



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**Développer une nouvelle activité à
l'heure des GHT:
Exemple de la création d'un service de
Médecine nucléaire au sein du Centre
Hospitalier de Libourne**

Aurore MASQUELIER

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Michel BRUBALLA, chef d'établissement durant la première partie de mes stages, pour l'accueil qu'il m'a réservé au sein de son équipe, pour sa porte toujours ouverte et ses conseils avisés.

Je remercie Monsieur Christian SOUBIE, chef d'établissement depuis le 1^{er} mai 2018, pour avoir maintenu la qualité de cet accueil durant la seconde partie de mes stages et pour sa rigueur, qui m'a permis d'améliorer la qualité de mes travaux.

Pour la confiance qu'il m'a témoignée en me confiant ce projet, je remercie Monsieur Christian GARGAM, directeur des affaires médicales. Merci, cher Christian, pour ton accompagnement bienveillant, pour l'autonomie que tu m'as laissé dans la conduite de ce projet et pour ta bonne humeur, qui a égayée ce travail.

Pour la qualité de sa contribution au projet de création d'un service de Médecine nucléaire, je tiens à remercier Monsieur Philippe SAMSON, directeur des travaux et des fonctions techniques. Merci, cher Philippe, pour la qualité de ton expertise et pour la pédagogie dont tu as fait preuve envers moi.

Pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire, je remercie chaleureusement Monsieur Fabrice PRIGNEAU, directeur de la qualité et de la gestion des risques, maître de stage investi et sage conseiller, et Monsieur David RIVIERE, directeur des affaires financières et compagnon de route bienveillant. Merci, chers collègues, pour avoir répondu présent quelles que soient les contraintes d'agenda, pour votre écoute et votre soutien.

Pour leur aide dans la réalisation du projet à l'origine de ce mémoire, je tiens à remercier Monsieur David KARLE, directeur du Groupe hospitalier Saint André, Madame la Professeure Laurence BORDENAVE, cheffe du service de Médecine nucléaire Sud et Pellegrin, Monsieur le Professeur Philippe FERNANDEZ, responsable du service de médecine nucléaire de Pellegrin, Monsieur Nicolas BALAMOUTOFF, chef de clinique au sein du service de Médecine nucléaire Sud et Pellegrin, ainsi que l'ensemble de l'équipe du service de Médecine nucléaire du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

Sommaire

Introduction.....	6
I. Le GHT Alliance de Gironde : un appui incertain au développement de l'offre de soins publique sur le territoire.....	9
I.1. Le rôle particulier conféré à l'établissement support soulève des inquiétudes quant à la capacité des établissements parties de développer leurs activités.....	9
I.1.1. La mutualisation de la fonction achat contraint la capacité des établissements parties à investir.....	9
I.1.2. Le positionnement stratégique du Centre Hospitalier de Libourne amoindrit la dichotomie établissement support / établissements parties.....	11
I.2. Le GHT peut être l'opportunité de développer une stratégie de coopération visant à renforcer le positionnement de l'offre de soins publique.....	15
I.2.1. Le projet de création d'un service de médecine nucléaire au sein du CH de Libourne s'inscrit dans une stratégie destinée à conforter le positionnement de l'offre publique de soins.....	18
I.2.2. Le choix de la coopération publique : une décision qui induit une nécessaire prise de risque mesurée pour le Centre Hospitalier de Libourne.....	16
II. Le projet de création d'un service de médecine nucléaire au Centre hospitalier de Libourne : une coopération publique d'avenir ?.....	23
II.1. L'inscription du projet dans le cadre d'une stratégie publique commune favorise l'investissement des acteurs.....	23
II.1.1. Le caractère institutionnel du projet permet au Centre hospitalier de Libourne de disposer d'un accès assuré à l'expertise du CHU de Bordeaux.....	23
II.1.2. Les travaux réalisés avec les équipes du CHU de Bordeaux permettent de déterminer les principales orientations et caractéristiques du projet.....	27
II.2. La démarche projet issue de la coopération publique ne suffit à confirmer l'opportunité du projet pour le Centre hospitalier de Libourne.....	32
II.2.1. L'expertise complémentaire d'autres acteurs est nécessaire pour évaluer l'opportunité économique du projet.....	32
II.2.2. La réussite du projet nécessite la structuration d'une coopération approfondie.....	37
Conclusion.....	40
Bibliographie.....	41
Liste des annexes.....	43

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé ;
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation ;
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux ;
COM : Commission des marchés du GHT Alliance de Gironde ;
CECOMA : Cellule juridique Commune des marchés du GHT Alliance de Gironde ;
CH : Centre hospitalier ;
CHU : Centre hospitalier universitaire ;
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
DIM : Département d'Information Médicale ;
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire ;
GHT : Groupement hospitalier de territoire ;
HAD : Hôpital à Domicile ;
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique ;
PACS: Picture Archiving, Communication System;
PCR: Personnel Compétent en Radioprotection;
PGFP: Plan Global de Financement Pluriannuel;
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé ;
PRS : Projet Régional de Santé ;
RIS : Radiologic Information System ;
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins ;
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ;

Introduction

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dispositif introduit par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, sont un dispositif conventionnel obligatoire par lequel les établissements publics de santé d'un même territoire s'engagent à se coordonner autour d'un projet médical partagé. A l'appui de cette coordination, la loi prévoit la mutualisation de plusieurs fonctions supports (système d'information, achats, département d'information médicale, formation), mesure dont l'application concentre actuellement les efforts de nombreux établissements. La mise en œuvre de ces mutualisations repose sur la distinction entre établissements parties au GHT et établissement support du GHT : au sein de chaque GHT, est désigné un établissement support qui assure pour le compte des établissements parties les fonctions désignées par la loi. Au-delà d'une homogénéisation des pratiques, ces mutualisations sont, dans l'esprit de la loi, nécessaires pour qu'un projet médical partagé puisse être mis en œuvre.

Ainsi, concomitamment aux changements opérationnels qu'ils emportent, les GHT modifient durablement le cadre d'analyse stratégique des établissements publics de santé, entendu ici comme la représentation de son environnement à partir duquel un établissement va se situer et construire sa stratégie. En effet, les relations entre offreurs de soins sur un territoire donné se trouvent modifiées par l'introduction de ce nouvel outil de coopération qui a, en premier lieu, pour effet d'inciter les établissements publics à collaborer et à se structurer en réseau d'entités complémentaires, la concurrence désignant désormais pour eux exclusivement les offreurs de soin privés. En ce premier sens, donc, la concentration des acteurs simplifierait le cadre d'analyse stratégique des établissements publics de santé et favoriserait l'émergence d'une stratégie commune et univoque. Pour autant, le rôle particulier dévolu à l'établissement support interroge la manière dont cette stratégie commune est élaborée et la participation des établissements parties à ce travail d'élaboration.

S'il est vrai que les GHT astreignent les établissements publics de santé à développer une stratégie commune, la question de la construction de cette stratégie est complexe. Selon l'article L.6141-1 du Code de la Santé Publique, « *les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat. [...] Ils sont dotés d'un Conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire* ». La loi du 26 janvier 2016 ne remet donc pas en cause la personnalité morale des établissements de santé : en principe, la gouvernance interne des établissements de santé est inchangée et le directeur, assisté par les différentes instances internes, élabore et met en œuvre la stratégie qui lui semble

appropriée. Pour autant, en introduisant les GHT et en confiant un rôle particulier à l'établissement support eu égard aux mutualisations qui les accompagnent, en particulier la mutualisation de la fonction achats, la loi contraint fortement la capacité des établissements parties à mettre en œuvre leurs décisions stratégiques.

En effet, l'article R 6132-16-1 du Code de la Santé Publique, introduit par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 définit le périmètre de la fonction achat confiée à l'établissement support comme suit : « *la fonction achats comprend les missions suivantes :*

1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;

2° La planification et la passation des marchés ;

3° Le contrôle de la gestion des achats ;

4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. »

Ainsi, à travers la mutualisation de la fonction achats du GHT, l'établissement support se voit-il confier un rôle d'arbitrage en matière d'investissement. Autrement dit, toute décision stratégique mettant en œuvre un investissement doit nécessairement être approuvée par l'établissement support, ce qui suppose qu'elle s'inscrive dans le cadre de la stratégie commune qu'il a la charge de mettre en œuvre.

L'investissement peut être défini comme « *l'opération réalisée par un agent économique consistant à obtenir des biens de production (machines, bâtiments, équipements, etc.). L'investissement représente alors un accroissement de son capital technique [...] l'investissement est une dépense destinée à maintenir ou à accroître son potentiel productif*¹ ». Cette définition nous invite à interroger l'impact des GHT quant à la capacité des établissements parties à développer de nouvelles activités de soins. En effet, un développement d'activité suppose un investissement, lequel fait désormais nécessairement intervenir un nouvel acteur, l'établissement support, dont l'arbitrage a pour objectif de situer l'ensemble des investissements dans le cadre d'une politique territoriale commune. Il semble donc qu'en matière de développement d'activité, ce dispositif se traduise par une complexification à la fois du cadre d'analyse stratégique des établissements publics de santé et de la prise de décision.

