Coldefy, L. Com-Ruelle, V. Lucas-Gabrielli, 2011 ; « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Question économie de la santé*.
- L. Com-Ruelle, Z. Or et T. Renaud, 2008, « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature », *Questions d'économie de la santé*.
- D. D'Aoust, 2007, « Comparaison des efficacités technique, allocative et globale des hôpitaux québécois et californiens par le biais du modèle Data Envelopment Analysis (DEA) », *Mémoire de l'Université du Québec, Montréal*.
- C. d'Aspremont, J-J. Gabszewicz et J-F. Thisse, 1979, « On Hotelling's 'Stability in Competition' », *Econometrica*.
- G-B. Dagnino, F. Le Roy et S. Yami, 2007, « La dynamique des stratégies de coopération », *Revue française de gestion*.
- A. Dixit et J. Stiglitz, 1977, « Monopolistic Competition and Optimum Product Diversity », *American Economic Review*.
- E. Delattre et A-L. Samson, 2012 ; « Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? », *Economie et statistiques*.
- B. Dormont, 2009, « Les dépenses de santé: une augmentation salutaire ? », *Opuscule du Cepremap*.
- B. Dormont, M. Grignon et H. Huber 2006, « Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing », *Health Economics*.
- F. Evain et E. Yilmaz, 2012, « Les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé », *Économie publique*.
- A-S. Fernandez et F. Le Roy, 2004, « Pourquoi coopérer avec un concurrent? Une approche par la RBV », *Revue française de gestion*.
- M. Galy, S. Groseil et A. Lyannaz, 2013, « Coopérations hospitalières : Essai d'une modélisation médico-économiques », *Finances hospitalières*.
- P. Gaudron, 2007, « Travaux en stratégie d'entreprise. Quels enseignements pour les directeurs d'hôpital? », *Gestions hospitalières*.
- M. Gaynor et D. Haas-Wilson, 1999, « Change, consolidation and competition in Health Care markets », *Journal of Economic Perspectives*
- A. Georges-Picot et B. Allard, 2009, « Des CSP pour les CHT », *Finances Hospitalières*.
- E. Giraud-Héraud et H. Hammoudi, 1999, « Formation des cartels : concepts et application à la différenciation spatiale », *Recherches économiques de Louvain*.
- M. Goddard, H. Gravelle, A. Hole, G. Marini, 2010; «Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland », *Journal of Health Service and Research*.
- H. Gravelle et P. Sivey, 2010, « Imperfect information in a quality-competitive hospital market », *Journal of Health Economics*.
- C. Grenier et S. Guitton-Philippe, 2011, « Champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique », *Management & Avenir*.
- C. Gresenz, J. Rogowski et J. Escarce, 2004, « Updated Variable Radius Measures of Hospital Competition », *Health Services Research*.
- S. Haas et E. Vigneron, 2004, « Territoires de Santé : quelles méthodes », *Gestions Hospitalières*.
- O. Hart, 1985, « Monopolistic Competition in the Spirit of Chamberlin: A General Model », *Review of Economic Studies*.
- H. Holla, 2014, « Quelle utilisation des études de coûts dans les coopérations », *Revue Hospitalière de France*.
- L. Houdart et L. Jeune, 2014, « Les CHT sont mortes, Vive le GHT ! Ou de la création d'une nouvelle espèce juridique : le Groupement Hospitalier de Territoire », *Notes de Blog*.
- S. Jacobzone, 1995, « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences sociales et santé*.

- L. Jeune, 2012, « GCS Etablissements de santé. Déjà les premières victimes », *Notes de blog Houdart et Associés*.
- L. Jeune, 2014, « Le GCS n'est pas assujéti à l'impôt sur les sociétés », *Notes du Blog Houdart et Associés*.
- J. Joubert et J-P. Lala, 2014, « La communauté hospitalière de territoire. Un équilibre en stratégies mixtes », *Gestions Hospitalières*.
- C. Keller, 2013, « GCS et CHT. Alpha et oméga de la coopération inter-hospitalière? », *Gestions hospitalières*.
- C. Keller, M. Louazel et M-L. Moquet-Anger, 2013, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière », *Revue de droit sanitaire et social*.
- M. Kerleau, V. Fargeon, et M. Le Vaillant, 1996, « Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins », in A-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, *L'Hôpital stratège*.
- M. Kerleau, M. Le Vaillant et Z. Or, 2005, « La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie », *Dossiers Solidarité et santé*.
- M. Kerleau, M. Le Vaillant et Z. Or, 2005, « Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux », *Dossiers Solidarité et santé*.
- P. Kersauze, 2010, « Le GCS, une opportunité pour renforcer le contrôle de gestion », *Finances Hospitalières*.
- K. Kesteloot et N. Voet, 1999, « Incentives for cooperation in quality improvement among hospitals—the impact of the reimbursement system », *Journal of Health Economics*.
- P. Krugman, 1991, « Increasing Returns and Economic Geography », *Journal of Political Economy*.
- D. Larose, 2013, « Le groupement de coopération sanitaire "établissement de santé": outil de consolidation de l'offre de soins hospitalière ? », *Finances Hospitalières*.
- H. Leibenstein, 1966, « Allocative Efficiency vs. X-Efficiency », *American Economic Review*.
- M. Louazel, 2013, « Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », *Gestions hospitalières*.
- C. Ménager, 2009, « Pôles et stratégie territoriale. Une démarche d'appropriation », *RHF*.
- E. Minvielle et A-P. Contandriopoulos, 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? », *Revue française de gestion*.
- P. Mossé, 2001, « Les restructurations hospitalières : modèle ou succédané de politique hospitalière? », *Revue française des Affaires sociales*.
- B. Nallebuff et A. Brandenburger, 1996, *La Coopétition : une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*.
- C. Pascal et al., 2009, « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé. Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité. », *Journal de gestion et d'économie médicales*.
- J. Posnett, 1999, « The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care », *BMJ 1999 Work Health Consortium*.
- C. Propper, S. Burgess et K. Green, 2000, « Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market », *CMPO Working Paper Series*.
- T. Robert et S. Ségui-Saulnier, 2012, « La coopération hospitalière: «La T2A m'a-t-elle tuée? », *RHF*.
- L. Rochaix, 2009, « L'évaluation médico-économique des réseaux : pourquoi et comment ? », *Néphrologie & Thérapeutiques*.
- C. Routelous et al., 2011, « Pourquoi coopérer avec les cliniques pour les hôpitaux publics », *Management & Avenir*.
- S. Salop, 1979, « Monopolistic competition with outside goods », *The Bell Journal of Economics*.
- F. Sanou et F. Le Roy, 2006, « Agressivité, coopération ou coopétition : quelle stratégie performante dans les industries de réseaux ? », *Document de travail*.
- S. Ségui-Saulnier, 2012, « Coopération. Comment fêter ses noces d'or ? », *Gestions hospitalières*.
- S. Ségui-Saulnier, 2012, « Coopérations hospitalières. Stop ou encore ? », *Gestions hospitalières*.
- G. Stigler, 1976, « The Xistence of X-Efficiency », *American Economic Review*.
- H. Tanguy, 2011, « Pas de trêve estivale pour la coopération hospitalière. Constats et dernière actualité », *Gestions Hospitalières*.
- J-F. Thisse et S. Scotchmer, 1993, « Les implications de l'espace pour la concurrence », *Revue économique*.
- R. Town et G. Vistnes, 2001, « Hospital competition in HMO networks », *Journal of Health Economics*.
- M. Trémur, 2011, « Des précisions sur les comptes combinés des communautés hospitalières de territoire », *Finances Hospitalières*.
- E. Vigneron et al., 2006, « Les territoires au chevet de la santé », *Gestions Hospitalières*.
- E. Vigneron, 2010, « Accès aux soins et territoires de santé », *Gestions Hospitalières*.
- E. Vigneron, 2013, « Adapter le système de santé aux territoires d'aujourd'hui et de demain », *Gestions Hospitalières*.

- F. Weaver, S. Cerboni, A. Oetli, P. Andenmatten, M. Widmer, 2009, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », *Document de travail. Observatoire suisse de la santé*.
- O. Williamson, 2000, « The New institutional Economics », *Journal of Economic Literature*.
- V. Wu, 2009, « Managed care's price bargaining with hospitals », *Journal of Health Economics*.
- J. Zimmermann, 2014, « Quelle (s) coopération sont-elles facteurs d'amélioration de la prise en charge du patient ? », *Document de travail*.

4.3 Ouvrages

- G. Calmes, J-P. Segade et L. Lefranc, 1998, *Coopération hospitalière, l'heure de la vérité*.
- A-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, 1996, *L'Hôpital stratège*.
- T. Hafsi, F. Seguin, J-M. Toulouse, 2000, *La Stratégie des organisations : une synthèse*.
- M. Porter, 1979, *How Competitive Forces Shape Strategy*.
- J. Tirole, 1988, *The Theory of Industrial Organization*.

4.4 Mémoires

- A. Auger, 2012, « Efficience 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 », *Mémoire de l'EHESP*.
- E. Bardet, 2003, « Externalisation de la stérilisation : conditions de mise en œuvre, avantages, inconvénients », *Mémoire de l'ENSP*.
- L. Cazin et H. Micheaux, 2014, « Coopérations hospitalières : des outils à rénover pour de nouvelles réflexions stratégiques », Mémoire, Mines Paris Tech.
- A. Chauchat, 2009, « La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public », *Mémoire de l'EHESP*.
- F. Collombet, 2000, « Les problèmes de ressources humaines et la coopération sanitaire », *Mémoire de l'ENSP*.
- M. Devillers, 2005, « La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique », *Mémoire de l'EHESP*.
- F. Durranc, 2004, « Projet de restructuration d'une blanchisserie, l'exemple du Centre Hospitalier de Ste Foy La Grande », *Mémoire de l'ENSP*.
- P. Lagier, 2003, « Hôpital public et stratégie externe : les projets de coopération/privé du Centre Hospitalier de Rambouillet sur la ville nouvelle de Saint Quentin en Yvelines », *Mémoire de l'EHESP*.
- L. Lay-Jacquot, 2013, « Partager les médecins : le remède aux déserts médicaux hospitaliers », *Mémoire de l'EHESP*.
- A-M. Lecommandoux, 2000, « La coopération inter-hospitalière : logiques et limites à travers le cas du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et du Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor », *Mémoire de l'ENSP*.
- S. Lyannaz, 2009, « Contraintes et leviers de la coopération inter-établissements éléments de réflexion à partir du CHRU de Grenoble », *Mémoire de l'EHESP*.
- N. Prentout, 2008, « Contraintes et opportunités d'une coopération innovante : le cas du GIP Restauration de l'Angoumois », *Mémoire de l'EHESP*.
- F. Sabine, 2010, « Quelle politique de coopération pour la psychiatrie. L'exemple du Centre Hospitalier de Charles Perrens », *Mémoire de l'EHESP*.
- N. Schandlong, 2006, « Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations », *Mémoire de l'EHESP*.

4.5 Support de présentation

- J-B. Capgras, C. Pascal, et J-F. Botton, 2008, « Analyse des marchés hospitaliers et concurrence : prolégomènes au pilotage stratégique des établissements de santé », *Journée transdisciplinaire de recherche, Ifross, Lyon*.
- CNEH, 2011, « Coopération hospitalière : de l'ambition initiale de la loi HPST à la (dure) réalité du terrain », *Actes du colloque du 2 décembre 2010 – Paris*.
- FHF Nord-Pas de Calais, 2013, *Restitution du travail sur les modalités médico-économiques des coopérations sanitaires*.
- S. Cueille, Les alliances comme mode de mise en œuvre de la stratégie des hôpitaux publics français, construction d'un modèle d'analyse, *Présentation*.

S. Cueille, 2010, « Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières », *Communication*.
S. Houdart, « Le groupement de coopération sanitaire, Ou de gestion des PUI », *Présentation*.

Liste des annexes

5 Caractéristiques de la population et du territoire

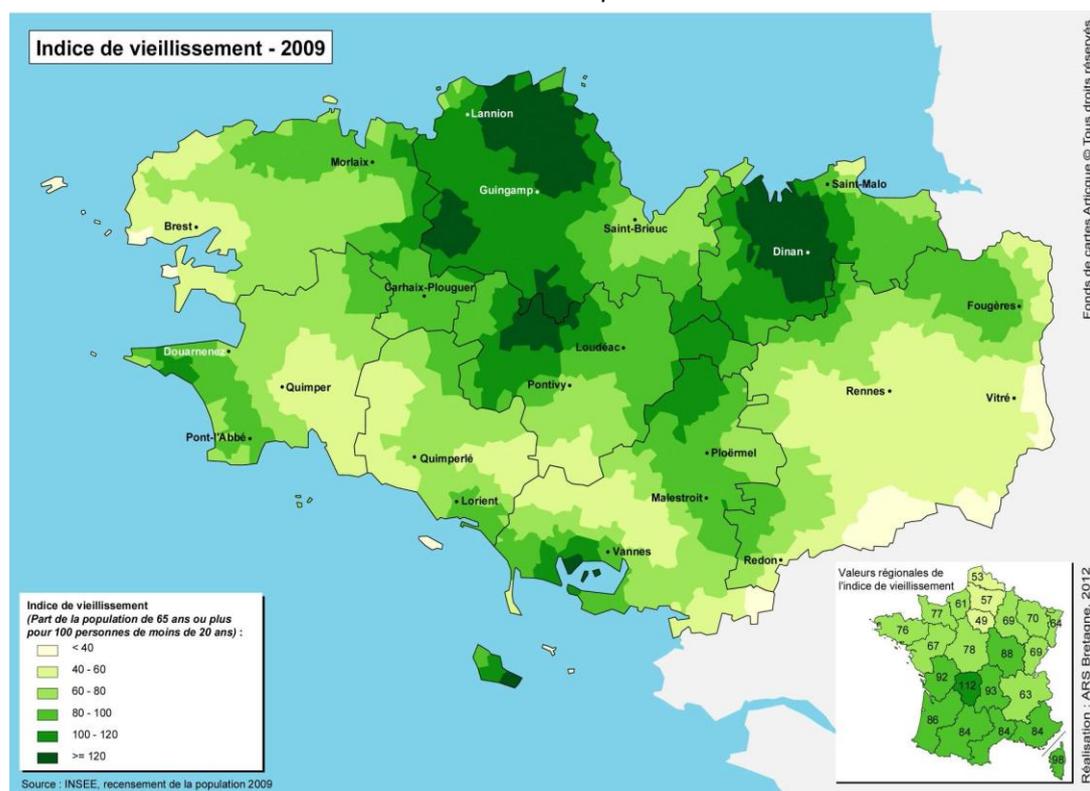
5.1 Une population vieillissante

Annexe I.1.1 : Evolution de la population du territoire

| Population du territoire en 2009 et 2016 | | |
|--|------------------|----------------|
| | Bretagne | Territoire 1 |
| Population 2009 | 3 176 380 | 545 920 |
| Dont personnes âgées de 75 ans et plus (%) | 9,7% | 9,4% |
| Population 2016 | 3 357 850 | 566 770 |
| Dont personnes âgées de 75 ans et plus (%) | 10,2% | 9,8% |
| Evolution annuelle moyenne (%) | + 0,8 | +0,5% |
| Evolution annuelle moyenne des personnes âgées de 75 ans et plus (%) | + 1,5% | +1,1% |

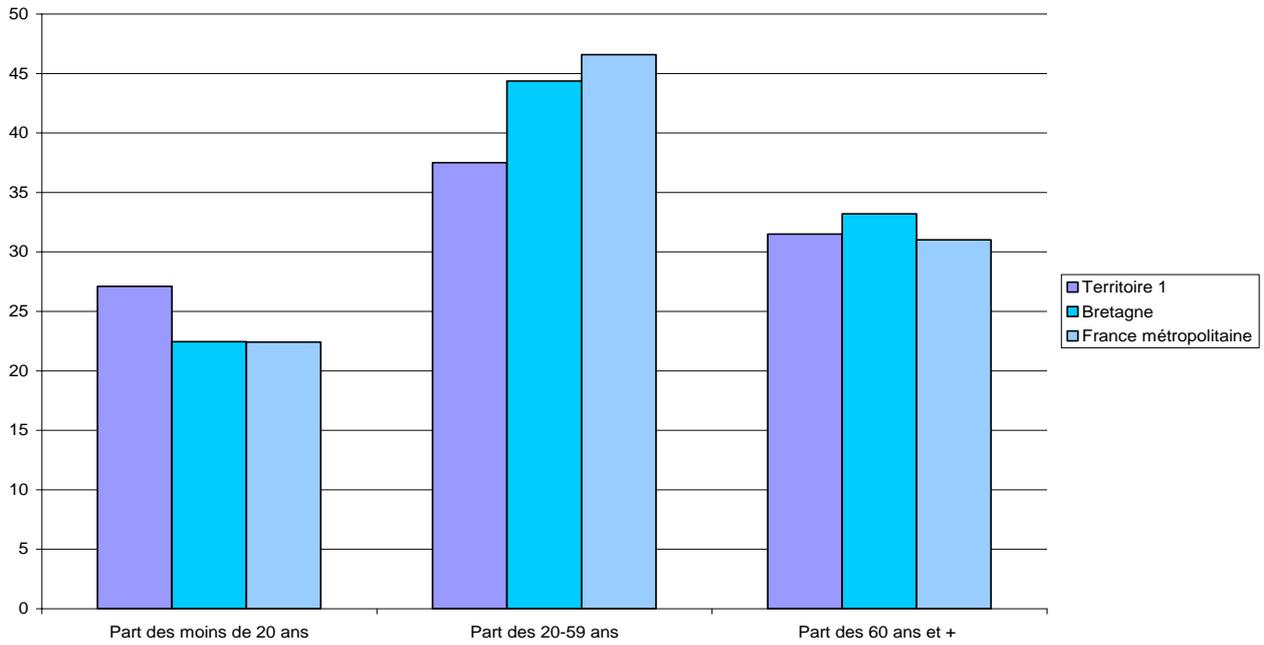
Source : INSEE projections de population 2009 et 2016 (modèle OMPHALE 2010)

Annexe I.1.2 : Indice de vieillissement sur le département

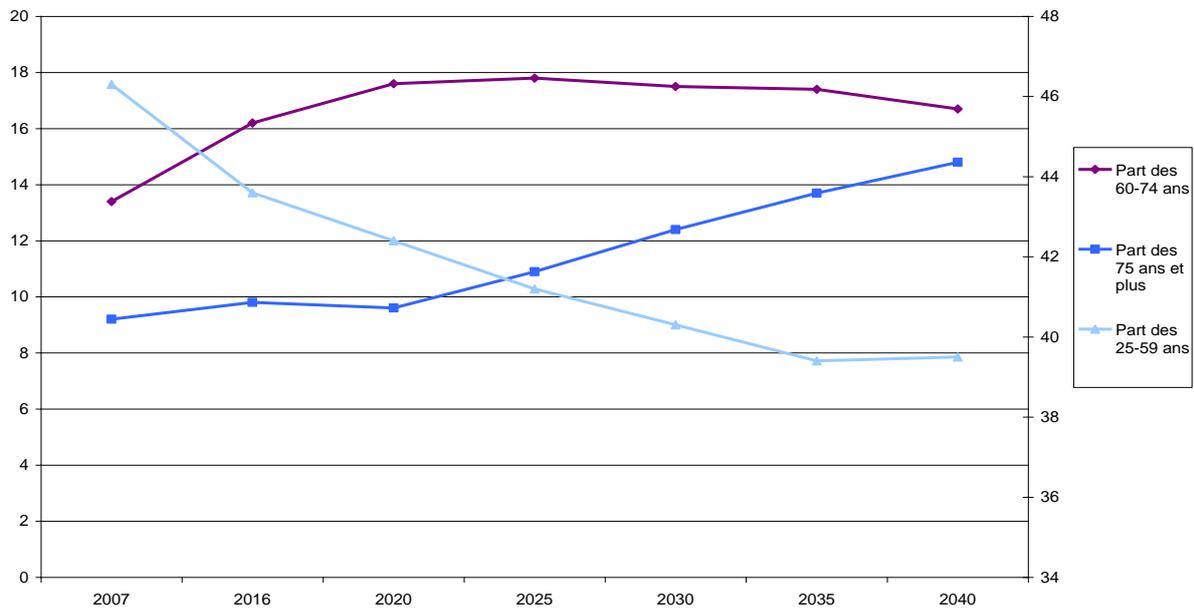


Annexe I.1.3 : Répartition de la population par tranche d'âge

Répartition de la population en 2040 par tranches d'âges



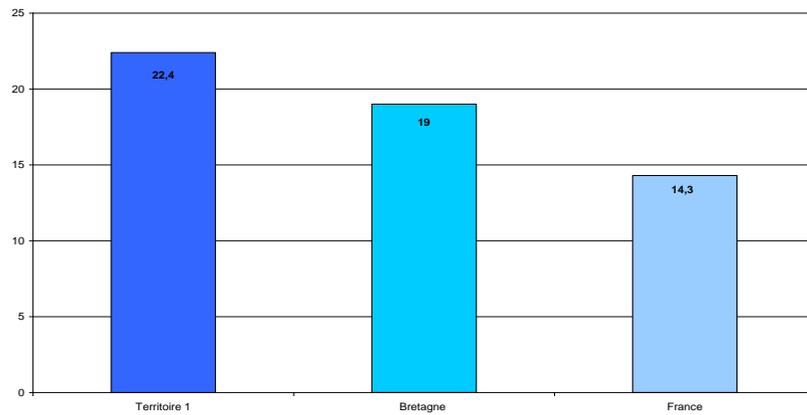
Part des différentes tranches d'âge dans la population du territoire 1 jusqu'en 2040



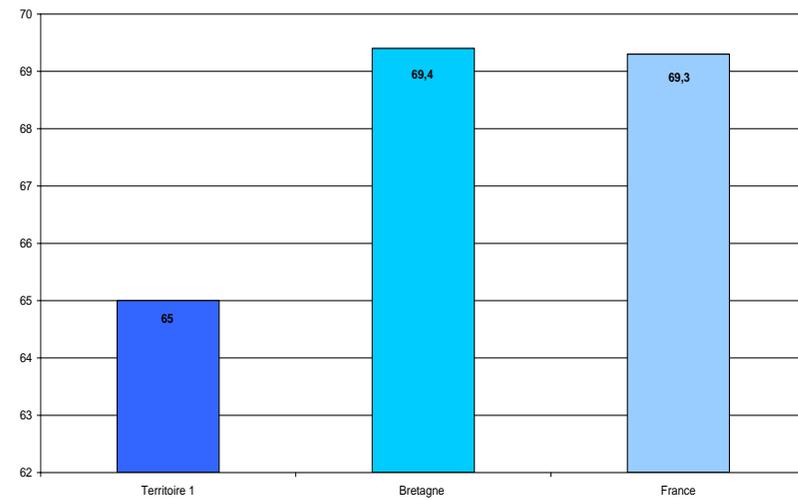
5.2 Une épidémiologie défavorable

Annexe I. 2.1 : Des taux de mortalité standardisés reflétant une situation épidémiologique défavorable

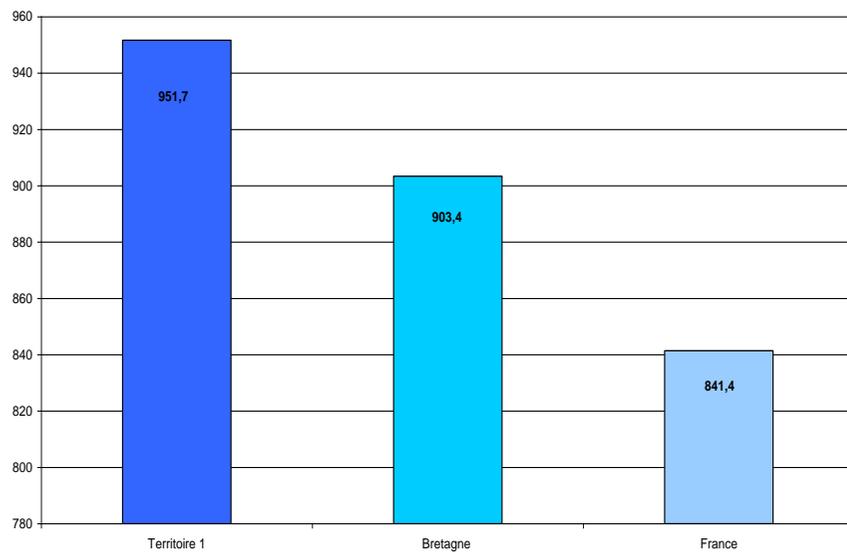
Taux standardisés, tout âge, de mortalité pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures



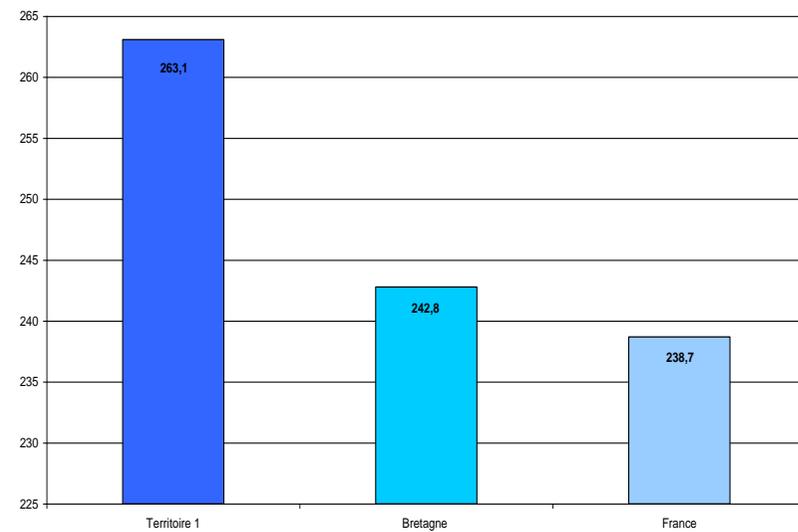
Taux standardisés, tout âge, de mortalité pour les cardiopathies ischémiques



Taux standardisés, tout âge, de mortalité pour les causes de décès



Taux standardisés, tout âge, de mortalité pour les cancers



5.3 Une situation économique contrastée

Annexe I.3.1 : Des indicateurs de pauvretés plus forts qu'en Bretagne mais moindres qu'en France

| Mesure de la pauvreté par département | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| | Taux de pauvreté | | Taux de pauvreté espace urbain | Taux de pauvreté espace rural | Intensité de la pauvreté | Niveau de vie médian (€/UC) | Rapport interdécile ²⁴⁷ |
| | 2004 | 2006 | 2006 | 2006 | 2004 | 2004 | 2004 |
| Côtes-d'Armor | 11,1% | 12,0% | 10,7% | 14,0% | 15,8% | 15 132 | 2,77 |
| Finistère | 9,2% | 10,5% | 10,0% | 12,0% | 16,1% | 15 537 | 2,67 |
| Bretagne | 9,6% | 10,9% | 10,1% | 12,8% | 15,8% | 15 573 | 2,70 |
| France métropole | 11,7% | 13,2% | 12,9% | 14,8% | 17,2% | 15 750 | 3,09 |

| Parts des minima sociaux versés en 2007 | |
|---|---|
| | Taux des bénéficiaires de minima sociaux parmi la population de 20-59 ans |
| Finistère (29) | 52‰ |
| Bretagne | 47‰ |
| France métropolitaine | 58‰ |

Sources : Insee, revenus disponibles localisés 2004 et Insee - DGI, revenus disponibles localisés 2006

Source : Caf de Bretagne, extrait du cahier des données sociales de 2004.