Ainsi, les GHT et les mutualisations dont leur mise en œuvre s'accompagnent invitent à questionner la capacité des établissements du secteur public à développer de nouvelles activités : dans quelle mesure les GHT et le rôle conféré à l'établissement support

¹ CAPUL Jean Yves et GARNIER Olivier. Dictionnaire d'Economie et de Sciences sociales, p 225.

impactent-ils la capacité des établissements parties à développer de nouvelles activités ? Comment la coopération stratégique introduite par la loi du 26 janvier 2016 se traduit-elle en matière de développement d'une nouvelle activité de soin ? C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre à partir d'un exemple, celui de la création d'un service de médecine nucléaire au sein du Centre Hospitalier (CH) de Libourne.

Membre du GHT Alliance de Gironde, dont l'établissement support est le CHU de Bordeaux, le CH de Libourne jouit d'un positionnement favorable sur le territoire. Il dispose d'une offre de soin complète qui en fait le deuxième offreur public de soin du territoire, soit :

- 577 lits et places pour le secteur Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) ;
- 114 lits et places pour le secteur Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ;
- 218 lits et places en Psychiatrie ;
- 340 places d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et 50 places en Foyer d'Accueil Médicalisé.

La stratégie de cet établissement est historiquement tournée vers le développement de son offre de soin, laquelle l'amène aujourd'hui à envisager d'installer sur son site une activité de médecine nucléaire reposant sur l'exploitation d'une Gamma Caméra et d'un TEP Scanner. L'opportunité de développer cette activité est concomitante, nous le verrons, avec la mise en place du GHT Alliance de Gironde : ce projet constitue donc une occasion particulière d'examiner la manière dont la mise en œuvre de cette modalité de coopération infléchit ou non la stratégie de l'établissement.

Si l'étude du projet libournais ne peut nous permettre d'apporter une réponse générale à la question posée, notamment du fait de l'hétérogénéité des GHT sur le territoire français, elle nous permettra de montrer qu'en dépit des inquiétudes qu'ils soulèvent, les GHT peuvent constituer un levier permettant de développer une stratégie commune de développement de l'offre de soin publique (1). Pour autant, ce même exemple nous permettra de montrer que la stratégie de coopération publique ne permet pas nécessairement de ramener la part d'aléa que comporte le projet à un niveau acceptable (2).

1 Le GHT Alliance de Gironde : un appui incertain au développement de l'offre de soins publique sur le territoire

1.1 Le rôle particulier conféré à l'établissement support soulève des inquiétudes quant à la capacité des établissements parties de développer leurs activités

1.1.1 La mutualisation de la fonction achat contraint la capacité des établissements parties à investir

Ainsi que nous avons commencé à le voir dans notre introduction, la mutualisation de la fonction achat qui accompagne la mise en œuvre des GHT interroge la capacité du CH de Libourne à développer une activité de médecine nucléaire. En effet, l'analyse du Règlement Intérieur de la fonction achat du GHT Alliance de Gironde met en évidence une difficulté, inhérente au dispositif prévu par la loi, quant à la répartition des rôles entre établissement support et établissements parties :

- D'une part, il y est inscrit que « *l'établissement partie est maître de l'opportunité, de la nature et du volume de son besoin* » ;
- D'autre part, le document confirme le rôle majeur confié à l'établissement support en tant qu'il est « *chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés publics et de leurs avenants* ».

Ainsi, la répartition des rôles est fondée sur une distinction entre le bien fondé de l'achat, dont l'établissement partie reste seul juge et la pertinence de l'achat du point de vue économique, dont la responsabilité est confiée à l'établissement support. Ceci nous invite à conclure que la mutualisation de la fonction achat, si elle n'exerce pas une contrainte directe sur la capacité des établissements à investir, contraint néanmoins celle-ci en ce qu'elle lui impose des conditions. Or, le fait que ces conditions doivent être respectées pour que l'investissement puisse avoir lieu exerce une contrainte indirecte sur l'expression du besoin. Le dispositif aboutit ainsi à une contradiction entre autonomie conservée par l'établissement support et affirmation d'une relation de subordination eu égard à l'établissement support.

Le cas particulier des marchés de travaux est distingué dans le cadre du règlement intérieur du GHT Alliance de Gironde. Le texte rappelle que « *la qualité de Maître d’Ouvrage n’est pas transférable* ». En conséquence, les opérations de travaux « *ne peuvent être mutualisables et ne peuvent être soumises à un contrôle d’opportunité de l’établissement support* ». Cet extrait surprend puisqu’il limite l’impossibilité de contrôler l’opportunité aux opérations de travaux alors même que le texte cité plus haut affirme que l’établissement partie reste maître de l’opportunité en tous les cas. Cette contradiction se confirme lorsqu’on examine la manière dont la particularité des opérations de travaux est prise en compte en pratique :

- Pour les opérations de travaux d’un montant inférieur à deux millions d’euros, une délégation de signature est accordée à un représentant de l’établissement membre, en l’occurrence le Directeur des fonctions techniques et des travaux. Notons au passage que le chef d’établissement est dans l’impossibilité de bénéficier de la délégation accordée à son adjoint ;
- Pour les opérations de travaux d’un montant supérieur à deux millions d’euros, le texte prévoit que « *des délégations seront accordées spécifiquement en fonction des éléments de la fiche [d’expression du besoin] complétée par l’établissement partie et validée par la CECOMA²* ».

On voit ainsi que les opérations de travaux, lorsque le montant est supérieur à 2 millions d’euros subissent elles aussi une forme de contrôle, dont la formulation est assez floue et qui comporte le risque de contraindre l’expression du besoin.

Un autre argument en faveur de la contrainte exercée, du fait de la mutualisation de la fonction achat, sur la capacité des établissements parties à investir, consiste dans l’objectif de convergence des marchés. Cet objectif est inscrit au règlement intérieur de la fonction achat du GHT Alliance de Gironde avec une échéance fixée au 31/12/2020. Pour organiser cette convergence, la fonction achat mutualisée est organisée en filières d’achat (ANNEXE n°1 : Organisation de la fonction achat mutualisée du GHT Alliance de Gironde). Ces filières ont pour mission de consolider les besoins et de participer à l’élaboration de la stratégie d’achat par segment d’achat. Or on constate dans les faits que la stratégie achat du GHT est impulsée par l’établissement support et est clairement orientée vers le recours croissant aux groupements d’achat, en particulier UniHA dont il est un membre historique. Ainsi, la participation des établissements parties à la structuration de l’offre à laquelle ils accèdent est contrainte par les orientations stratégiques prises par l’établissement support, ce qui n’est pas sans conséquence quant à la capacité à investir des établissements parties. En

² CECOMA : cellule juridique commune des marchés, unité chargée de valider les marchés passés dans le cadre du GHT et en particulier de leur conformité à la réglementation.

effet, ceux-ci constatent déjà une augmentation des prix sur certains segments de marché liée à la modification de l'offre induite par l'objectif de convergence : pour ces établissements, la négociation bilatérale avec les entreprises pouvait aboutir à des résultats économiques plus favorables. Ainsi, la mutualisation de la fonction achat est susceptible d'impacter le coût de l'investissement et le risque inflationniste qu'elle comporte pour les établissements parties génère une incertitude sur les coûts et nuit à l'initiative.

Enfin, la mutualisation de la fonction achat introduit une complexité importante dans le processus d'achat (ANNEXE n°2 : Processus d'achat du GHT Alliance de Gironde). Les agents concernés au CH de Libourne pointent en particulier que l'organisation mise en place démultiplie les allers retours entre les différents acteurs et instances impliqués dans le processus. Ce phénomène est amplifié par le fait que l'acculturation des agents des établissements parties aux pratiques et au formalisme demandés par le CHU de Bordeaux ne va pas de soi et soulève la question des compétences de ces agents. En conséquence, les délais fixés par la procédure en place (ANNEXE n°3 : Durées indicatives de préparation des phases d'achat) sont en général largement dépassés et le CH de Libourne constate des retards systématiques d'une durée de 4 à 5 mois sur l'ensemble opérations de travaux depuis la mutualisation de la fonction achat du GHT. C'est par exemple le cas de l'opération d'extension du service d'hémodialyse, actuellement saturé, pourtant indispensable pour répondre aux besoins de santé de la population locale. Le CH de Libourne a suivi la procédure mise en place dans le cadre de fonction achat mutualisée : la fiche opération décrivant les travaux a été transmise en février, et les éléments nécessaires³ au passage en Commission des Marchés (COM) de cette opération ont été transmis à l'établissement support courant avril. Le 11 juin, l'établissement support revient vers le CH de Libourne pour signaler une erreur juridique. Après consultation de son juriste, lequel conteste l'erreur signalée, la direction de l'établissement répond en sollicitant par courrier un maintien du passage en COM le 19 juillet. Le 26 juin, l'établissement support revient vers l'établissement avec une demande de déclarer la procédure sans suite et d'en publier une nouvelle. Le CH de Libourne répondra rapidement à cette demande pour que l'examen du dossier le 19 juillet puisse être maintenu : la publication de l'avis de marché, après examen par le CHU de Bordeaux, sera effective au 26 juillet, avec pour conséquence un report au mois d'octobre de son passage en COM. Ces situations de blocage, récurrentes, contribuent à détériorer les relations entre les deux établissements. Elles mettent en lumière le fait que l'alignement du CH de Libourne sur les procédures de l'établissement support généralisées par la mutualisation de la fonction achat induit la perte de la souplesse et de la réactivité qui lui permettait d'avoir une politique d'investissement particulièrement dynamique.

³ Fiche d'opération, règlement de consultation, avis de publicité et rapport d'analyse des offres.

L'ensemble des éléments analysés ci-dessus à partir de l'exemple du GHT Alliance de Gironde vont dans le sens d'une asymétrie entre établissements parties et établissements support, qui contraint la capacité à investir des premiers. Cette contrainte s'exerce tant sur l'expression du besoin, la détermination de l'offre adéquate, que sur les coûts et les délais liés à un achat. Pour autant, nous allons voir à partir de l'exemple libournais que le positionnement stratégique de l'établissement partie peut atténuer l'asymétrie entre établissements parties et établissement support et les conséquences que celle-ci emporte quant à la capacité des premiers à investir.

1.1.2 Le positionnement stratégique du Centre Hospitalier de Libourne amoindrie la dichotomie établissement support / établissements parties

Situé en Nouvelle Aquitaine (voir ANNEXE n°4 : Cartographie des GHT de Nouvelle Aquitaine), le GHT Alliance de Gironde comprend⁴ :

- Le Centre Hospitalier d'Arcachon ;
- Le Centre Hospitalier de Bazas ;
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, établissement support du GHT ;
- Le Centre Hospitalier de Cadillac ;
- Le Centre Hospitalier Charles Perrens ;
- Le Centre Hospitalier de Haute Gironde ;
- Le Centre Hospitalier de Libourne ;
- Le Centre Hospitalier Sud-Gironde Langon-La Réole ;
- Le Centre Hospitalier de Sainte Foy la Grande ;
- Le Centre de soins – maison de retraite de Podensac.

Ce groupement couvre ainsi un territoire de santé qui correspond au département de la Gironde, 2^e département le plus vaste de France après la Guyane. La configuration de ce groupement reprend celle de la Communauté Hospitalière de Territoire Alliance Gironde, créée le 16 mars 2015 et à laquelle il succède. L'antériorité de la coopération entre les établissements publics girondins, qui se trouve renforcée par le dispositif des GHT, montre une volonté forte de coopérer et de travailler ensemble à la structuration de filières publiques de soins sur le territoire.

⁴ Arrêté du 1^{er} juillet 2016 fixant la composition du Groupement hospitalier Alliance de Gironde.

Selon les chiffres publiés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour l'année 2017⁵, sur les 1 728 899 séjours produits en Nouvelle-Aquitaine, 566 847 séjours (soit 33%) sont attribuables aux établissements de santé publics qui composent le GHT Alliance de Gironde, ce qui fait de celui-ci le premier offreur de soins en volume des 12 GHT de la grande région. Cette offre de soins n'est pas également répartie entre les différents établissements qui composent le GHT, lequel se caractérise par une hétérogénéité importante de ses membres, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau n°1 : Répartition de l'offre de soin du GHT Alliance de Gironde pour 2017⁶

Etablissement	Médecine		Chirurgie		Gynéco obstétrique		Psychiatrie		Moyen séjour		Long séjour		Hébergement	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
CH d'Arcachon	106	5	52	5	18	7	-	-	20	5	-	-	-	-
CH de Bazas	18	1	-	-	-	-	-	-	43	9	-	-	130	9
CH de Cadillac	-	-	-	-	-	-	686	48	-	-	-	-	-	-
CH Charles Perrens	-	-	-	-	-	-	581	41	-	-	-	-	-	-
CH de la Haute Gironde	50	2	28	2	15	6	-	-	30	7	34	13	116	8
CH de Libourne	346	15	175	15	40	15	148	10	115	26	-	-	342	23
CH de Sainte Foy la grande	39	2	-	-	-	-	-	-	60	14	60	23	188	12
CH Sud Gironde	101	4	62	6	18	7	-	-	40	9	-	-	327	22
CHU de Bordeaux	1630	71	829	72	171	65	15	1	133	30	120	45	178	11
TOTAL	2290	100	1146	100	262	100	1430	100	441	100	264	100	1510	100

Les données présentées ci-dessus montrent que plusieurs profils se dégagent parmi les établissements membres du GHT Alliance de Gironde :

- Celui du CHU de Bordeaux, établissement support du GHT, qui concentre une partie très importante de l'offre, en particulier en MCO ;
- Celui des petits centres hospitaliers, qui conservent une activité MCO de proximité ;
- Celui des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- Celui du Centre Hospitalier (CH) de Libourne, qui se distingue par une offre de soin complète et dont le volume, bien que non comparable à celui du CHU de Bordeaux, est important.

⁵ Ces chiffres correspondent pour l'année 2017 à l'ensemble de l'activité MCO hors séances.

⁶ Les chiffres présentés proviennent des fiches établissements consultables via l'annuaire de la FHF. La date d'actualisation présentée sur chaque fiche correspond à l'année 2017 bien que les mois et jours puissent être différents.

Le CH de Libourne se distingue également par une situation qui favorise l'attractivité médicale : proche du CHU, accessible rapidement à partir de Bordeaux grâce aux transports en commun et doté d'un plateau technique complet, le CH de Libourne suscite l'intérêt des médecins. En comparaison du CHU, il facilite également l'accès des médecins qui le souhaitent à des responsabilités. Ainsi, dans un contexte pourtant marqué par une pénurie des ressources médicales, l'établissement peine moins à recruter, toutes disciplines médicales confondues, que les centres hospitaliers de proximité voisins. En 2017, l'effectif médical au sein du CH de Libourne s'élève à 252 médecins dont :

- 154 praticiens hospitaliers ;
- 37 assistants des hôpitaux ;
- 33 praticiens contractuels ;
- 28 praticiens attachés.

Ces chiffres, auquel s'ajoute l'accueil de 85 internes, résidents et étudiants en médecine, témoigne du dynamisme particulier du recrutement médical au sein de l'établissement, lequel lui permet de développer ses activités sans que la disponibilité des ressources médicales soit un obstacle. Dans le cas du projet de création d'un service de médecine nucléaire, les échanges avec l'ARS ont fait apparaître que l'attractivité de l'établissement est un argument fort en faveur de sa candidature. Elle constitue aussi une des motivations de l'équipe médicale du CHU à collaborer dans la mesure où elle lui permet de proposer aux médecins nucléaires en cours de formation un débouché supplémentaire à proximité.

L'attractivité médicale dont jouit l'établissement lui confère par un rôle particulier sur le territoire Nord Gironde. En effet, sur cette partie du département, l'offre de soin publique se compose de 3 établissements de santé (dont le CH de Libourne):

- Le CH de Sainte Foy la Grande : cet établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Libourne depuis 2005 et bénéficie de cette coopération qui lui permet notamment de maintenir une activité de MCO de proximité ;
- Le CH de Haute Gironde : il existe des partenariats entre les deux établissements (activité de cardiologie, de pédiatrie, mutualisation du DIM, etc.) encouragés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui permettent là aussi de maintenir une offre de proximité en répondant aux difficultés d'attractivité médicale.

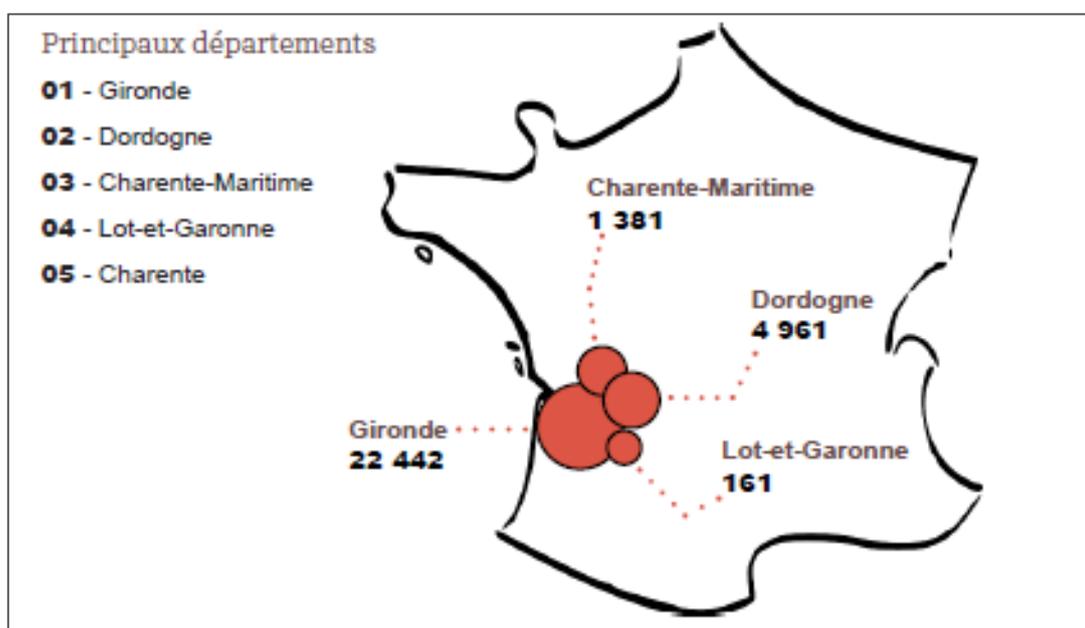
Par ailleurs, le CH de Libourne a récemment racheté la Clinique Chirurgicale du Libournais, située en face du site principal. Il s'agit d'un établissement de santé spécialisé en MCO qui dispose de 54 places en hospitalisation conventionnelle et 19 places en chirurgie ambulatoire. L'acquisition de cette structure vise à renforcer la complémentarité de l'offre de soins des deux établissements et ouvre des perspectives en matière d'optimisation des

ressources humaines et matérielles. Le rapprochement de ces deux établissements, en cours de structuration via la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), s'inscrit dans une stratégie de coopération publique/privée destinée à conforter le positionnement respectif des deux acteurs. A l'appui, également, de ce positionnement particulier du CH de Libourne sur le territoire Nord Gironde, on peut également citer l'implication de l'établissement dans les structures suivantes :

- L'Hôpital à Domicile (HAD) des Vignes et des rivières, autorisé pour 46 places ;
- L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Coutras, en direction commune avec le CH de Libourne ;
- Le Centre de Santé hospitalo-communal de Coutras, fruit d'une association tripartite entre l'ARS, la commune et le CH de Libourne. L'extension de ce mode de coopération, destiné à apporter une réponse à la désertification médicale sur le territoire de santé, à la commune de Sainte Foy la Grande est actuellement envisagée.