Annexe I.3.2 : Taux de chômage et de revenus de la population par arrondissement : une situation contrastée

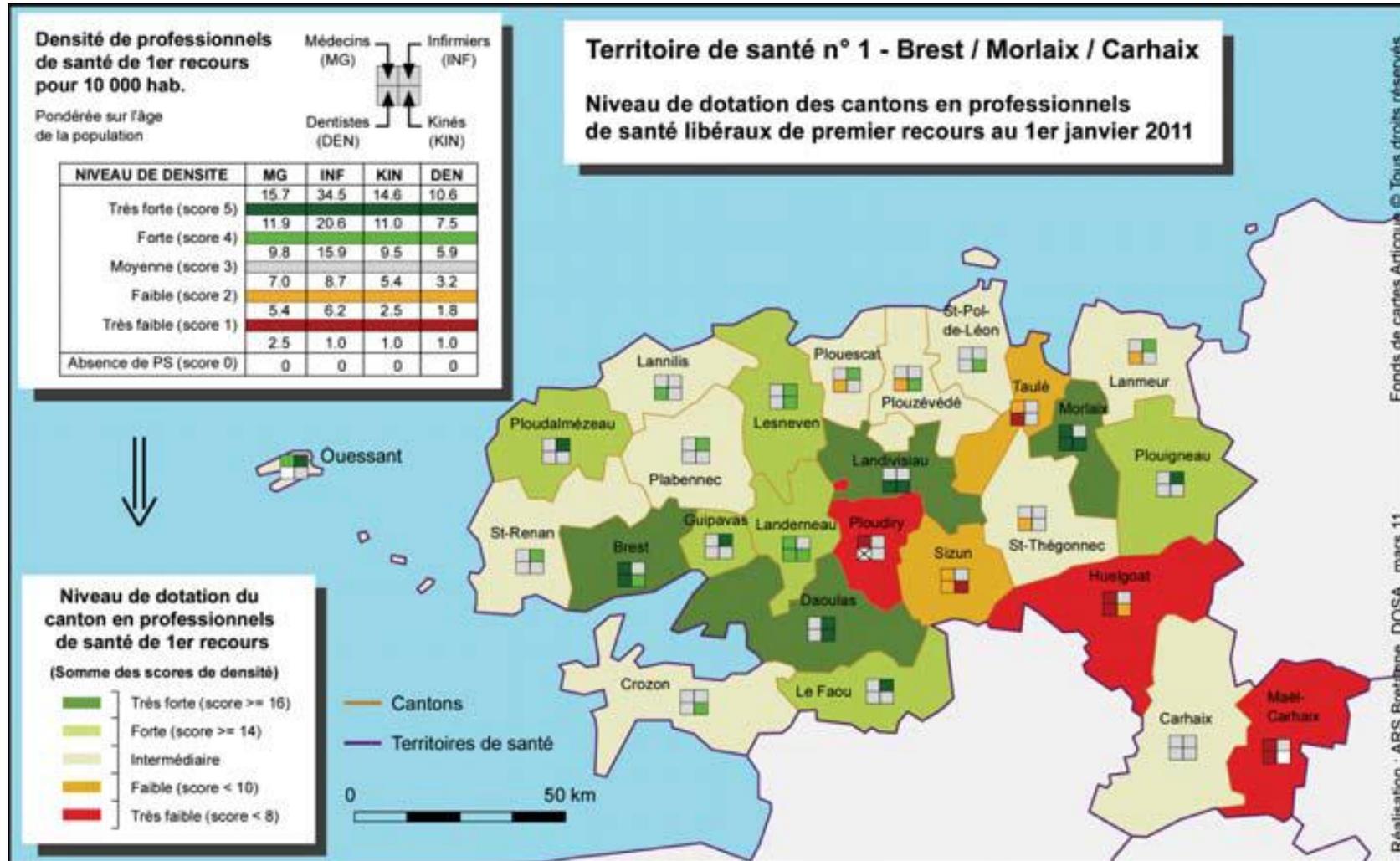
| | Arrondissement de Brest | Arrondissement de Morlaix | Arrondissement de Châteaulin | Finistère | Bretagne | France métropolitaine |
|--|-------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------|----------|-----------------------|
| Données sur les revenus de la population | | | | | | |
| Foyers fiscaux imposables en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2009 | 55,3% | 49,3% | 46,7% | 52,5% | 52,9% | 54,3% |
| Médiane du revenu fiscal des ménages par unité de consommation en 2010, en euros | 18 961 | 17 763 | 17 080 | 18 446 | 18 474 | 18 749 |
| Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009, en euros | 22 761 | 20 950 | 19 228 | 21 765 | 22 091 | 23 433 |
| Données sur l'emploi de la population | | | | | | |
| Part de l'emploi salarié en 2009 | 89,6% | 83,3 | 82,8% | 86,7% | 86,2% | 87,8% |
| Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2009 | 69,7% | 72,6% | 71,5% | 70,7% | 71,3% | 71,9% |
| Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2009 | 10,1% | 9,5% | 9% | 10% | 9,3% | 11,2% |
| Nombre de demandeurs d'emploi de catégorie ABC au 31 décembre 2011 | 23 017 | 8 126 | 5 353 | 57 299 | 199 474 | 4 316 843 |

Sources : Insee, état civil et estimations de population au 1er janvier ; DGFIP, Impôt sur le revenu des personnes physiques ; Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail ; Insee - DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages ; Insee, Taux de chômage localisés provisoires ; et Insee, Estimations d'emploi (ESTEL) définitives 2009, provisoires 2010

²⁴⁷ Rapport entre la valeur du 9^e décile et celle du 1^{er}

5.4 Une démographie médicale défavorable en certains endroits du territoire

Annexe II.2.1 : Une démographie médicale critique dans certains cantons du territoire de santé

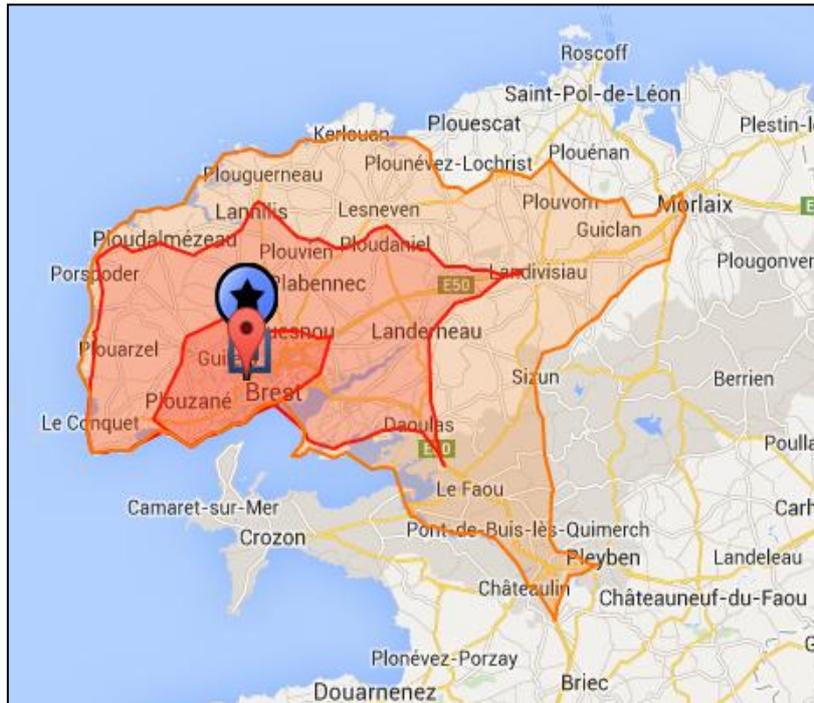


Annexe II.2.2 : Les principales caractéristiques de la démographie médicale pour trois disciplines engagées dans des coopérations : la cardiologie, l'urologie et la gastro-entérologie

| Caractéristiques de la démographie médicale | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|
| | Effectif | Densité | Ecart à la densité nationale | % moins de 40 ans | % 60 ans et plus | Effectif hospitalier | Densité hospitalière | Ecart à la densité nationale | % de libéraux en secteur 2 |
| Cardiologie et maladies vasculaires | | | | | | | | | |
| Territoire 1 | 53 | 9,7 | -0,4 | 19% | 19% | 20 | 3,7 | 0,7 | 9,09 |
| Finistère | 79 | 8,8 | -1,3 | 16% | 19% | 29 | 3,2 | 0,2 | 6,00 |
| Bretagne | 273 | 8,6 | -1,5 | 21 (17%, France) | 15 (23%, France) | 99 | 3,1 | 0,1 | 3,45 |
| Gastro-entérologie et hématologie | | | | | | | | | |
| Territoire 1 | 76 | 7,2 | 1,8 | 28% | 13% | 14 | 4,6 | 0,6 | 0,00 |
| Finistère | 109 | 6,3 | 0,9 | 25% | 16% | 19 | 4,1 | 0,1 | 0,00 |
| Bretagne | 296 | 5,3 | -0,1 | 20% (17%, France) | 15% (18%, France) | 71 | 3 | -1 | 3,11 |
| Chirurgie urologique | | | | | | | | | |
| Territoire 1 | 9 | 1,7 | 0,1 | 11% | 22% | 3 | 1,1 | -0,2 | 16,67 |
| Finistère | 19 | 2,1 | 0,5 | 26% | 16% | 7 | 1,3 | 0 | 33,33 |
| Bretagne | 55 | 1,7 | 0,1 | 22% (19%, France) | 9% (12%, France) | 14 | 1,3 | 0 | 70,73 |

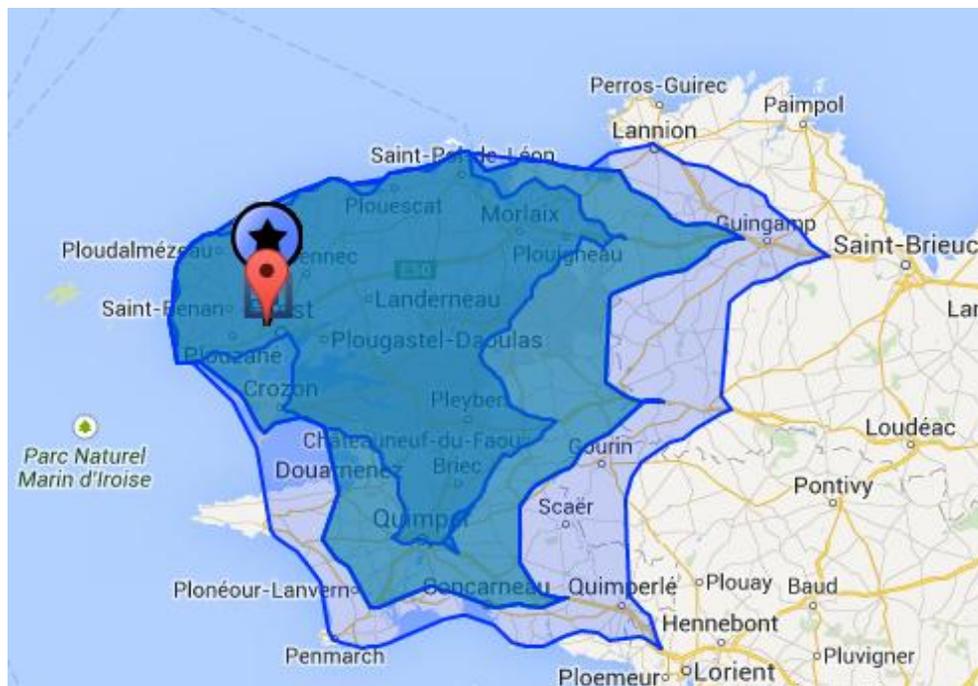
5.5 Accessibilité au CHRU par la route

Annexe III.1 : Cartes isochrones pour des déplacements inférieurs à une heure



En rouge, les deux courbes isochrones représentent des temps de trajets croissants de 15 et 30 minutes. En orange, elle correspond à 45 minutes de trajet.

Annexe III.2 : Cartes isochrones pour des déplacements supérieurs à une heure



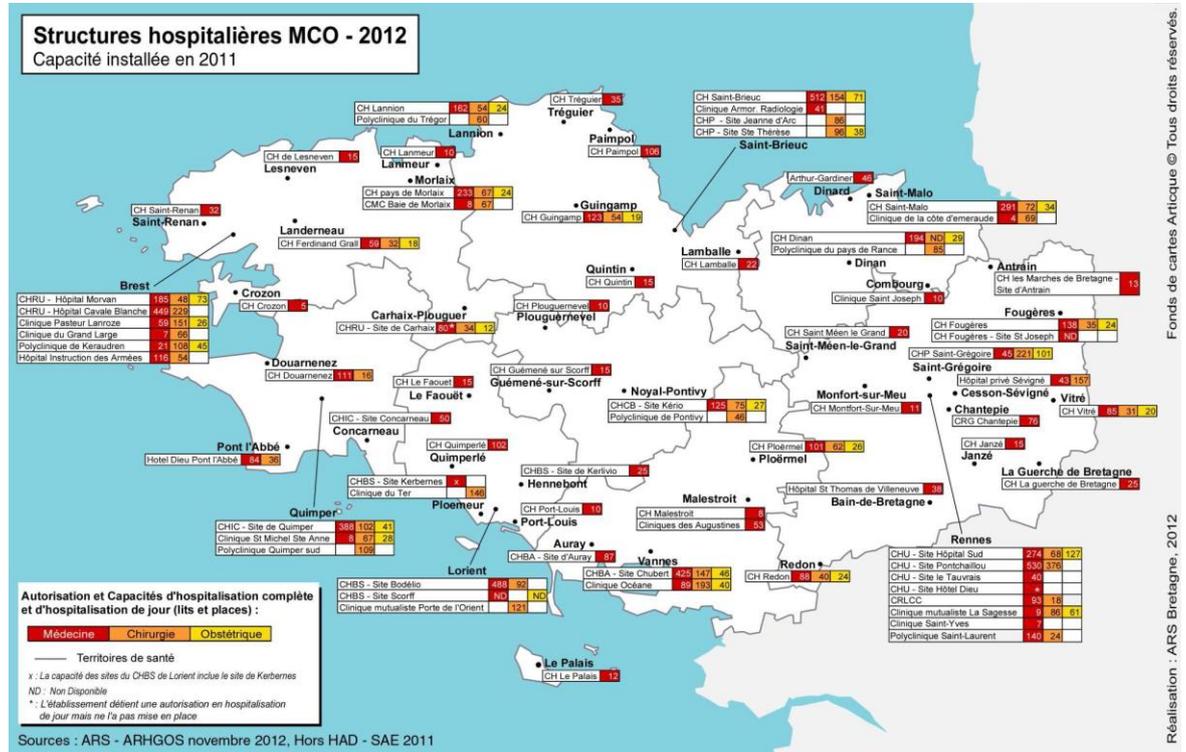
En bleu, les lignes isochrones distinguent des temps de transport respectifs de 1h, 1h15 et de 1h30.