Le positionnement particulier du CH de Libourne est également observable lorsqu'on considère l'attractivité de l'établissement, comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique n°1 : Répartition des patients accueillis en 2017 par département d'origine⁷



⁷ Ces chiffres sont issus du document, élaboré en interne, qui présente les chiffres clés de l'établissement, actualisé annuellement. Actualisés en 2018, ces chiffres portent sur l'activité 2017.

Ce graphique montre que l'attractivité du CH s'étend aux départements limitrophes, ce qui témoigne du rôle essentiel de celui-ci pour répondre aux besoins de santé de la population.

Les éléments présentés ici témoignent du positionnement particulier du CH de Libourne en tant qu'offre publique de soin sur la partie nord du département. Offre de soin incontournable sur ce territoire, le CH de Libourne y est l'établissement de référence pour les missions de premier recours. On constate ainsi une partition naturelle du territoire couvert par le GHT entre :

- Le territoire sud Gironde, sur lequel l'influence du CHU de Bordeaux domine ;
- Le territoire nord Gironde, sur lequel le CH de Libourne détient un leadership relatif.

Cette partition du territoire est de nature à infléchir la distinction entre établissement support et établissement partie en matière de capacité de l'établissement à développer son activité. En effet, dès lors qu'une opportunité concerne le territoire nord Gironde, le CH de Libourne s'impose en tant que candidat légitime.

Nous avons vu que la mutualisation de la fonction achat exerce une contrainte sur la capacité du CH de Libourne à investir et par suite à développer une activité de médecine nucléaire. Pour autant, le positionnement stratégique respectif des acteurs sur le territoire peut infléchir cette dichotomie apparente et ouvrir des perspectives en matière de coopération privilégiée interne au GHT.

1.2 Le GHT peut être l'opportunité de développer une stratégie de coopération visant à renforcer le positionnement de l'offre de soin publique

1.2.1 Le projet de création d'un service de médecine nucléaire au sein du CH de Libourne s'inscrit dans une stratégie destinée à conforter l'offre publique de soin

Pour comprendre ce que l'exemple du projet de création d'un service de médecine nucléaire au sein du CH de Libourne peut apporter à notre réflexion sur l'impact des GHT en matière de stratégie d'établissement, il est indispensable de revenir à la genèse de ce projet. En effet, l'importance que revêt ce projet dans le cadre de la structuration d'une stratégie commune au sein du GHT Alliance de Gironde est intimement liée à son origine et aux enjeux dont ce projet est, dès le départ, porteur.

Ce projet a pour origine une sollicitation de la direction du CH de Libourne émanant d'un docteur en médecine nucléaire exerçant au sein du Centre d'Imagerie Fonctionnelle, un service de médecine nucléaire en activité depuis 2002 et situé sur le site de la Clinique Saint Augustin à Bordeaux. Cette sollicitation a donné lieu à une première rencontre en décembre 2016, au cours de laquelle ce médecin a informé l'établissement que l'ARS Nouvelle-Aquitaine envisageait, dans le cadre de l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 et en particulier du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) permettant de décliner celui-ci sur le territoire, d'ouvrir la possibilité d'implanter un nouveau service de médecine nucléaire sur le territoire de la Gironde hors métropole de Bordeaux. Il est important de préciser à ce stade que la médecine nucléaire est une activité de soin soumise à autorisation de l'ARS au titre des équipements lourds qu'elle nécessite, à savoir caméra à scintillation ou gamma caméra et tomographe à émission de positon ou TEP scan, qui relèvent tous deux de l'article R-6122-26 du Code de la Santé Publique.

Au-delà de cette information, permettant au CH de Libourne d'identifier une opportunité de développer cette activité, le médecin rencontré était porteur d'une proposition. En effet, dans le cadre de la rencontre de décembre 2016, le CH de Libourne s'est vu proposé un partenariat avec le Centre d'Imagerie Fonctionnelle. Un courrier ultérieur, daté du 9 juin 2017, précise le contenu du partenariat public/privé envisagé. Dans ce courrier, le médecin à l'origine de la proposition s'engage sur un mode de fonctionnement consistant à :

- *« Assurer avec votre accord, la création de cette unité de médecine nucléaire, avec la maîtrise du foncier, de la réglementation technique particulière et du fonctionnement en nous appuyant sur notre expertise [...],*
- *Prendre en charge à 100% les investissements inhérents à cette opération [...],*
- *Recruter personnellement les médecins compétents et les accompagner afin de garantir une qualité globale constante et optimale,*
- *Mettre en place une rétrocession des honoraires, afin que le CH de Libourne puisse bénéficier financièrement des fruits de cette activité localement développée, sans en avoir à subir les inconvénients de gestion et de fonctionnement. »*

Suite à cette entrevue et du fait de son appartenance au GHT Alliance de Gironde, la direction du CH de Libourne a informé la direction du CHU de Bordeaux à la fois, de la possibilité ouverte par le SROS à venir et de la proposition de coopération formulée par le Centre d'Imagerie Fonctionnelle. Cet échange a donné lieu à la décision commune d'examiner la possibilité d'une coopération publique sur ce dossier et fin 2017, une première réunion de travail réunissant directions et professionnels de santé du CH de Libourne et du CHU de Bordeaux a été organisée. Au terme de celle-ci, les directions ont

pris la décision de rejeter la proposition du Centre d'Imagerie Fonctionnel au profit d'une coopération publique entre les deux établissements. Cette décision s'est traduite par l'envoi d'un courrier conjoint à l'attention de l'ARS pour confirmer le lancement d'une démarche commune entre les deux établissements et leur intention de déposer un dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS dès lors que le SROS, non encore publié à l'époque, confirmerait la possibilité d'implanter un nouveau service de médecine nucléaire.

Ce bref rappel de la genèse du projet montre en quoi celui-ci est intimement lié au changement de cadre d'analyse stratégique issu de la mise en place des GHT. En effet, ce projet nous place devant une situation fortement concurrentielle : une opportunité de développer une nouvelle activité se présente que plusieurs acteurs souhaitent saisir, cherchant à optimiser leurs chances d'être retenus dans le cadre de la procédure d'autorisation. Un courriel du Centre d'Imagerie Fonctionnel à la direction des affaires médicale, confirmée depuis par les échanges que nous avons pu avoir avec les professionnels de la spécialité concernée, mentionne d'autres candidatures privées. L'opportunité de créer ce nouveau service de médecine nucléaire et la décision conjointe prise par les deux établissements deviennent stratégiques. Par cette décision il s'agit :

- D'affirmer l'appartenance des établissements publics à une entité porteuse d'une stratégie commune. L'analyse des courriers échangés fait apparaître que l'appartenance à un même GHT est l'argument majeur en faveur du choix de la coopération publique.
- De capter une opportunité qui, à défaut, serait laissée au secteur privé.
- De développer l'offre de soin publique sur le territoire Nord Gironde et de confirmer le positionnement stratégique du CH de Libourne sur ce territoire. On retrouve ici l'idée d'une partition nord/sud interne au GHT qui amoindrie l'asymétrie entre établissement support et établissement partie et constitue le fondement d'une coopération privilégiée.

Il est important de noter que le projet se développe indépendamment des travaux destinés à alimenter le Projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT Alliance de Gironde. Publié en juillet 2017, ce projet est l'aboutissement d'un travail engagé dès l'élaboration de la convention constitutive du GHT, approuvée par l'ARS en Juillet 2016. Ce travail a nécessité plus de 113 heures de réunions et a mobilisé plus de 350 professionnels répartis en 13 groupes de travail thématiques⁸. Un des groupes de travail ainsi constitués portait sur la thématique de l'imagerie et incluait la médecine nucléaire. La première orientation

⁸ Ces chiffres sont issus de la partie introductive du Projet médico-soignant partagé 2017/2021 du GHT Alliance de Gironde.

stratégique définie par ce groupe de travail consiste à « *Promouvoir une organisation médicale de territoire en imagerie en fonction de la répartition des activités sur le territoire* »⁹ et se décline notamment dans une action consistant à « *structurer une coopération publique en médecine nucléaire pour répondre aux besoins du territoire* »¹⁰. Or, si coopération publique il y a bien en la matière, il s'agit d'une coopération bilatérale qui se développe en dehors du cadre posé par le PSMP. Ce mode opératoire, dérogoire eu égard au fonctionnement du GHT, témoigne de la relation privilégiée qu'entretiennent les deux établissements du fait de leurs positionnements respectifs. Il témoigne également du fait que le processus de coopération issu du PSMP, machinerie lourde et complexe à mobiliser, n'est pas adapté à des projets stratégiques qui réclament une réactivité et un pragmatisme particulier.