5.6 Description du champ coopératif

5.6.1 Capacité hospitalière du territoire

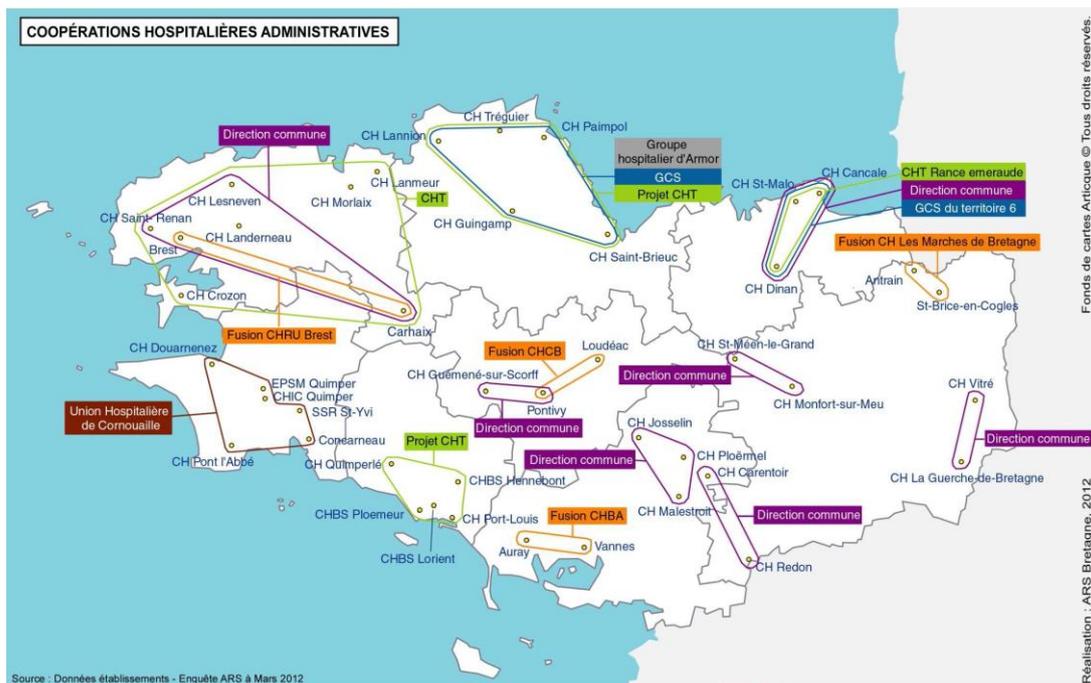
Annexe IV.1.1 : Description des capacités hospitalières du département

7

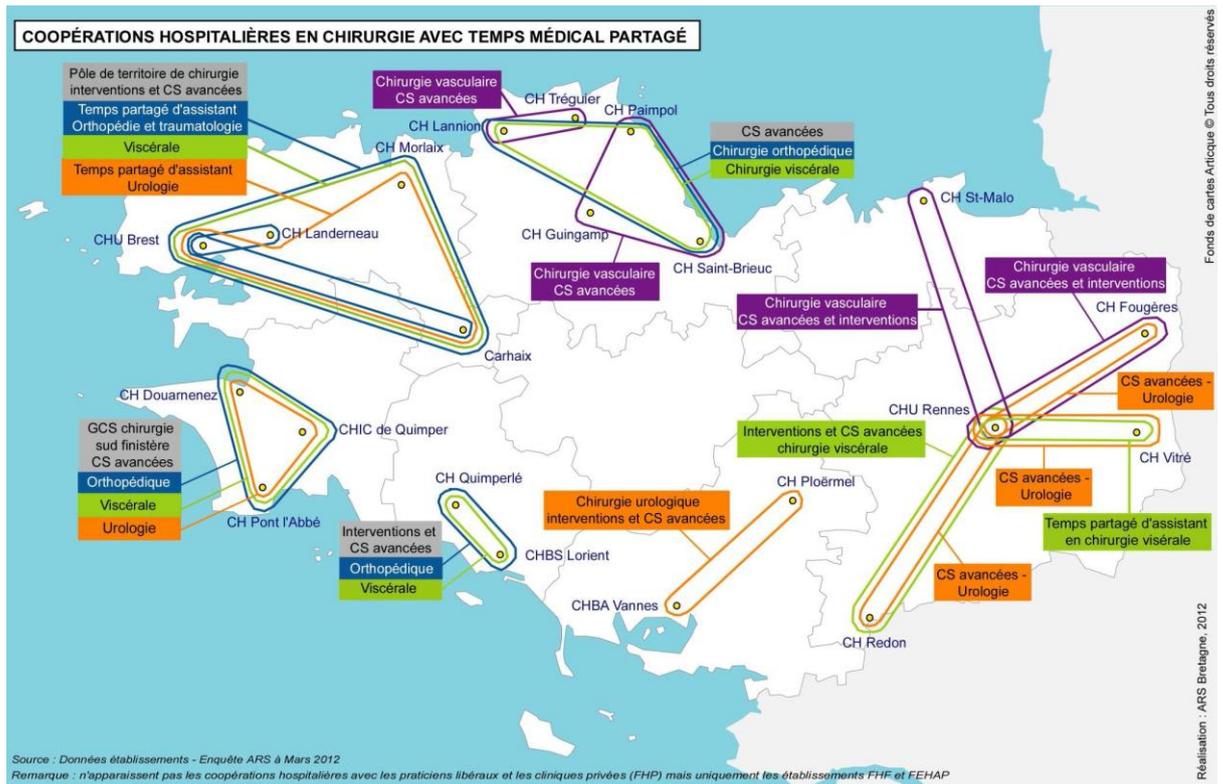


5.6.2 Des coopérations nombreuses et formalisées sous différentes formes

Annexe IV.2.1 : Description des coopérations administratives du département

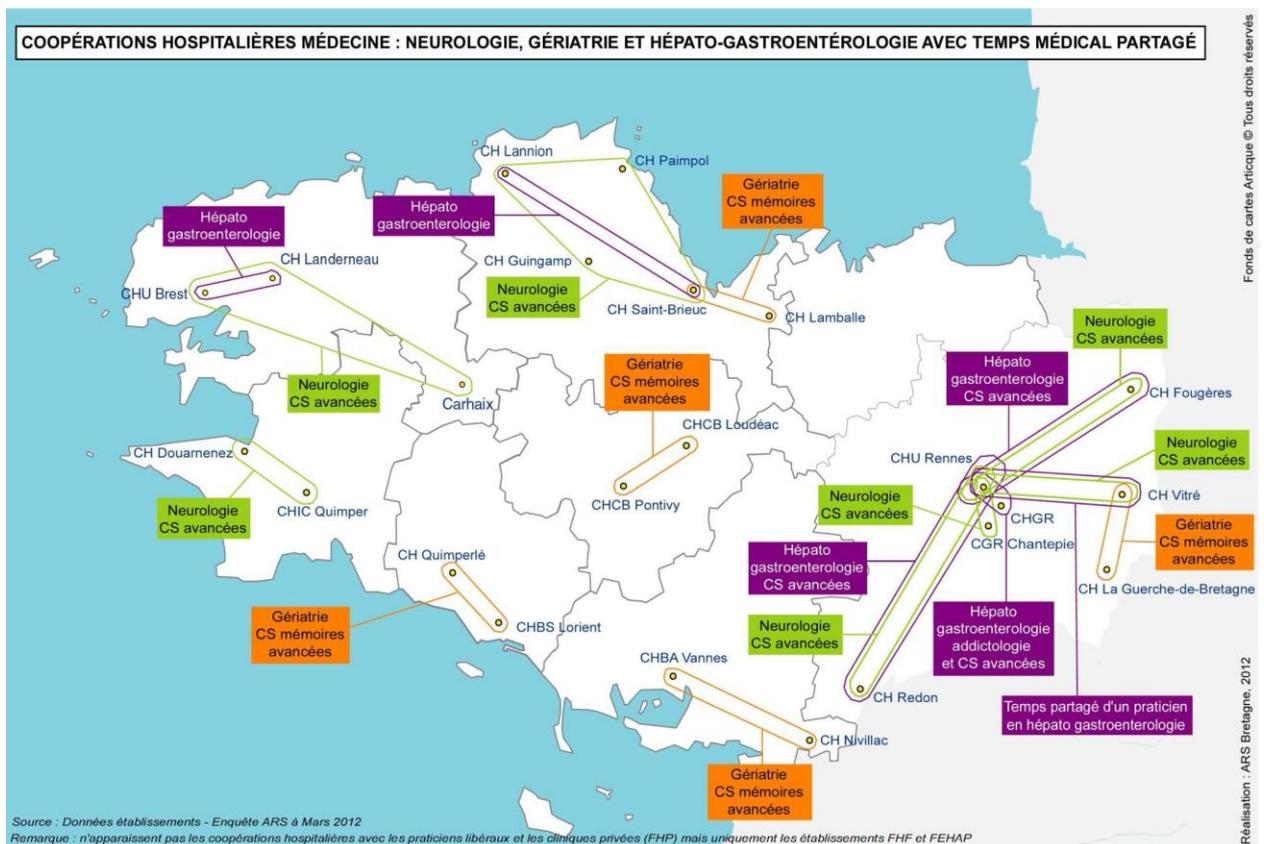


Annexe IV.2.2 : Les coopérations avec temps médical partagé



5.6.3 Des coopérations fortes sur certaines spécialités

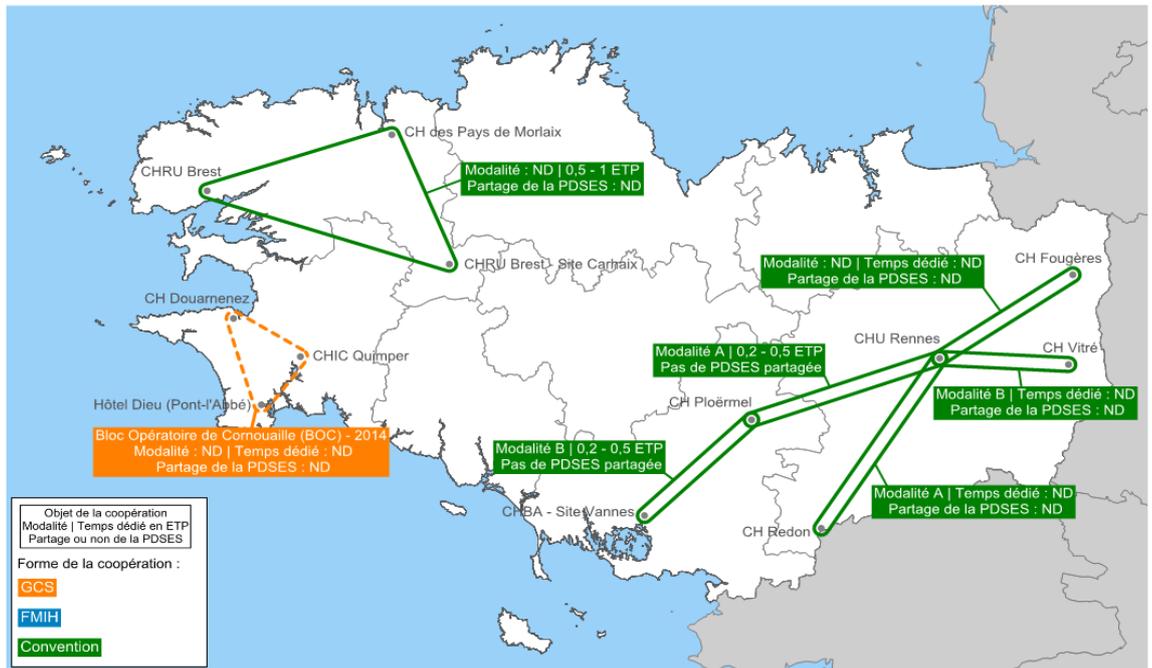
Annexe IV.3.1 : Les coopérations hospitalières en hépato-gastroentérologie



Annexe IV.3.2 : Les coopérations hospitalières en chirurgie urologique



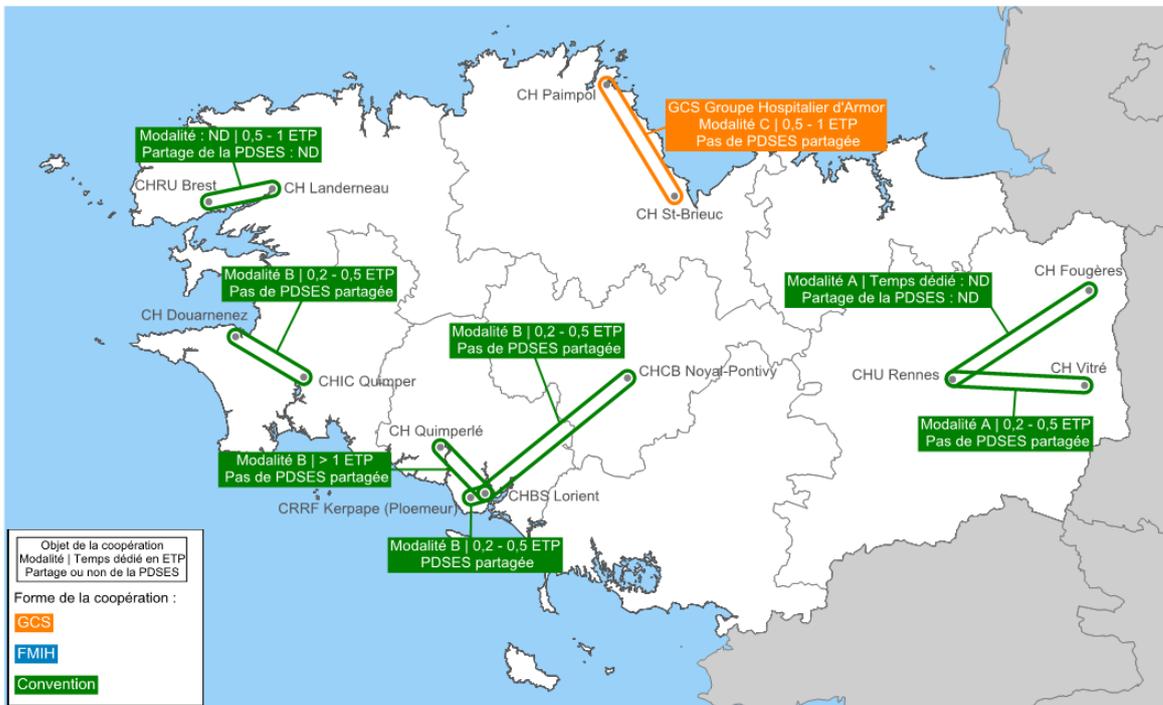
Coopérations hospitalières avec temps médical partagé en Bretagne en 2013
Chirurgie urologique