Le processus de décision tel que rapporté ci-dessus témoigne de l'émergence d'une stratégie commune qui repose sur l'affirmation du positionnement stratégique du GHT dans un environnement concurrentiel. L'avancement du projet de coopération publique au moment où cette décision est prise ne permet de juger ni de sa pertinence pour répondre aux besoins de santé de la population, ni de l'opportunité financière qu'il représente pour le CH de Libourne. Ainsi, s'il s'agit d'une décision politique forte, par laquelle l'identité commune du GHT s'affirme, elle occulte la question de la pertinence, en particulier financière, du projet, question qui va rapidement devenir centrale.

1.2.2 Le choix de la coopération publique : une décision qui induit une nécessaire prise de risque mesurée pour le Centre Hospitalier de Libourne.

Nous avons vu que la genèse du projet de création d'un service de médecine nucléaire inscrit d'emblée celui-ci dans un environnement concurrentiel et aboutit à l'élaboration d'une stratégie commune qui privilégie la coopération publique au détriment de la proposition émise par un acteur privé. Cette prise de position, si elle contribue à affirmer le positionnement stratégique de l'offre de soin publique sur le territoire de la Gironde, a des répercussions importantes sur l'opportunité que représente ce projet pour le CH de Libourne.

⁹ Projet médico-soignant partagé 2017-2021, GHT Alliance de Gironde, juillet 2017, p 151.

¹⁰ *ibid*

Tout d'abord, elle représente un risque financier pour l'établissement, qu'il convient d'estimer de la manière la plus fiable possible. En effet, la proposition de l'acteur privé apparaissait intéressante en première intention dans la mesure où les risques financiers étaient intégralement assumés par la structure privée. Dans une telle configuration, donc, l'opportunité de développer une activité de médecine nucléaire adossée à l'établissement semble relativement évidente. Ecarter cette proposition au profit d'une coopération avec le CHU de Bordeaux suppose que le CH de Libourne supporte les risques financiers et les coûts liés à ce projet, ce qui pose la question de son opportunité avec une acuité nouvelle. De plus, il est à noter que ce choix s'effectue dans un contexte particulier. En effet :

- L'établissement vient de réaliser un investissement sans équivalent et proprement exceptionnel à l'échelle de l'établissement avec la construction d'un bâtiment neuf, le « Nouvel hôpital de Libourne ». Ce bâtiment, dont la mise en service s'est effectuée début 2018, regroupe l'ensemble de l'hébergement MCO ainsi que la plupart des fonctions supports de l'établissement. D'une superficie de 43 000 m², il représente un coût d'investissement global de 140 M€ (coût complet, opérations préalables et équipement mobilier neuf compris) mobilisé sur la période 2014-2018. Les conséquences budgétaires de cet investissement, hors norme à l'échelle d'un établissement dont la volumétrie annuelle du Programme d'investissement s'établit habituellement entre 8 et 10 M€, sont importantes et font l'objet d'un accompagnement financier de la part de l'ARS. Ces conséquences sont notamment à appréhender sous l'angle :
 - Des 3 ratios dits « d'endettement » au sens du décret de décembre 2011, lesquels s'établissent respectivement au 31/12/17 à 41.5% pour le taux d'indépendance financière (seuil : 50%), 5 an et 7 mois pour la durée apparente de la dette (seuil : 10 ans) et à 38% pour l'encours de la dette rapportée au total des produits (seuil 30%). Ainsi, devant la nécessité de conserver à minima 2 des 3 ratios en-deçà des seuils fixés par décret, les futures opérations d'investissement portées par le CH de Libourne s'inscrivent dans un contexte d'endettement qui doit être maîtrisé et rend les arbitrages entre les différents projets plus délicats ;
 - Du coût annuel en amortissement et frais financiers, d'un montant annuel estimé de l'ordre de 10 M€ sur 20 ans, cela avant prise en compte de l'accompagnement financier de l'ARS
- L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses 2018 de l'établissement et son PGFP 2018-2022 associé fait apparaître pour la première fois depuis 10 ans un résultat prévisionnel négatif de l'ordre de -2 M€ soit légèrement moins de 1% du total des produits.

Cette fragilisation de la situation financière de l'établissement se place elle-même dans un contexte où l'incertitude eu égard aux recettes générées est particulièrement forte. D'une part, la politique tarifaire se traduit par une baisse continue et régulière des tarifs des GHS (-0.5% au titre de 2018) qui rend chaque année plus difficile l'atteinte de l'équilibre budgétaire, de surcroît lorsque la capacité des établissements exprimée en lits et place est relativement stable. D'autre part, la « Stratégie de transformation des systèmes de santé » dont les orientations ont été annoncées en mars 2018 par la Ministre de la Santé annonce une inflexion potentiellement forte des modalités de financement de l'activité hospitalière à horizon de 5 années. Ce contexte est ainsi de réduire la visibilité des décideurs hospitaliers quant aux règles applicables pour évaluer la pertinence médico-économique des différents projets.

Ensuite, pour réduire le risque que l'opportunité ouverte par le SROS soit saisie par des concurrents du secteur privé, l'établissement doit déposer un dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS dès la première fenêtre d'autorisation prévue, soit entre le 1 octobre et le 30 novembre 2018. Non seulement cette échéance laisse peu de temps à l'établissement pour monter le dossier mais surtout, la nécessité de répondre aux critères imposés par la procédure d'autorisation a une incidence majeure sur la temporalité du projet. En effet, le dossier type prévoit dans sa cinquième partie que l'établissement renseigne le nom, la qualité et la quotité horaire travaillée des personnels médicaux du futur service. Dans le cas du CH de Libourne, cette contrainte conduit l'établissement à envisager de confier le futur service à un jeune chef de clinique exerçant au CHU de Bordeaux et volontaire pour accompagner le projet. L'engagement de ce médecin est conditionné par le fait que sa prise de poste suive de près la fin de son contrat actuel avec le CHU, prévu fin 2019, dans la mesure où les possibilités de renouvellement sont épuisées. La nécessité de répondre aux critères formels du dossier conduit ainsi à fixer la date d'ouverture prévisionnelle du service au premier trimestre 2020.

La procédure d'autorisation entraîne toute une série de conséquences qui comportent des risques que le décideur va devoir mesurer:

- Les différentes étapes nécessaires pour effectuer les opérations de travaux ne peuvent concorder avec le délai auquel s'est engagé l'établissement vis-à-vis du jeune médecin qu'à condition de lancer au plus tôt la consultation pour sélectionner un assistant à maîtrise d'ouvrage. Prise dans le cadre de la Commission travaux et investissement du 18 juin dernier, la décision de lancer cette consultation emporte mécaniquement un risque financier qui représente environ 10% du coût de la composante « travaux » de l'opération.

- Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) approuvé par l'ARS début 2018 couvre la période 2018 – 2022 et doit donc intégrer le projet de création du service de médecine nucléaire qui initialement n'y était pas inscrit. Le rapatriement de ce projet, chiffré à 10 M€ toutes composantes confondues, dans le calendrier quinquennal du PGFP en cours, si il est rendu techniquement possible à travers l'actualisation périodique infra annuelle du programme d'investissement (ANNEXE 5 : Chronologie de l'inscription du projet de médecine nucléaire de le PI-PGFP du CH de Libourne et ANNEXE 6 : Incidences de l'inscription au PI-PGFP du projet de Médecine nucléaire sur les indicateurs financiers), impacte le calendrier des opérations de travaux. En effet, ceci suppose de décaler dans le temps la réalisation de certaines autres opérations pour respecter le montant total d'investissement soutenable sur la période. Au-delà des arbitrages qui sont à opérer, la question de la stabilité dans le temps des opérations de travaux inscrites au Programme d'investissements pluriannuels se pose avec d'autant plus d'acuité que l'actuel Projet d'établissement arrive à échéance fin 2018 et que le prochain schéma directeur n'a pas été élaboré.
- L'échéance fixée en accord avec le médecin du CHU implique de modifier la planification des opérations d'investissements déjà prévues. C'est par exemple le cas du projet d'extension du service d'hémodialyse qui subit ainsi une double peine : non seulement la mise en place de la fonction achat mutualisée retarde le projet, mais l'échéance est reportée par l'inscription au PGFP du projet de médecine nucléaire. Ces ajournements ne sont pas sans risque du point de vue de la politique interne. En effet, reporter des projets issus des professionnels de terrain et dont le besoin est attesté au profit d'un autre dont l'opportunité même reste à interroger pourrait créer du mécontentement.

De manière générale, le choix de la coopération publique soulève la question des risques liés à la relation de dépendance dans laquelle le CH de Libourne est placée eu égard à l'expertise technique et médicale apportée par le CHU de Bordeaux. Cette asymétrie peut par exemple expliquer que le CHU ait obtenu que le CH de Libourne s'engage à financer à partir de novembre 2018 un poste d'assistant partagé, alors même qu'il ne dispose pas encore de l'autorisation de développer cette activité. Cet exemple montre ainsi que le choix de la coopération publique comporte un panel de risques de nature variée, lesquels ont en commun d'avoir tous, in fine, une traduction financière. Il est à noter que, si le projet incarne une stratégie élaborée en commun, la forme prise par la coopération à ce stade fait peser l'ensemble des risques sur le CH de Libourne.

Ainsi, nous avons vu que le choix de la coopération publique expose le CH de Libourne à une série de risques difficiles à évaluer. Ce qui est interrogé ici, ce n'est pas tant la décision que les moyens dont dispose le décideur pour maîtriser les risques qu'elle comporte. En effet, la prise en risque est inhérente à tout projet d'envergure et elle fait partie intégrante du métier de directeur d'hôpital. Notre question devient ainsi celle des méthodes permettant de réduire la part d'aléa que comporte le projet et de la ramener à un niveau acceptable.