Annexe IV.3.3 : Les coopérations hospitalières en cardiologie



Coopérations hospitalières avec temps médical partagé en Bretagne en 2013
Cardiologie



6 Analyse détaillée de la concurrence pour quatre secteurs d'activité

6.1 Effet d'hystérèse des parts de marché

Annexe V.1.1 : Calcul des effets d'hystérèse sur les parts de marché du CHRU de Brest

| | Autocorrélation d'ordre un | Autocorrélation d'ordre deux | Hystérèse |
|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------|
| Chirurgie urologique | -0,305 | -0,600 | 0,295 |
| Chirurgie du rachis | -0,089 | 0,081 | 0,008 |
| Affections cardio-vasculaires | -0,708 | 0,483 | 0,226 |
| Endoscopies digestives et biliaires | 0,480 | -0,291 | 0,189 |

6.2 Taux de fuite et taux d'attractivité pour les quatre coopérations analysées

Annexe V.2.1 : Taux de fuite inter et intra-régionaux et taux d'attractivité inter et intra-régionaux pour les endoscopies, la chirurgie du rachis et urologique ainsi que les affections cardio-vasculaires

| | Année | Taux d'attractivité inter-régional ²⁴⁸ | Taux d'attractivité intra-régional ²⁴⁹ | | | Taux de fuite inter-régional ²⁵⁰ | Taux de fuite intra-régional ²⁵¹ | | |
|-------------------------------------|-------|---|---|--------------------------------|---------------------------|---|---|--------------------------------|---------------------------|
| | | | Brest Carhaix Morlaix | Quimper Douarnenez Pont l'Abbé | St Briec Guingamp Lannion | | Brest Carhaix Morlaix | Quimper Douarnenez Pont l'Abbé | St Briec Guingamp Lannion |
| Endoscopies digestives et biliaires | 2010 | 1,5 | 1,8 | 9,6 | 6,9 | 1,6 | 4,4 | 2,7 | 2,3 |
| | 2011 | 1,5 | 1,7 | 9,2 | 6,3 | 1,6 | 3,9 | 2,6 | 2,4 |
| | 2012 | 1,4 | 1,7 | 9,3 | 6,1 | 1,6 | 3,8 | 2,3 | 2,4 |
| Chirurgie du rachis | 2010 | 5,9 | 56,2 | 46,5 | 25,3 | 6,8 | 17,7 | 67,8 | 66,5 |
| | 2011 | 6,3 | 49,8 | 49,7 | 22,3 | 7,1 | 18,3 | 73,5 | 66,5 |
| | 2012 | 6,5 | 48,8 | 51,5 | 21,9 | 6,5 | 20,9 | 69,7 | 65,6 |
| Affections cardio-vasculaires | 2010 | 4,4 | 12,9 | 6,4 | 6,1 | 3,3 | 3,0 | 11,1 | 9,1 |
| | 2011 | 4,5 | 12,1 | 5,3 | 6,4 | 3,1 | 3,0 | 12,1 | 8,6 |
| | 2012 | 4,3 | 11,7 | 5,2 | 6,3 | 3,0 | 2,7 | 12,0 | 9,3 |

²⁴⁸ Séjours consommés par les patients d'autres régions / séjours produits par les établissements de la région.

²⁴⁹ Séjours consommés dans d'autres régions / séjours consommés par les patients de la région.

²⁵⁰ Séjours consommés dans d'autres régions / séjours consommés par les patients de la région.

²⁵¹ Séjours consommés dans d'autres territoires de la région / séjours consommés par les patients du territoire.

| | | | | | | | | | |
|----------------------|------|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|------|
| Chirurgie urologique | 2010 | 3,7 | 7,5 | 8,2 | 10,2 | 4,9 | 4,6 | 8,7 | 9,1 |
| | 2011 | 3 | 6,4 | 7,5 | 9,3 | 4,8 | 4,5 | 8,9 | 9,6 |
| | 2012 | 3,5 | 7,75 | 6,3 | 10,1 | 4,4 | 4,4 | 9,1 | 11,6 |

6.3 Analyse approfondie des endoscopies digestives et biliaires : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché

6.3.1 Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU de Brest pour les endoscopies digestives et biliaires

Annexe V.3.1 : Corrélation entre taux de recours et parts de marché pour les endoscopies digestives et biliaires

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Taux de recours en Bretagne | 17,18 | 17,56 | 18 | 18,43 |
| Taux de recours pour le territoire 1 ²⁵² | 17,06 | 18,78 | 19,41 | 19,46 |
| Part de marché du CHRU de Brest | 2,2 | 3,6 | 4,4 | 4,7 |

Annexe V.3.2 : Evolution des taux de recours et des parts de marché du CHRU de Brest pour les endoscopies digestives et biliaires

| Evolution du taux de recours en endoscopies digestives et biliaires | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| France | 18,58 | 19,08 | 20,33 | 20,72 | 21,12 | 21,57 |
| Bretagne | 15,61 | 16,58 | 17,18 | 17,56 | 18 | 18,43 |
| Territoire Brest/Carhaix/Morlaix | 15,73 | 16,83 | 17,06 | 18,78 | 19,41 | 19,46 |
| Territoire Quimper/Douarnenez/Pont l'Abbé | 15,39 | 15,98 | 16,62 | 17,8 | 17,91 | 19,05 |

²⁵² Un taux de recours mesure une demande exprimée en termes de consommation de soins hospitaliers dans une zone géographique donnée. L'indicateur utilisé est le taux de recours brut. Il correspond au nombre de séjours/séances hospitaliers annuels de la population domiciliée d'une zone géographique (quelque soit le lieu de réalisation des séjours) pour 1000 habitants. Il existe aussi des taux de recours standardisés. Ils sont corrigés de l'effet de structure de la population (âge et sexe). Ce taux permet ainsi d'assurer les comparaisons régionale et territoriale. Il facilite le repérage des atypies par activité. Les échelles des différents graphiques et les chiffres indiqués dans les tableaux correspondent de ce fait à un taux de recours pour 1000 habitants. Le niveau d'étude choisi est celui du groupe de planification. Il allie un niveau de détail suffisant sans analyser les taux de recours acte par acte.

6.3.2 Analyse de la concurrence sur le territoire de santé

Annexe V.3.3 : Indicateurs de concurrence sur le territoire de santé pour les endoscopies digestives et biliaires

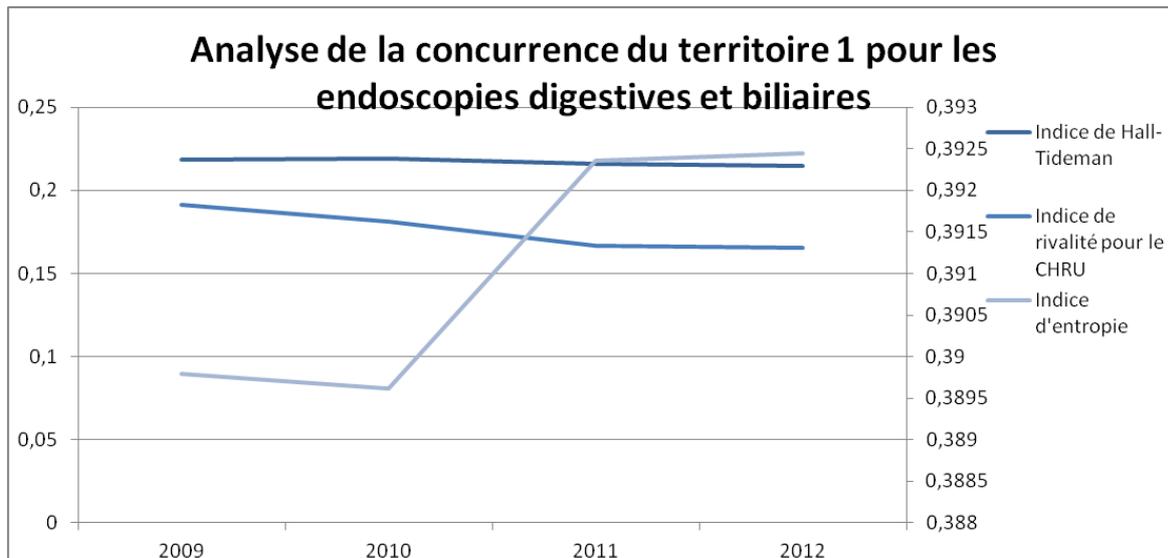
| Analyse de la concurrence sur le territoire 1 | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,213 | 0,217 | 0,211 | 0,212 |
| Indice de Hall-Tideman ²⁵³ | 0,218 | 0,219 | 0,216 | 0,215 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | 0,191 | 0,181 | 0,167 | 0,165 |
| Indice d'entropie | 0,390 | 0,390 | 0,392 | 0,392 |

La baisse de l'indice de Hall Tideman et la hausse de l'indice d'entropie indique une augmentation de la concurrence. Celle-ci peut être le fait du CHRU qui voit sa position concurrentielle s'améliorer.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| (y) Indice d'entropie | 0,3898 | 0,3896 | 0,3924 | 0,3924 |
| (x) Taux de recours pour le territoire 1 | 17,06 | 18,78 | 19,41 | 19,46 |
| Coefficient de corrélation | 0,75 | | | |
| Coefficient de régression | 0,001 | | | |
| R ² de la régression | 0,562 | | | |
| Ecart type lié à la régression | 0,001 | | | |

Il n'y a pas de lien entre la concurrence du marché et le taux de recours sur le territoire. Ce résultat est fiable à 56%.

Annexe V.2.4 : Evolution de la concurrence sur le territoire de santé pour les endoscopies digestives et biliaires



6.3.3 Appréhension de la concurrence par arrondissements

Annexe V.2.5 : Indicateurs de concentration du marché par arrondissements

| Analyse de la concurrence par arrondissement pour les endoscopies digestives et biliaires | | | | |
|---|-------|------------|---------|---------|
| | Brest | Châteaulin | Morlaix | Quimper |
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,320 | 0,254 | 0,445 | 0,375 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | 0,279 | 0,040 | 0,409 | 0,125 |
| Indice d'entropie | 0,288 | 0,337 | 0,249 | 0,226 |

²⁵³ L'HTI corrige les parts de marché les plus importantes. Il est plus adapté lorsqu'il faut étudier des marchés avec beaucoup d'acteurs.

Annexe V.3.6 : Parts de marché pour les endoscopies digestives par arrondissement

| Arrondissement | Brest | | Châteaulin | | Morlaix | | Autres | Total | |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Nombres d'actes | Part de marché |
| CHU Brest | 57 | 4,07 | 24 | 21,43 | 14 | 3,56 | 9 | 104 | 5,34 |
| Landerneau | 23 | 1,64 | 1 | 0,89 | 3 | 0,76 | 0 | 27 | 1,39 |
| CH Morlaix | 4 | 0,29 | 0 | 0,00 | 70 | 17,81 | 4 | 78 | 4,00 |
| CMC Morlaix | 1 | 0,07 | 19 | 16,96 | 248 | 63,10 | 8 | 276 | 14,16 |
| Grand Large | 517 | 36,90 | 12 | 10,71 | 6 | 1,53 | 8 | 543 | 27,86 |
| Pasteur | 209 | 14,92 | 9 | 8,04 | 5 | 1,27 | 3 | 226 | 11,60 |
| HIA | 32 | 2,28 | 2 | 1,79 | 2 | 0,51 | 3 | 39 | 2,00 |
| Keraudren | 558 | 39,83 | 45 | 40,18 | 45 | 11,45 | 2 | 656 | 33,66 |
| Total | 1401 | 100 | 112 | 100 | 393 | 100 | 43 | 1949 | 100 |

6.3.4 Analyse approfondie de la chirurgie du rachis : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché

- a) Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché pour la chirurgie du rachis
 Annexe V.4.1 : Corrélation entre taux de recours et parts de marché pour la chirurgie du rachis

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------|------|------|------|------|
| Taux de recours en Bretagne | 1,7 | 1,72 | 1,77 | 1,88 | 1,97 |
| Taux de recours pour le territoire de santé N°1 | 1,76 | 1,78 | 1,88 | 1,85 | 1,92 |
| Parts de marché CHRU de Brest | 67,5 | 64,1 | 67,4 | 61,7 | 61,8 |

Annexe V.4.2: Analyse des taux de recours de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU de Brest pour la chirurgie du rachis