2 Le projet de création d'un service de médecine nucléaire au Centre hospitalier de Libourne : une coopération publique d'avenir ?

2.1 L'inscription du projet dans le cadre d'une stratégie publique commune favorise l'investissement des acteurs

2.1.1 Le caractère institutionnel du projet permet au Centre hospitalier de Libourne de disposer d'un accès assuré à l'expertise du CHU de Bordeaux

Ainsi que nous avons commencé à le voir, les professionnels de terrain ont été associés très tôt au projet : la décision de privilégier la coopération publique au détriment de la proposition d'un acteur privé s'appuie sur la consultation, dans le cadre de la réunion organisée fin 2017, des professionnels concernés. La lettre d'intention conjointe adressée à l'ARS, non seulement confirme l'intérêt stratégique du projet et matérialise l'engagement des directions d'établissement, mais elle fait également office de lettre de mission et incite les professionnels consultés à s'investir dans le projet. Il engage en particulier les professionnels de la discipline concernée exerçant au CHU à répondre aux sollicitations du CH de Libourne et à leur donner accès à l'expertise nécessaire à l'élaboration du projet.

La question de l'accès à une expertise médicale et technique se pose avec une acuité particulière s'agissant de la médecine nucléaire. En effet, la médecine nucléaire se distingue des autres techniques d'imagerie par l'utilisation de radionucléides. La réalisation d'un examen, que celui-ci utilise une Gamma Caméra ou un TEP Scanner, repose sur l'administration au patient d'une substance radioactive. Il s'agit ainsi d'une activité de soin particulièrement sensible dans la mesure où elle se trouve « *à la jonction de deux mondes : celui de la radioprotection qui renvoie à un univers de procédures et de règles qui ne sont pas spécifiques à la médecine nucléaire, mais qui permettent de gérer le produit utilisé, le patient et les déchets, dans toutes les dimensions de la radioactivité ; et celui du soin, qui renvoie à un univers marqué par une culture professionnelle du soin se caractérisant par la segmentation professionnelle, la gestion de la singularité et le rapport au patient* »¹¹. La maîtrise du risque nucléaire, composante essentielle de cette discipline médicale, emporte de nombreuses conséquences :

¹¹ GEFROY Bénédicte et al. « Du risque contrôlé au risque régulé : le cas de la médecine nucléaire », *Gérer et Comprendre*. N°127 (mars 2017), p. 15-26.

- Les locaux doivent répondre à un cahier des charges strict, permettant d'assurer que l'exposition des patients et des professionnels à une substance radioactive est aussi faible que possible. Cela implique par exemple d'augmenter les surfaces d'accueil patients pour que patients non injectés ne puissent pas entrer en contact avec les patients injectés ;
- L'activité de médecine nucléaire exige des équipements et des produits bien particuliers qui contraignent l'activité : on peut à cet égard citer la disponibilité des radios traceurs qui est susceptible de gêner la réalisation des examens et de provoquer la perte de plages d'examen.
- Cette activité repose sur des métiers et des compétences spécifiques : radio physicien, radio pharmacien, personne compétente en radioprotection, etc. Même les métiers « classiques » doivent intégrer des compétences particulières : un agent d'entretien devra par exemple être formé à l'évacuation de déchets radioactifs.
- Les procédures qui encadrent cette activité doivent être strictement respectées et font l'objet d'un contrôle spécifique de l'Autorité de Sûreté Nucléaire.

Ainsi, l'élaboration d'un projet de création d'un service nucléaire implique un besoin particulièrement aigu de recourir à une expertise médicale et technique dont la qualité est décisive eu égard à la solidité du projet. De ce point de vue, le choix d'inscrire ce projet dans le cadre d'une coopération institutionnelle avec le CHU de Bordeaux, apparaît judicieux pour le CH de Libourne qui dispose ainsi d'un accès assuré à l'expertise dont il a besoin.

Le caractère institutionnel du projet de création d'un service de médecine nucléaire s'est tout d'abord traduit par l'élaboration d'une démarche projet commune. Une réunion de travail s'est tenue le 23 mars 2018 qui réunissait d'une part, la direction des affaires médicales du CH de Libourne et d'autre part, les responsables médicaux de la spécialité du CHU de Bordeaux et qui a abouti à la co-construction de la méthodologie retenue. Au cours de cette réunion, les différents éléments susceptibles de contraindre la démarche projet ont été discutés:

- Eloignement géographique des établissements partenaires ;
- Disponibilité des acteurs et personnes ressources concernés ;
- Temps court pour élaborer le projet.

Ces difficultés ont été prises en compte pour construire la méthodologie de projet, basée sur la constitution de 4 groupes de travail thématiques portant respectivement :

- Sur le projet de service de la future structure : modélisation de la montée en charge du service, prévisions d'activité, engagements du service en matière de qualité, etc.
- Sur le bâtiment à construire pour installer le service : élaboration du tableau des surfaces et évaluation de la part de l'investissement correspondant aux travaux ;
- Sur les équipements nécessaires pour développer cette activité : choix des gammes caméras et TEP Scan, choix des RIS et PACS, évaluation de l'investissement correspondant aux équipements biomédicaux et logiciels associés ;
- Sur les ressources humaines nécessaires pour faire fonctionner le service, personnels médicaux et non médicaux confondus.

Cette structuration a été retenue dans la mesure où elle consiste à restreindre chaque groupe à un domaine d'expertise bien délimité ce qui permet de cadrer plus efficacement les échanges et de limiter le nombre de participants et de réunions. Afin d'éviter le cloisonnement de la réflexion entre les différents groupes, il a été décidé que chaque établissement désignerait une personne référente en charge d'animer la démarche projet et de coordonner les groupes de travail : ont ainsi été désignés le chef de clinique du CHU pressenti pour prendre la chefferie du futur service et moi-même, sous la supervision de la Direction des affaires médicales du CH de Libourne. Ce cadre général étant posé, la constitution des groupes de travail eux-mêmes a été discutée. Le principe général d'associer systématiquement des professionnels de chaque établissement a été retenu et pour chaque thématique, les personnes ressources indispensables ont été conjointement identifiées :

Tableau n° 2 : Composition des groupes de travail constitués dans le cadre du projet de création du service de médecine nucléaire

Thématique	Participants CH Libourne	Participants CHU Bordeaux
	<i>Référent : A.MASQUELIER</i>	<i>Référent : Chef de clinique du service de Médecine nucléaire de Pellegrin</i>
Projet de service	<ul style="list-style-type: none"> -Directeur des affaires médicales -Chef de pôle Médecine B¹² - Chef du pôle Médicotechnique¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur du pôle imagerie -Cheffe du service Médecine Nucléaire -Responsable du service de médecine nucléaire de Pellegrin
Travaux	<ul style="list-style-type: none"> -Directeur des Travaux et des fonctions techniques -Cadre supérieure du pôle médicotechnique -Personne compétente en radioprotection 	<ul style="list-style-type: none"> -Radio pharmacien -Cadre de santé du service de Médecine Nucléaire Sud
Equipements	<ul style="list-style-type: none"> -Directeur des systèmes d'information et technologie de santé -Cadre supérieure du pôle médicotechnique 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables PACS et RIS -Ingénieur biomédical
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> -Cadre supérieure du pôle médicotechnique - Directrice des soins -Directrice des ressources humaines -Directeur des affaires médicales 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de santé du service de Médecine Nucléaire Sud -Radio pharmacien

Ainsi, au-delà du simple accès à l'expertise médicale et technique nécessaire, la méthodologie retenue a permis aux professionnels des deux entités de construire ensemble le projet. Cette démarche de co-construction, qui matérialise le caractère institutionnel du projet, a été déterminante eu égard à la qualité de la participation des personnes ressources aux réunions, leur implication dans les travaux menés en dépit des délais courts imposés.

Ensuite, l'intérêt d'inscrire le projet dans le cadre d'une coopération institutionnelle avec le CHU de Bordeaux s'est traduit par une grande facilité à solliciter l'expertise des personnes ressources extérieures aux deux établissements. En effet, ont été sollicités pour leur expertise dans le cadre de ce projet la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la délégation territoriale de l'ARS pour la Gironde et l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN). Dans chacun de ces cas, l'inscription du projet dans une stratégie de coopération publique et le fait que celui-ci soit développé avec l'appui des équipes du CHU de Bordeaux ont été reçus comme un argument en faveur du sérieux de la demande formulée. Dans les échanges avec ces acteurs, plusieurs caractéristiques du projet ont été mentionnées en tant qu'élément les incitant à répondre favorablement aux demandes :

26

¹² Le pôle médecine B comporte les services douleur, équipe mobile de soins palliatifs, hépato-gastro-entérologie, hématologie, oncologie, radiothérapie, pneumologie, médecine physique et de réadaptation, neurologie, consultation mémoire.

¹³ Pôle constitué des activités d'anatomopathologie, de biologie, pharmacie et radiologie.

- La valeur du projet en termes d'amélioration de l'offre publique de soin sur le territoire ;
- L'exemplarité du projet en tant qu'il est une des premières illustrations des synergies possibles via les GHT ;
- Le fait que ce projet constitue un exemple de la plus-value apportée par les GHT ;
- La crédibilité du projet eu égard à l'accompagnement technique des équipes du CHU de Bordeaux.