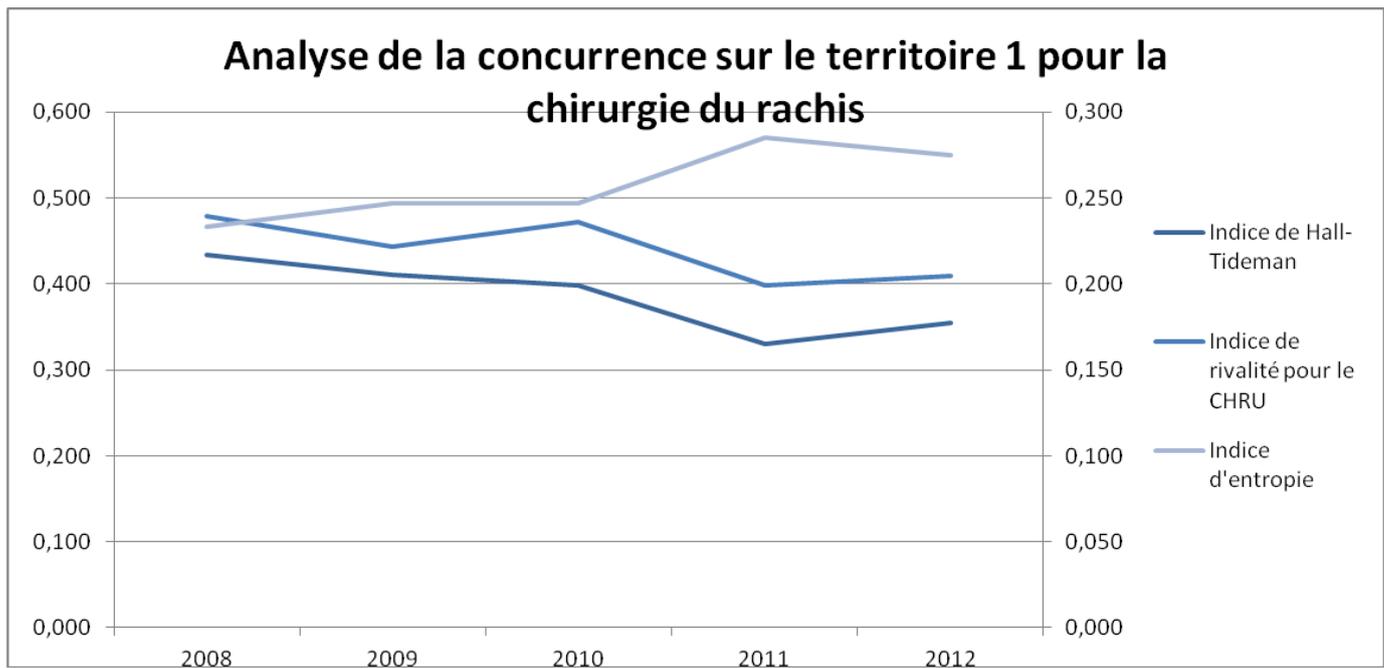
| Evolution des taux de recours pour la chirurgie du rachis | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| France | 1,9 | 1,96 | 2,04 | 2,06 | 2,14 | 2,2 |
| Bretagne | 1,73 | 1,7 | 1,72 | 1,77 | 1,88 | 1,97 |
| Territoire Brest/Carhaix/Morlaix | 1,93 | 1,76 | 1,78 | 1,88 | 1,85 | 1,92 |
| Territoire Quimper/Douarnenez/Pont l'Abbé | 2 | 1,82 | 1,97 | 2,12 | 2,05 | 2,15 |

6.3.5 Analyse de la concurrence sur le territoire de santé

Annexe V.4.3 : Indicateurs de concurrence sur le territoire de santé

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,488 | 0,457 | 0,484 | 0,413 | 0,419 |
| Indice de Hall-Tideman | 0,433 | 0,411 | 0,398 | 0,330 | 0,355 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | 0,479 | 0,443 | 0,472 | 0,399 | 0,409 |
| Indice d'entropie | 0,233 | 0,247 | 0,247 | 0,285 | 0,275 |

Annexe V.4.4 : Evolution de la concurrence sur le territoire de santé pour la chirurgie du rachis



6.3.6 Appréhension de la concurrence par arrondissements

Annexe V.4.5 : Indicateurs de concentration du marché par arrondissements

| Analyse de la concurrence par arrondissement pour la chirurgie du rachis | | | | |
|---|--------|------------|---------|---------|
| | Brest | Châteaulin | Morlaix | Quimper |
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,650 | 0,881 | 0,800 | 0,982 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | -0,139 | -0,055 | -0,090 | -0,009 |
| Indice d'entropie | 0,139 | 0,051 | 0,089 | 0,011 |

Annexe V.4.6 : Parts de marché pour la chirurgie du rachis

| Arrondissement | Brest | | Châteaulin | | Morlaix | | Autres Nombres d'actes | Total | |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------------------|-----------------|----------------|
| | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | | Nombres d'actes | Part de marché |
| CHU Brest | 422 | 78,88 | 133 | 93,66 | 154 | 89,02 | 724 dont 332 de Quimper | 1433 | 90,70 |
| Landerneau | 27 | 5,05 | 0 | 0,00 | 14 | 8,09 | 0 | 41 | 2,59 |
| Grand Large | 1 | 0,19 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 1 | 0,06 |
| Pasteur | 85 | 15,89 | 9 | 6,34 | 5 | 2,89 | 6 | 105 | 6,65 |
| Total | 535 | 100 | 142 | 100 | 173 | 100 | 730 | 1580 | 100 |

6.4 Analyse approfondie pour les affections cardio-vasculaires : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché

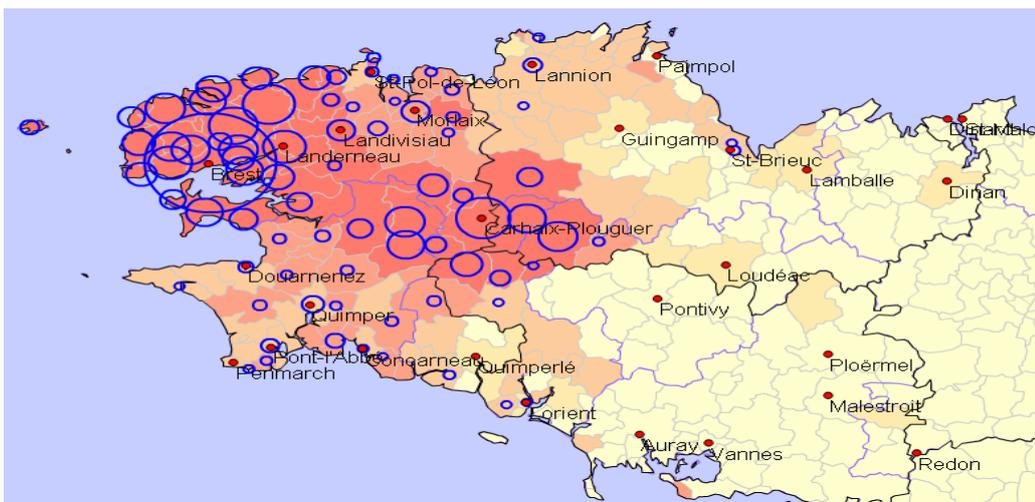
6.4.1 Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché pour les affections cardio-vasculaires

Annexe V.5.1 : Corrélation entre taux de recours et parts de marché pour les affections cardio-vasculaires

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Taux de recours pour la Bretagne | 13,19 | 13,49 | 13,1 | 12,96 | 12,95 |
| Taux de recours pour le territoire 1 | 13,01 | 15,47 | 15,83 | 16,22 | 12,88 |
| Parts de marché CHRU de Brest | 44,8 | 40,8 | 43,9 | 42,1 | 42,8 |
| Coefficient de corrélation | -0,473 | | | | |

Annexe V.5.2: Analyse des taux de recours de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU de Brest pour les affections cardio-vasculaires

| Evolution du taux de recours pour les affections cardio-vasculaires | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| France | 12,23 | 12,19 | 12,16 | 12,02 | 11,91 | 12,01 |
| Bretagne | 13,25 | 13,19 | 13,49 | 13,1 | 12,96 | 12,95 |
| Brest/Carhaix/Morlaix | 13,15 | 13,01 | 15,47 | 15,83 | 16,22 | 12,88 |
| Quimper/Douarnenez/Pont l'Abbé | 11,71 | 11,71 | 15,13 | 14,82 | 14,67 | 14,6 |
| St Brieuc/Guingamp/Lannion | 17,18 | 16,46 | 16,88 | 16,22 | 14,47 | 14,91 |



Le rouge le plus foncé correspond à un taux de recrutement de 10%, le jaune (et non le fond de carte) à un taux de recrutement de 1% (données PMSI-MCO 2012). Le cercle bleu représente le nombre de séjours par code postal de résidence. Le plus grand cercle équivaut à 811 séjours. Le CHRU a effectué 3838 séjours en 2012.

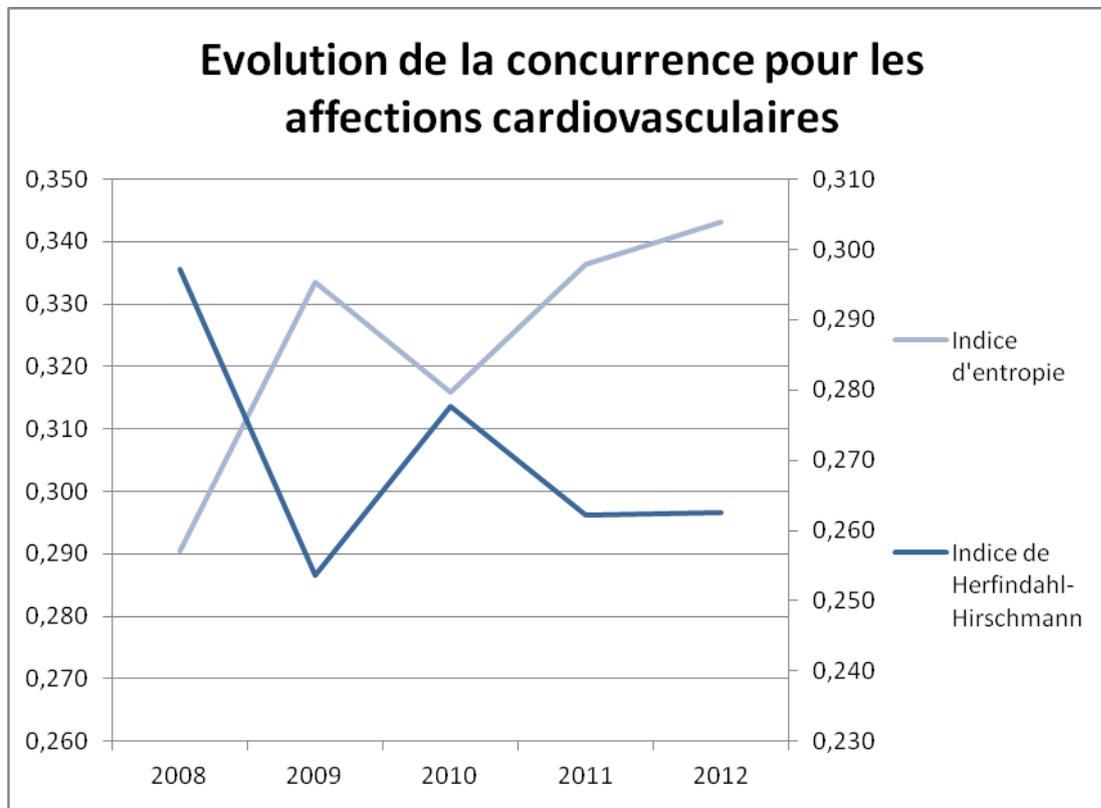
6.4.2 Analyse de la concurrence sur le territoire de santé

Annexe V.5.3 : Indicateurs de concurrence sur le territoire de santé

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,297 | 0,254 | 0,278 | 0,262 | 0,263 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | -0,151 | -0,154 | -0,161 | -0,159 | -0,165 |
| Indice d'entropie | 0,291 | 0,334 | 0,316 | 0,336 | 0,343 |

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,297 | 0,254 | 0,278 | 0,262 | 0,263 |
| Part de marché du CHRU de Brest | 44,80% | 40,80% | 43,90% | 42,10% | 42,80% |
| Coefficient de corrélation | 0,943 | | | | |

Annexe V.5.4 : Evolution de la concurrence sur le territoire de santé pour les affections cardio-vasculaires



6.4.3 Appréhension de la concurrence par arrondissements

Annexe V.5.5 : Indicateurs de concentration du marché par arrondissements

| Analyse de la concurrence par arrondissement pour les affections cardio-vasculaires | | | | |
|--|--------|------------|---------|---------|
| | Brest | Châteaulin | Morlaix | Quimper |
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,385 | 0,533 | 0,616 | 0,915 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | -0,198 | -0,177 | 0,486 | -0,041 |
| Indice d'entropie | 0,286 | 0,221 | 0,186 | 0,052 |

Annexe V.5.6 : Parts de marché pour les affections cardio-vasculaires

| Arrondissement | Brest | | Châteaulin | | Morlaix | | Autres | Total | |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------|-----------------|-----------------|
| | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | | Nombres d'actes | Nombres d'actes |
| CHU Brest | 1878 | 58,23 | 547 | 71,04 | 223 | 12,97 | 550 dont 153 de Quimper | 3198 | 49,62 |
| Landerneau | 264 | 8,19 | 18 | 2,34 | 41 | 2,39 | 4 | 327 | 5,07 |
| CH Morlaix | 18 | 0,56 | 122 | 15,84 | 1327 | 77,20 | 114 | 1581 | 24,53 |
| CMC Morlaix | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 0,12 | 2 | 4 | 0,06 |
| Grand Large | 300 | 9,30 | 21 | 2,73 | 88 | 5,12 | 9 | 418 | 6,49 |
| Pasteur | 42 | 1,30 | 9 | 1,17 | 5 | 0,29 | 5 | 61 | 0,95 |
| HIA | 530 | 16,43 | 34 | 4,42 | 18 | 1,05 | 40 | 622 | 9,65 |
| Keraudren | 172 | 5,33 | 7 | 0,91 | 15 | 0,87 | 7 | 201 | 3,12 |
| CH Crozon | 0 | 0,00 | 12 | 1,56 | 0 | 0,00 | 0 | 12 | 0,19 |
| CH Lesneven | 16 | 0,50 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 16 | 0,25 |
| CH St Renan | 5 | 0,16 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 5 | 0,08 |
| CH Lanmeur | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12 | 0,70 | 1 | 13 | 0,20 |
| Total | 3225 | 100 | 770 | 100 | 1719 | 100 | 731 | 6445 | 100 |

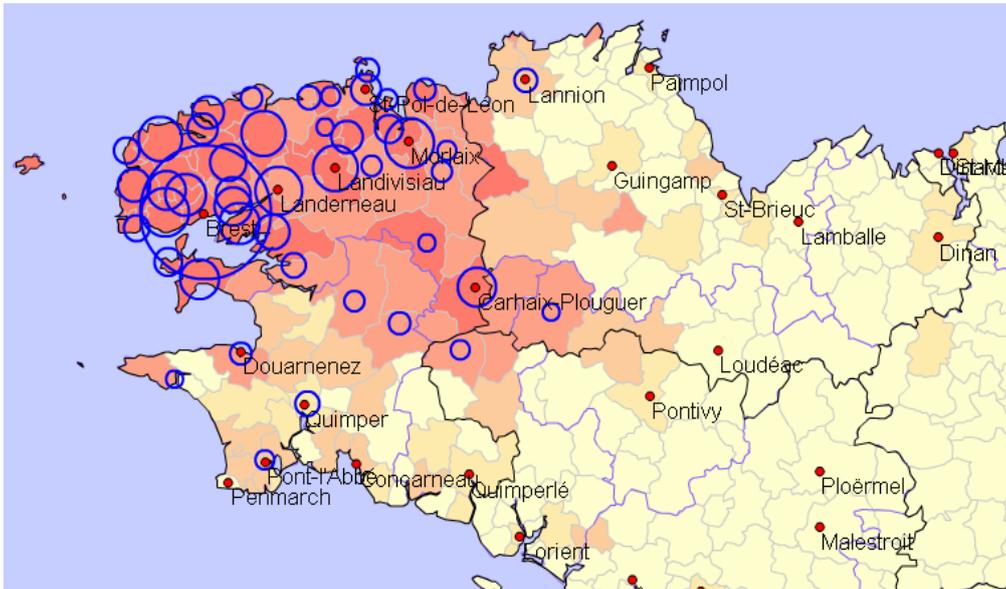
6.5 Analyse approfondie de la chirurgie urologique : évolution des taux de recours, caractéristiques concurrentielles du marché et parts de marché

6.5.1 Analyse des taux de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU pour la chirurgie urologique

Annexe V.6.1 : Corrélation entre taux de recours et parts de marché pour la chirurgie urologique

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Taux de recours pour la Bretagne | 2,2 | 2,34 | 2,4 | 2,6 | 2,71 |
| Taux de recours pour le territoire 1 | 1,86 | 2,04 | 2,14 | 2,31 | 2,42 |
| Parts de marché du CHRU de Brest | 42,8 | 41 | 44,3 | 43,8 | 41,1 |

Annexe V.6.2: Analyse des taux de recours de recours sur le territoire et des parts de marché du CHRU de Brest pour la chirurgie urologique



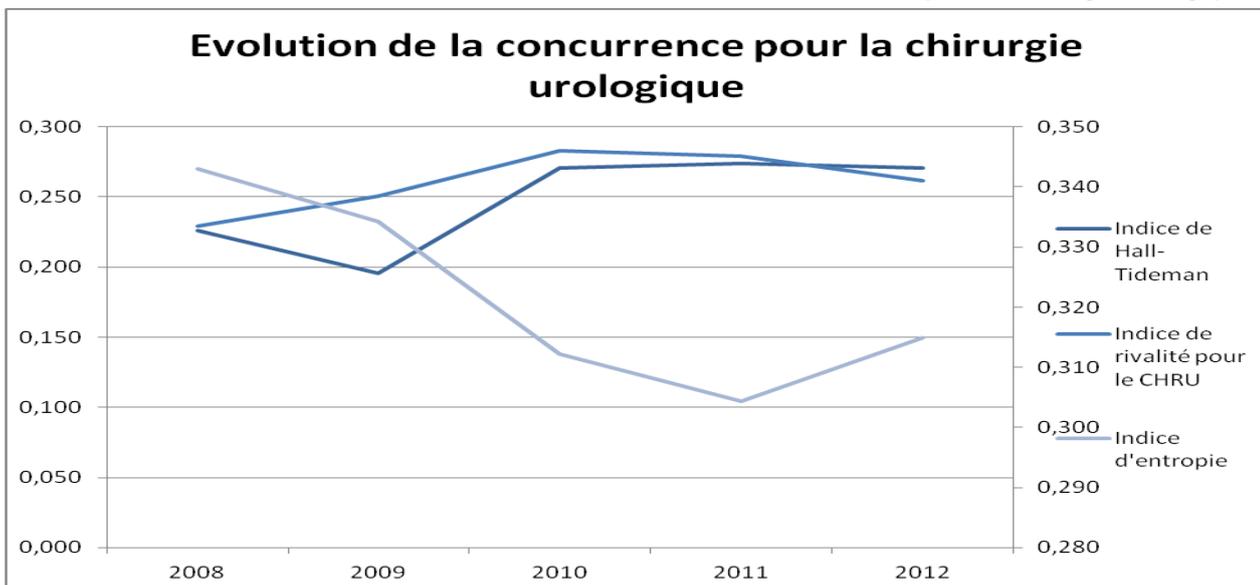
Le rouge le plus foncé correspond à un taux de recrutement de 26%, le jaune (et non le fond de carte) à un taux de recrutement de 2.33% (données PMSI-MCO 2012). Le cercle bleu représente le nombre de séjours par code postal de résidence. Le plus grand cercle équivaut à 261 séjours. Le CHRU a effectué 1167 séjours en 2012.

6.5.2 Analyse de la concurrence sur le territoire de santé

Annexe V.6.3 : Indicateurs de concurrence sur le territoire de santé

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,286 | 0,275 | 0,299 | 0,295 | 0,280 |
| Indice de Hall-Tideman | 0,226 | 0,195 | 0,271 | 0,274 | 0,270 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | 0,229 | 0,250 | 0,283 | 0,279 | 0,262 |
| Indice d'entropie | 0,343 | 0,334 | 0,312 | 0,304 | 0,315 |

Annexe V.6.4 : Evolution de la concurrence sur le territoire de santé pour la chirurgie urologique



6.5.3 Appréhension de la concurrence par arrondissements

Annexe V.6.5 : Indicateurs de concentration du marché par arrondissements

| Analyse de la concurrence par arrondissement pour la chirurgie urologique | | | | |
|---|--------|------------|---------|---------|
| | Brest | Châteaulin | Morlaix | Quimper |
| Indice de Herfindahl-Hirschmann | 0,400 | 0,427 | 0,261 | 0,991 |
| Indice de rivalité pour le CHRU | -0,058 | -0,172 | -0,080 | -0,005 |
| Indice d'entropie | 0,238 | 0,230 | 0,319 | 0,007 |

Annexe V.6.6 : Parts de marché pour la chirurgie urologique

| Arrondissement | Brest | | Châteaulin | | Morlaix | | Autres | Total | |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------------------|-----------------|----------------|
| | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | Nombres d'actes | Part de marché | | Nombres d'actes | Part de marché |
| CHU Brest | 376 | 45,80 | 73 | 59,84 | 110 | 34,06 | 704 dont 647 de Quimper | 1263 | 63,34 |
| Landerneau | 18 | 2,19 | 1 | 0,82 | 5 | 1,55 | 0 | 24 | 1,20 |
| CH Morlaix | 16 | 1,95 | 0 | 0,00 | 95 | 29,41 | 9 | 120 | 6,02 |
| CMC Morlaix | 2 | 0,24 | 22 | 18,03 | 68 | 21,05 | 5 | 97 | 4,86 |
| Grand Large | 2 | 0,24 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 2 | 0,10 |
| Pasteur | 53 | 6,46 | 3 | 2,46 | 7 | 2,17 | 4 | 67 | 3,36 |
| HIA | 1 | 0,12 | 0 | 0,00 | 1 | 0,31 | 0 | 2 | 0,10 |
| Keraudren | 353 | 43,00 | 23 | 18,85 | 37 | 11,46 | 6 | 419 | 21,01 |
| Total | 821 | 100 | 122 | 100 | 323 | 100 | 728 | 1994 | 100 |

6.6 Calcul de l'indice de Lerner pour deux types de prise en charge

6.6.1 Analyse de l'indice de Lerner pour deux actes dépendant des affections cardio-vasculaires

Annexe V.7.1 : Indice de Lerner sur les deux actes développés par la coopération entre le CHRU de Brest et le CH de Landerneau en cardiologie

| Calcul de l'indice de Lerner pour les deux types d'actes adressés depuis le CH de Landerneau en cardiologie | | | | |
|---|------------------|---------------------|---|------------------|
| | Nombre de venues | Recettes par venues | Recettes estimées pour l'adressage ²⁵⁴ | Indice de Lerner |
| Actes de type 3 coronarographies et angioplasties | 46 | 4 124 | 189 704 | 0,284 |
| Actes de type 1 électrophysiologie rythmologie | 28 | 7 361 | 206 108 | 0,295 |
| Indice de Lerner composite | 0,288 | | | |

| 254 | Coût marginal | Recettes marginales | |
|------------------|---------------|---------------------|-----------------|
| | | Consultation | Hospitalisation |
| CH de Landerneau | 64 000 | 21 063 | 0 |
| CHRU de Brest | 64 000 | 18 350 | 395 812 |

6.6.2 Analyse de l'indice de Lerner pour deux actes dépendant des endoscopies digestives et biliaires

Annexe V.5.1 : Indice de Lerner sur les endoscopies en ambulatoire développées grâce aux coopérations

| Calcul de l'indice de Lerner pour les endoscopies | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| | Endoscopies en ambulatoire | Endoscopies en actes externes |
| Coût marginal de l'activité | 307 751 | 232 231 |
| Nombre d'actes prévus | 660 | 440 |
| Coût marginal de l'acte | 466,29 | 527,80 |
| Prix du GHM | 724,78 | 615,63 |
| Part de marché pour le groupe de planification /GHM | 4,7 | 4,7 |
| Indice de Lerner | 0.0168 | 0.0067 |
| Indice de Lerner composite | 0.0127 | |

L'indice de Lerner prend des valeurs entre 0 et 1. Plus le pouvoir de marché est concentré et plus les firmes dans le marché se comportent comme un monopole, plus l'indice est élevé. À l'inverse, si le marché est en compétition pure et parfaite, L vaut 0²⁵⁵.

L'indice de Lerner peut être difficile à calculer car il exige de connaître le coût marginal par activité²⁵⁶. Le calcul a été effectué à partir des données mises en exergue par le contrôle de gestion pour la cardiologie et à partir des coûts ENCC pour les endoscopies. Il a été retranché, pour les endoscopies, de la décomposition des coûts par GHM les coûts liés au personnel puisque l'augmentation d'activité se fait à ETP constants.

²⁵⁵ En cas de guerre des prix, l'indice vaut 0. Ce risque n'existe pas dans le monde hospitalier où les prix sont fixés nationalement.

²⁵⁶ Cet indice est construit sur la structure de production de l'hôpital et non pas sur la structure du marché. Ainsi, une différence entre le prix et le coût marginal peut provenir de la volonté d'un établissement de couvrir ces coûts. C'est particulièrement vrai pour les hôpitaux qui connaissent des rendements d'échelle croissants.

7 Analyse critique d'une démarche construite de l'étude du ratio marge sur coûts variables

Annexe VI.1.1 : Calcul du taux de marge sur coûts variables pour les affections cardio-vasculaires et les endoscopies digestives

| | Chiffres d'affaires | | Coût marginal | Chiffres d'affaires | Marge sur coût variable ²⁵⁷ | Taux de marge sur coût variable ²⁵⁸ |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|--|--|
| | Consultation | Hospitalisation | | | | |
| Affections cardio-vasculaires | 18 350€ (+10% de l'activité) | 395 778€ | 64 000€ (médecin) | 500 620 € | 436 620€ | 87.22% |
| Endoscopies digestives en ambulatoire | Hospitalisation | Ambulatoire | | | | |
| | 270 877€ (+ 440 actes externes) | 478 354€ (+ 660 actes ambulatoires) | 307 751€ ²⁵⁹ pour l'ambulatoire ; 232 231€ pour les actes externes | 749 232€ | 209 249€ dans le calcul explicité ci-dessous, 350 000€ dans le calcul du CHRU ; | 24.63% pour nos calculs 46.71% dans les calculs du CHRU |

Ce tableau est l'illustration de l'importance de la structure de coûts pour déterminer le taux de marge. Le calcul est effectué avec les chiffres ENCC (coûts détaillés par GHM) pour les endoscopies et sur la base des informations du CHRU pour la cardiologie. L'intérêt à agir en termes de coopération est très différent. Deux raisons peuvent expliciter cela :

- la grande différence des coûts marginaux entre la base ENCC et les coûts de structure du CHRU ;
- la non prise en considération de certains coûts marginaux (liés à l'augmentation de l'activité) de la part du CHRU.

Un enseignement peut être tiré de ce résultat. Il apparaît difficile de construire une réflexion sur la décomposition des coûts ENCC si ceux-ci ne correspondent pas à la structure de coût de l'hôpital. Deux solutions peuvent être exhibées. Construire la propre décomposition des coûts par acte au sein de l'établissement ce qui demande un investissement conséquent du contrôle de gestion. Connaître les facteurs pour lesquels la structure de coût du CHRU est sensiblement différente peut être une seconde solution. Une fois ces écarts connus, il est possible de les corriger par un coefficient déterminé ou de redresser les résultats finaux de cette influence.

A partir de ces taux de marges sur coûts variables, il sera possible d'obtenir une vision claire de l'utilité de la coopération. En effet, le taux de marge sur coût variable mesure l'intérêt financier à agir pour un établissement. Il exprime la proportionnalité de la marge à l'activité. Plus il est élevé, plus l'établissement un intérêt à agir fort.

Annexe VI.1.2 : Analyse de l'influence d'une structure de coût sur la mesure du taux de marge

| | Prix du GHS | Coût variable dans la base ENCC (sans coût personnel) | Coût variable et part du coût fixe correspondante | Différence entre les deux types de coûts | Nombres d'actes prévus | Chiffres d'affaires |
|--|-------------|---|---|--|------------------------|---------------------|
| Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire | 724,78 | 466 | 560 | 93 | 660 | 478 355 |

²⁵⁷ Marges sur coûts variables = chiffres d'affaires – coûts variables soit $Marge_{cv} = C.A - c_v$

²⁵⁸ Taux de marge sur coût variable : $\tau_{mcv} = \frac{Marge_{cv}}{C.A}$

²⁵⁹ Chiffres obtenus à partir de la base ENCC de décomposition des coûts par GHM.

| | | | | | | |
|--|--------|-----|-----|-----|-----|---------|
| Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire | 615,63 | 528 | 639 | 111 | 440 | 270 877 |
|--|--------|-----|-----|-----|-----|---------|

| | Marge sur coûts variables | | Taux de marge marginal ²⁶⁰ | | Taux de marge sur coût variable | |
|--------------------------------|---------------------------|------------|---------------------------------------|---------|---------------------------------|---------|
| | Coûts 1 | Coûts 2 | Coûts 1 | Coûts 2 | Coûts 1 | Coûts 2 |
| Endoscopies ambulatoire | 170 603,28 | 109 005,80 | 55,44% | 29,51% | 35,66% | 22,79% |
| Endoscopies externes | 38 645,49 | -10 361,45 | 16,64% | -3,68% | 8,08% | -2,17% |
| Total | 209 248,77 | 98 644,35 | | | | |
| Indicateur synthétique | | | 39,92% | 16,23% | 24,63% | 12,81% |

Cela correspond à un chiffre d'affaires total de 749 232€, à une marge de 209 249€.