L'inscription du projet dans le cadre d'une coopération institutionnelle a donc permis que les demandes adressées à d'autres acteurs institutionnels non seulement soient perçues de manière positive mais trouvent une réponse voire, parfois, soient traitées en priorité.

Ainsi, la décision de coopération publique se traduit par un accès privilégié à l'expertise nécessaire pour élaborer le projet, qu'il s'agisse de l'expertise technique et médicale apportée par les professionnels impliqués ou de l'expertise complémentaire d'autres acteurs institutionnels. Elle favorise la mobilisation des différentes personnes ressources sollicitées et facilite la conduite du projet de création d'un service de médecine nucléaire au sein du CH de Libourne.

2.1.2 Les travaux réalisés avec les équipes du CHU de Bordeaux permettent de déterminer les principales orientations et caractéristiques du projet

Au lancement de la démarche, il était impératif de trancher les questions primordiales permettant de fixer le cadre général du projet: le type d'examen réalisé, le nombre d'appareils et le rythme de montée en charge. Cette tâche a été confiée au groupe de travail dédié au projet de service. Pour répondre à ces questions, il apparaissait nécessaire de disposer d'une base de travail, que le groupe projet est allé chercher auprès de la CPAM. A partir de la liste des codes CCAM correspondant à l'activité de médecine nucléaire d'une part, et de la liste des codes postaux correspondant à la zone de recrutement du CH de Libourne d'autre part, la CPAM a étudié les remboursements versés en 2017 afin d'obtenir un état des lieux des actes de médecine nucléaire réalisés au bénéfice des personnes affiliées à ce régime sur ce territoire. Grâce à cette étude, le groupe a pu disposer de précieuses indications sur :

- Le volume d'activité globale et sa répartition par examen ;
- Le volume d'examen par établissement voisin disposant d'un accès direct à un équipement de médecine nucléaire.

Ces éléments ont servi de base aux échanges du groupe, qui ont permis de déterminer :

- La liste des examens pertinents à réaliser dans le cadre de l'activité du futur service ;
- La nature des équipements lourds à solliciter auprès de l'ARS. En effet, le SROS ouvre la possibilité, confirmée lors sa parution en juillet 2018, d'installer deux Gamma caméras hybride et une gamma caméra dédiée cardiologie ainsi qu'un TEP Scanner. Les résultats de l'étude réalisée par la CPAM ont conduit le groupe de travail à opter en faveur de l'installation de deux gammas caméras hybride et d'un TEP Scanner.
- Le planning d'installation des équipements : une gamma caméra, suivi du TEP Scanner 6 mois plus tard et enfin de la seconde gamma caméra 1 an après le TEP Scanner.

Une fois ces orientations définies, les échanges se sont portés sur la détermination de l'activité cible du service et le rythme de montée en charge. Les schémas ci-dessous illustrent les conclusions du groupe de travail :

Schéma n°1 : Montée en charge de l'utilisation des Gammas caméra en nombre d'examen par jour

Mois	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Activité gamma 1	8		12						16						12										
Activité Gamma 2																			8		12				
Total	8		12						16						20		24								

NB : L'activité cible pour ce type d'équipement est estimé à 12 examens par jour. D'après le groupe de travail, cet objectif est atteint pour les deux équipements 21 mois après la mise en service de premier appareil.

Schéma n°2 : Montée en charge de l'utilisation du TEP Scanner

Année	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Plages d'ouverture	3 jours/semaine	4 jours/semaine	5 jours/semaine	5 jours/semaine
Activité/jour	10	10	12	15

NB : L'activité cible pour cet équipement est estimé à 15 examens par jour. D'après le groupe de travail, le coût de fonctionnement de l'équipement est rentabilisé à partir de 10 examens par jour, d'où le choix d'organiser la montée en charge en augmentant progressivement les plages horaires d'ouverture.

Les principales orientations ayant été définies dans le cadre du groupe dédié au projet de service, les travaux des autres groupes de travail ont pu être lancés.

La nature de l'activité et les équipements ayant été déterminés, le groupe de projet dédié aux travaux a ainsi pu élaborer le tableau des surfaces correspondant, présenté en ANNEXE 6. En l'occurrence, le groupe a utilisé un document préparatoire réalisé par le Directeur des Travaux et des fonctions techniques du CH de Libourne et qui avait permis un premier chiffrage de l'opération d'investissement à inscrire dans le PGFP. L'actualisation de ce premier document, travail long et technique, est celui qui a nécessité le plus de temps et d'investissement de la part du groupe de travail. Les différents locaux ont été détaillés un par un afin d'en estimer la surface, en tenant compte des contraintes imposées en matière de radioprotection, et en particulier des exigences formulées par l'ASN¹⁴, de leur destination et des contraintes imposées par la construction elle-même. Ce travail s'est avéré particulièrement compliqué parce qu'il suppose d'avoir déjà une vision dynamique des locaux pour être précis. En effet, la spécificité d'un bâtiment de médecine nucléaire repose sur la stricte séparation des zones froides, i.e. non exposées à la radioactivité, des zones chaudes qui y sont exposées. La question de la circulation et des flux est donc critique et impacte non seulement les surfaces et équipements nécessaires, mais aussi la capacité des professionnels à mettre en œuvre les règles et bonnes pratiques qui régissent cette activité de soin. Ainsi, dans le cas d'un projet de médecine nucléaire, il est nécessaire d'entrer dans un niveau de détail important pour chiffrer les surfaces et en déduire le montant de l'investissement correspondant. La question du passage des patients de la zone froide à la zone chaude nous a par exemple occupés un long moment : quel système de contrôle d'accès ? Faut-il un sas intermédiaire et si on opte pour ce choix, ce sas doit-il être considéré comme chaud ou froid ? En ce qui concerne le transfert d'un patient couché, l'ambulancier peut-il accompagner la personne dans le sas ou non ? Ces échanges, passionnants, ont non seulement permis d'élaborer le tableau des surfaces mais aussi de commencer à entrevoir une organisation du travail correspondante. Au terme de ce travail, le bâtiment envisagé fait 1358 m² SU (1901 m² SDO), contre 848 m² (1272 m² SDO) dans la version préparatoire.

Le groupe projet dédié aux équipements avait également pour objectif d'estimer le montant de l'investissement correspondant aux logiciels et équipements biomédicaux nécessaires pour faire fonctionner cette activité. A partir des orientations définies par le groupe dédié au projet de service (nombre et nature des équipements lourds) d'une part, et des autres

¹⁴ Installation de médecine nucléaire in vivo : règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance, Guide n°32, Autorité de Sûreté nucléaire, p13 à 31.

équipements inventoriés par le groupe dédié aux travaux d'autre part, il a été possible d'établir une première estimation, présentée en ANNEXE 7. Ici encore, l'estimation porte très à la hausse le montant estimé en première intention en vue de l'inscription du projet au PGFP de l'établissement, ce qui s'explique en particulier par le fait que la première estimation était restreinte au coût des équipements lourds. On voit ici encore l'intérêt de s'appuyer sur l'expertise du CHU de Bordeaux : l'équipe du CH de Libourne aurait été en difficulté pour établir une liste aussi détaillée des équipements nécessaires pour faire fonctionner une activité non encore développée par l'établissement. Il est important de mentionner que, suite à cette estimation, des discussions sont en cours avec le CHU de Bordeaux pour affiner cette estimation en réalisant du « sourcing » auprès des fournisseurs. La question est notamment soulevée du choix entre achat et leasing pour les équipements lourds. Il est important de noter que le montant de l'investissement chiffré à partir des différents groupe de travail s'élève à 10 853 000 M€, soit près de 6.5 M€ de plus que la première estimation réalisée en interne.

Avec l'estimation du besoin en ressources humaines du futur service, ce n'est plus le montant de l'investissement mais le coût d'exploitation qui est investigué. Le travail du groupe projet dédié à ce sujet s'est attaché à estimer le besoin en personnel en tenant compte :

- Des contraintes imposées par l'ASN et l'ARS en matière de présence de certaines compétences (PCR, radio physicien, ou encore cardiologue pour les examens nécessitant une épreuve d'effort) ;
- Du rythme de montée en charge déterminé dans le cadre du groupe dédié au projet de service ;
- Des prémisses d'organisation du travail esquissées en lien avec l'élaboration du tableau des surfaces ;
- Des pratiques du CH de Libourne en matière de gestion des ressources humaines (temps de travail, grille de salaire, etc.).

A partir de ces éléments, le groupe de travail a arrêté un certain nombre d'hypothèses, présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°3 : Estimation du besoin en personnel (en ETP) du service sur 4 ans

Médecin nucléaire	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
<i>PH</i>	2	2	2	3
<i>Assistant</i>	0	1	1	1
Radio pharmacien -PCR	1,3	1,3	1,3	1,3
Cardiologue	0,3	0,3	0,3	0,3
TOTAL PM	3,6	4,6	4,6	5,6
Manipulateur radio				
<i>Gamma caméra</i>	4	7	7	7
<i>TEPSCAN</i>	2,5	2,5	4	4
Radio physicien	0,5	1,3	1,3	1,3
IDE	0,3	0,3	0,3	0,3
AS	1,3	1,3	1,5	1,5
Secrétaire	2	3	4	4
ASH	2	2	2	2
Cadre	1	1	1	1
TOTAL PNM	13,6	18,4	21,1	21,1
TOTAL	17,2	23,0	25,7	26,7

NB : Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- *Double compétence radio pharmacien et PCR ;*
- *Deux demi-journées d'activité de cardiologie réclamant un cardiologue et une IDE par semaine ;*
- *Une équipe ASH dédiée ;*
- *Présence continue d'une AS pour la surveillance des patients couchés.*

Ces chiffres, nous allons le voir, ont soulevé de nombreuses questions. De façon générale, des difficultés apparaissent avec l'estimation du coût d'exploitation qui conduisent le CH de Libourne à se détacher de la démarche entamée par les groupes de travail au profit d'une démarche de benchmark réalisée auprès d'établissements dont le profil est plus comparable à celui de Libourne que ne l'est celui du CHU de Bordeaux.