Cette annexe démontre la difficulté à calculer la marge sur coût variable. En effet, elle dépend beaucoup des coûts marginaux choisis. Outre la remarque précédente sur l'utilisation des bases de données de l'ENCC ; il est possible de remarquer que le taux de marge dépend fortement des coûts considérés. Il serait illusoire de considérer qu'*in fine* l'augmentation de l'activité et des moyens n'entraînent pas un accroissement des charges de structure. Ne prendre en considération que les coûts marginaux (comme dans le modèle Lillois) comporte, donc, un risque.

Ne prendre en considération que les charges variables (dus aux consommations intermédiaires : consommables, activités de radiologie, de laboratoire, etc.) fausse l'analyse. Même si l'accroissement des charges de structure ne sera pas proportionnel ; le délaisser affaiblit le raisonnement. Le tableau ci-dessus prend en compte ces deux types de coûts (selon les données ENCC).

De même, ne pas faire figurer dans les coûts ceux liés aux personnels peut rendre caducs les calculs. Il faut positionner le curseur au bon endroit entre l'accroissement de productivité des personnels présents et l'augmentation du temps paramédical et médical nécessaire à l'activité. Cette différence n'existe pas dans le cas d'espèce puisque l'augmentation de l'activité a lieu à moyens constants. Par contre, l'exemple de Landerneau est assez frappant sur ce fait. L'augmentation des recettes sur Landerneau est due à des gains de productivité (entre le nouveau praticien, ancien chef de clinique, et le praticien précédent en fin de carrière) alors que l'augmentation sur Brest est due à une augmentation du temps médical.

Par ailleurs, il semble que l'analyse du taux de marge sur coût variable peut être enrichie. Il indique la plus value attendue de la coopération. Il ne mesure qu'une partie de l'intérêt à agir. Il peut être positif pour deux types de coopérations alors que l'intérêt à agir est plus important pour un type de coopération que pour l'autre. Cet intérêt à agir se dégage notamment de l'analyse stratégique. Au niveau économique, il peut être appréhendé par la combinaison de la marge sur taux variable, du taux de marge marginal et de l'indice de Lerner. C'est ce qui est fait ici. Calculer ce dernier ne pose, ici, pas de problèmes puisque les coûts marginaux sont nécessairement connus pour calculer le taux de marge.

²⁶⁰ $Marge = p_{GHS} - c_t$ et $\tau_m = \frac{p_{GHS} - c_m}{c_m}$

8 Coûts de production d'une endoscopie et d'une intervention en chirurgie du rachis

Annexe VII.1.1 : Détermination des coûts de production d'une endoscopie en ambulatoire et d'un acte de chirurgie du rachis à partir de la structure de production du CHRU (case-mix et CREA)

| | Pour une endoscopie digestive | Pour une intervention majeure sur le rachis |
|---|-------------------------------|---|
| Titre 1 : Dépenses de personnel | 336 | 629 |
| <i>Dépenses de personnel non médical</i> | 249 | 429 |
| <i>Dépenses de personnel médical</i> | 87 | 201 |
| Titre 2 : Dépenses médicales | 139 | 128 |
| Titre 3 : Dépenses à caractère hôtelier et général | 11 | 42 |
| Titre 4 : Autres charges | 14 | 23 |
| | | 0 |
| Fonctions médico-techniques | 161 | 66 |
| Laboratoires | 33 | 36 |
| Imagerie | 10 | 26 |
| Blocs communs | 1 | 3 |
| Anesthésie | 49 | Non pertinent |
| Autres médico-techniques | | 0 |
| Endoscopies digestives | 1 | 0 |
| Autres prestations internes | 15 | 7 |
| Consultations interservices | 9 | 4 |
| Journées d'hébergement consommées | 6 | 3 |
| Structure et administration générale | 81 | 128 |
| Blanchisserie | 5 | 8 |
| Restauration | 16 | 6 |
| Logistique médicale | 28 | 20 |
| Autres charges indirectes | 131 | 162 |

NB : Ce travail fait l'hypothèse que tous les actes au sein d'un pôle utilisent les mêmes facteurs de production et en même quantité. En bref, que la quantité et l'allocation des ressources est iso-activité au sein d'un pôle. Naturellement, cette conjoncture est forte. Mais il n'est pas possible de s'en passer s'on ne dispose pas de renseignements plus précis sur la structure de production.

NB bis : Les frais liés à l'anesthésie appellent un commentaire. Comme les blocs opératoires sont dans le même pôle que les dépenses d'anesthésie, elles apparaissent comme des recettes (refacturation interne aux autres pôles) et non comme des coûts. Il convient de ne pas prendre en compte ce chiffre.

Annexe VII.1.2 : Coûts de production d'une endoscopie en ambulatoire et d'un acte de chirurgie du rachis selon la base ENCC

| | Endoscopie digestive en ambulatoire | Séjours comprenant une endoscopie digestive en ambulatoire | Interventions majeures sur le rachis, niveau 1 et 2 | Interventions majeures sur le rachis, niveau 3 et 4 |
|--|-------------------------------------|--|---|---|
| Dépenses cliniques | 192 | 177 | 1 274 | 3 602 |
| Dépenses soins intensifs, soins continus, réanimation | 0 | 0 | 59 | 1 655 |
| Dépenses totales Anesthésie | 118 | 1 | 554 | 700 |
| Dépenses totales Bloc | 94 | 29 | 748 | 917 |
| Dépenses totales Exploration fonctionnelle | 77 | 138 | 3 | 41 |
| Dépenses totales Imagerie | 2 | 12 | 41 | 207 |
| Dépenses totales Imagerie interventionnelle | 0 | 0 | 3 | 16 |
| Dépenses totales laboratoires B et P | 8 | 19 | 25 | 232 |
| Dépenses totales Laboratoire Hors nomenclature (AHN et BHN) | 8 | 14 | 5 | 57 |
| Dépenses totales Radiothérapie | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Dépenses totales SMUR et urgences | 1 | 16 | 11 | 30 |
| Dépenses autres moyens techniques | 0 | 0 | 17 | 162 |
| Dépenses logistique générale (services hôteliers, brancardage, etc.) | 209 | 190 | 801 | 2 486 |
| Dépenses logistique médicale (stérilisation, pharmacie, hygiène, etc.) | 41 | 38 | 219 | 422 |
| Charges directes y compris honoraires et rémunération à l'acte | 178 | 147 | 1 104 | 2 467 |
| Coût complet hors structure | 928 | 784 | 4 865 | 12 999 |
| Coûts de structure | 53 | 49 | 211 | 685 |

Annexe VIII.1.3 : Exemples de différentiels de coûts pour les endoscopies digestives

| | CHRU | Base ENCC | Différentiel |
|--------------------------------------|------|-----------|--------------|
| Dépenses de personnel | 336 | 185 | +82% |
| Laboratoires | 33 | 25 | +34% |
| Imageries | 10 | 7 | +49% |
| Logistique médicale | 28 | 60 | -53% |
| Structure et administration générale | 81 | 77 | +5% |

9 Indicateurs d'efficacité interne des services engagés dans des coopérations

Annexe VIII.1.1 : L'efficacité interne de services engagés dans les coopérations selon les données de la base de Reims

| | Hépto-Gastro-entérologie | | Urologie | |
|---|--------------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | CHRU de Brest | Médiane des CHU | CHRU de Brest | Médiane des CHU |
| IP DMS | 0.98 | 1.03 | 0.99 | 0.91 |
| Taux d'occupation | 92% | 90% | 85% | 79% |
| PMJ (RUL > 0j) | 512 | 488 | 693 | 691 |
| % de sévérité 3/4 | 20% | 27% | 12% | 15% |
| Nb IDE / AS pour 30 lits et place | 28.1 | 27.7 | 27.3 | 27.3 |
| Nb IDE / AS pour 1000 journées d'hospitalisation | 3 | 3.0 | 3.3 | 3.4 |
| ETP sénior pour 1 million de recettes | 1.03 | 1.01 | 0.74 | 0.77 |
| ETP médical pour 1 million de recettes | 1.84 | 1.84 | 1.48 | 1.49 |

10 Listes des personnes rencontrées et interrogées

10.1 Au CHRU de Brest

- F. Agaise, Responsable du Contrôle de gestion
- C. Auffret, Chargé de mission, Contrôle de gestion
- F. Brand, Attaché d'Administration Hospitalière, Direction des Finances
- F. Cholet, Praticien Hospitalier, Hépto-gastroentérologie
- A. Deffein-Lasnier, Attaché d'Administration Hospitalière, Contrôle de gestion
- P. El Saïr, Directeur Général
- B. Fenoll, Président de la CME
- G. Fournier, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Urologie
- A-M. Horellou, Directrice des Finances
- A. Lannou, Attaché d'administration Hospitalière, Direction des Affaires Médicales
- M. Le Berre, Médecin, Département d'Information Médicale
- C. Le Bonniec, Attaché d'administration Hospitalière, Direction des Achats Hôtelières et Logistiques
- J. Le Bonniec, Directeur adjoint aux finances, Directeur de la Facturation
- J. Mansourati, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Cardiologie
- C. Maringue, Directrice de la qualité
- G. Maringue, Directeur des Affaires Médicales, Maître de stage
- C. Ménager, Directrice de la Stratégie
- A. Morel, Attachés d'administration hospitalière, Direction des Ressources Humaines
- M. Robaszkiewicz, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Hépto-gastroentérologie
- K. Touboulic, Statisticienne, Département d'Information Médicale

10.2 Dans d'autres organisations

Mr Artot, Directeur du CH de Vierzon

Mme Auger, Directrice adjointe des services économiques, logistiques et techniques, CH de Roanne

Mr Bonnet, Inspecteur Général des Affaires Sociales

Mr Castex, Conseiller-maître à la Cour des Comptes, ancien Directeur des Hôpitaux (Actuelle Direction Générale de l'Offre de Soins), ancien conseiller du Président de la République

Mr Cazin, Doctorant, Ecoles des Mines et Fédération Hospitalière de France

Mr Chauchat, Ancien directeur des finances CHRU de Lille, chargé de mission ARS Nord-Pas-de-Calais

Mme Chevalier, Responsable du pôle de l'offre de santé, ARS Basse Normandie

Mme Cueille, Maître de Conférences en Sciences de Gestion, Université de Pau et des Pays de l'Adour

Mr Desmots, Directeur du CH de Chateauroux

Mme Dossier, Directrice des finances et du patrimoine, CH du Mans

Mme Jeune, Avocate, Cabinet d'avocat Houdart et Associés

Mr Joubert, Maître de conférences en Sciences Economiques, Université d'Avignon.

Mme Garo, Directrice de la filière Directeur d'Hôpital, EHESP

Mr Gaubert, Chargé des affaires financières, FHF

Mr Gouguet, Chargé des coopérations biomédicales, FHF

Mr Groseil, Directeur des finances du CHRU de Reims

Mr Guerrier, directeur des ressources humaines et médicales, CH de Dunkerque

Mr Lagardere, Directeur du CH de Seclin

Mr Le Bras, Directeur des CH de Lavar et Graulhet

Mr Louazel, Professeur, EHESP-Institut du Management

Mme Lyannaz, Directrice des finances du CH de Poissy-St Germain

Mr Michelet, Chargé de mission ARS Pays de la Loire

Mme Pages, Directrice des finances, CH Hôpital Nord Ouest-Villefranche-sur-Saône

Mr Phelep, Directeur du CH de Charleville-Mézières

Mr Quinquis, Directeur du CH de Bayeux

Mme Rochaix, Professeur des Universités, Paris School of Economics (Université Paris 1) & Hospinnomics (PSE et Assistance-Publique Hôpitaux de Paris)

Mr Rochette, Directeur du CH de Provins

Mr Segade, Inspecteur Général des Affaires Sociales

Mme Segui, juriste, Centre National de l'Expertise Hospitalière

Mr Vigneron, Professeur des Universités en géographie, Université de Montpellier

Mr Vinet, Directeur du CH de Villeneuve sur Lot

Mme Zimmermann, Directrice de la stratégie et des coopérations, CH de Valenciennes

PAUL

Erwann

Décembre 2014

EDH

Promotion 2013/15

Appréhension économique des coopérations hospitalières. Un essai de modélisation.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le mémoire cherche, en premier lieu, à objectiver une évolution perçue. Les coopérations ont longtemps été lancées pour répondre à des enjeux de démographie médicale, de capacités d'investissement ou plus généralement d'attractivité. Leur dynamique économique et leur faisabilité financière n'étaient considérées que dans un second temps. L'analyse économique était sommaire et pouvait s'apparenter à un calcul coût-recettes (peu d'éléments en termes de gain d'opportunité ou d'analyse marginale).

Cette vision restrictive des enjeux économiques liés à la coopération est révolue même s'il reste difficile de quantifier toute la plus value créée (effets de réputation, effets de fidélisation, sécurisation des parcours de soins, fidélisation des médecins et des patients, etc.). L'appréhension des intérêts économiques sous-jacents aux coopérations ne peut pas être opérée sans une analyse stratégique territoriale et une étude de la structure concurrentielle du marché. Elle doit détailler une méthode de calcul des coûts et des recettes de la coopération et s'attarder sur la valeur ajoutée engendrée et si possible, partagée entre les différents coopérants.

Néanmoins, la décision de coopérer n'est jamais purement économique et dépend d'une diversité d'éléments (position politique, motivation des acteurs, accord entre les partenaires, etc.). Elle s'inscrit dans une fenêtre d'opportunité. Elle doit avoir deux ambitions majeures : faciliter le parcours du patient et favoriser la qualité de la prise en charge et des soins.

La décision de coopérer doit s'appuyer sur une analyse économique plus construite. La réflexion engagée va dans ce sens. Elle met en exergue les principales lignes d'une analyse économique des coopérations et propose des idéaux-types de coopération (une catégorisation). Enfin, des outils (financiers et managériaux) d'aide à la décision sont construits et proposés. Ils visent à faciliter la prise décision des décideurs hospitaliers.

Mots clés :

Coopérations. Economie. Outils financiers. Aide à la décision. Modélisation. Typologie. Analyse stratégique.

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.