2.2 La démarche projet issue de la coopération publique ne suffit à confirmer l'opportunité du projet pour le Centre hospitalier de Libourne

2.2.1 L'expertise complémentaire d'autres acteurs est nécessaire pour évaluer l'opportunité économique du projet

Ainsi que nous l'avons vu, la démarche projet initiée en collaboration avec les équipes du CHU de Bordeaux a un grand intérêt. Elle permet d'assurer au CH de Libourne l'accès à l'expertise médicale et technique nécessaire et confère au projet une crédibilité de nature à faciliter l'accès aux informations complémentaires requises. Le travail réalisé par les groupes projet a permis des avancées importantes en posant les orientations principales du projet et en permettant de chiffrer l'investissement. Pour autant, cette démarche projet se révèle insuffisante pour répondre à la question de l'opportunité économique du projet. Cette insuffisance, il nous faut le préciser ici, doit être relativisée. Le changement de direction générale du CH de Libourne, qui intervient en mai 2018, conduit à changer le régime de priorité dans ce dossier. Sous la direction de Michel BRUBALLA, l'objectif consiste dans ce dossier à ne pas rater l'opportunité ouverte par le SROS et la priorité est donc donnée à l'élaboration du dossier de demande d'autorisation : c'est sur la base de cette lettre de mission que la démarche projet est déployée. Sous la direction de Christian SOUBIE, l'opportunité que représente la création d'un service de médecine nucléaire est réinterrogée sous l'angle de son impact financier pour l'établissement. Par conséquent, la priorité se déplace du dossier de demande d'autorisation à l'élaboration d'un business plan solide. Cette réorientation est motivée par le fait que l'impact financier de la décision de coopération, dans un contexte financier moins favorable, est à juste titre susceptible de remettre en cause le projet. Il s'agit alors de mesurer cet impact et de présenter à la direction générale des éléments suffisamment fiables pour lui permettre d'une part, de trancher la question de l'opportunité du projet, et d'autre part, de maîtriser les risques financiers qu'il comporte.

Le business plan a été élaboré par « tâtonnement expérimental ». En effet, à mesure que des obstacles, voire des impasses se faisaient jour, il s'agissait de dénicher une nouvelle voie permettant de progresser et de fournir à la direction des éléments complémentaires pour étayer sa prise de décision. Une première version du business plan a été élaborée de la façon suivante :

- Les recettes ont été estimées à partir des prévisions d'activité réalisées par le groupe de travail et des tarifs CCAM applicables au 2 juin 2018. La difficulté ici consistait à obtenir une cotation moyenne pour les actes de Gamma caméra dans la mesure où, sur cette activité, les tarifs varient fortement (entre 100 et 500 €). Pour obtenir cette cotation moyenne, le choix a été fait de ne pas appliquer une distribution linéaire entre les différents examens mais d'appliquer des règles de répartition issues :
 - Des chiffres de l'enquête nationale 2017 réalisée par la Société Française de Médecine Nucléaire qui ont été utilisés pour estimer le poids relatif de chaque classe d'examen ;
 - De l'activité détaillée par code CCAM du CHU de Bordeaux qui a été utilisée pour estimer le poids des différents actes au sein de chaque classe d'examen.

La cotation moyenne obtenue à partir de cette méthode est de 336 €. Ce chiffre a ensuite été appliqué aux prévisions d'activité décrivant la montée en charge du service pour obtenir les recettes prévisionnelles sur 4 ans du futur service.

- L'estimation des charges s'est faite différemment selon les titres de dépenses.
 - Les dépenses du Titre 1 ont été calculées en utilisant le besoin en ETP par type de personnel estimé par le groupe projet et la grille de salaire moyen du CH de Libourne établie par le contrôle de gestion pour le chiffrage des projets.
 - Les dépenses du Titre 4 ont été estimées par les équipes de la DAF du CH de Libourne à partir du chiffrage actualisé de l'investissement.
 - Les dépenses des Titre 2 et 3 ont été estimées à partir des données de la base d'Angers pour l'activité de Médecine nucléaire pour un échantillon de 4 établissements.

La méthodologie adoptée pour cette version a rapidement posé problème. D'une part, les données issues de la base d'Angers présentent une hétérogénéité telle qu'elles ne permettent pas de réaliser une estimation solide. D'autre part, la répartition de l'activité par code CCAM a fait l'objet d'une vérification qui a conduit à un constat d'incohérence.

Une seconde version a été élaborée à partir des données transmises par les services financiers du CHU de Bordeaux. Ces établissements présentant des profils très différents, l'extrapolation de ces données produit des incohérences qui conduisent le CH de Libourne à se rapprocher d'établissements disposant d'une activité de médecine nucléaire comparable en termes de taille et de positionnement : le CH de Mont de Marsan et le CH de la Côte basque. Ces deux établissements ont accepté de fournir au CH de Libourne les données d'activité et les données financières relatives à la médecine nucléaire pour l'année 2017. Les schémas présentés ci-dessous illustrent le raisonnement et les méthodes utilisés pour aboutir au document finalisé :

Schéma n°3 : Méthode utilisée pour l'estimation des charges prévisionnelles

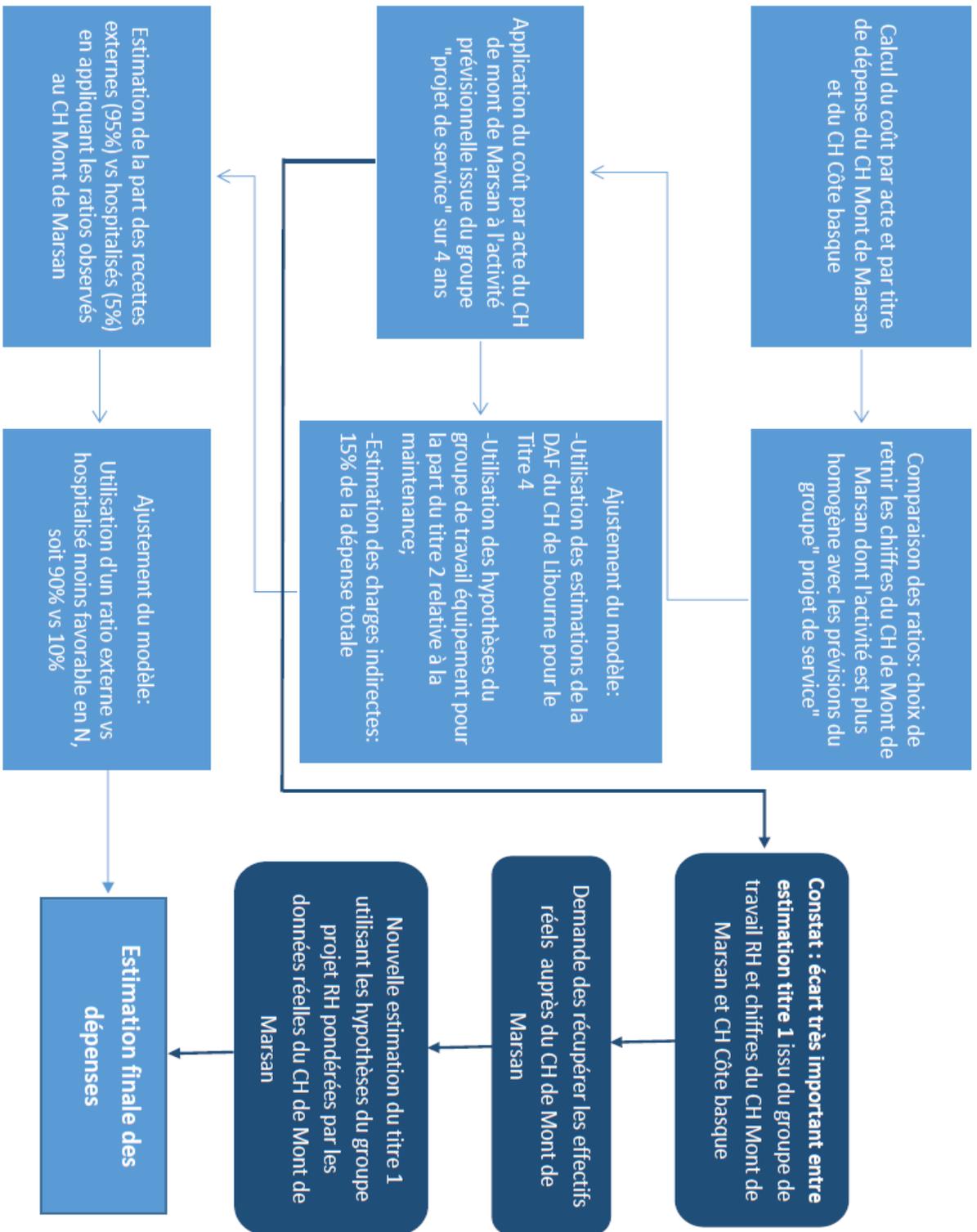
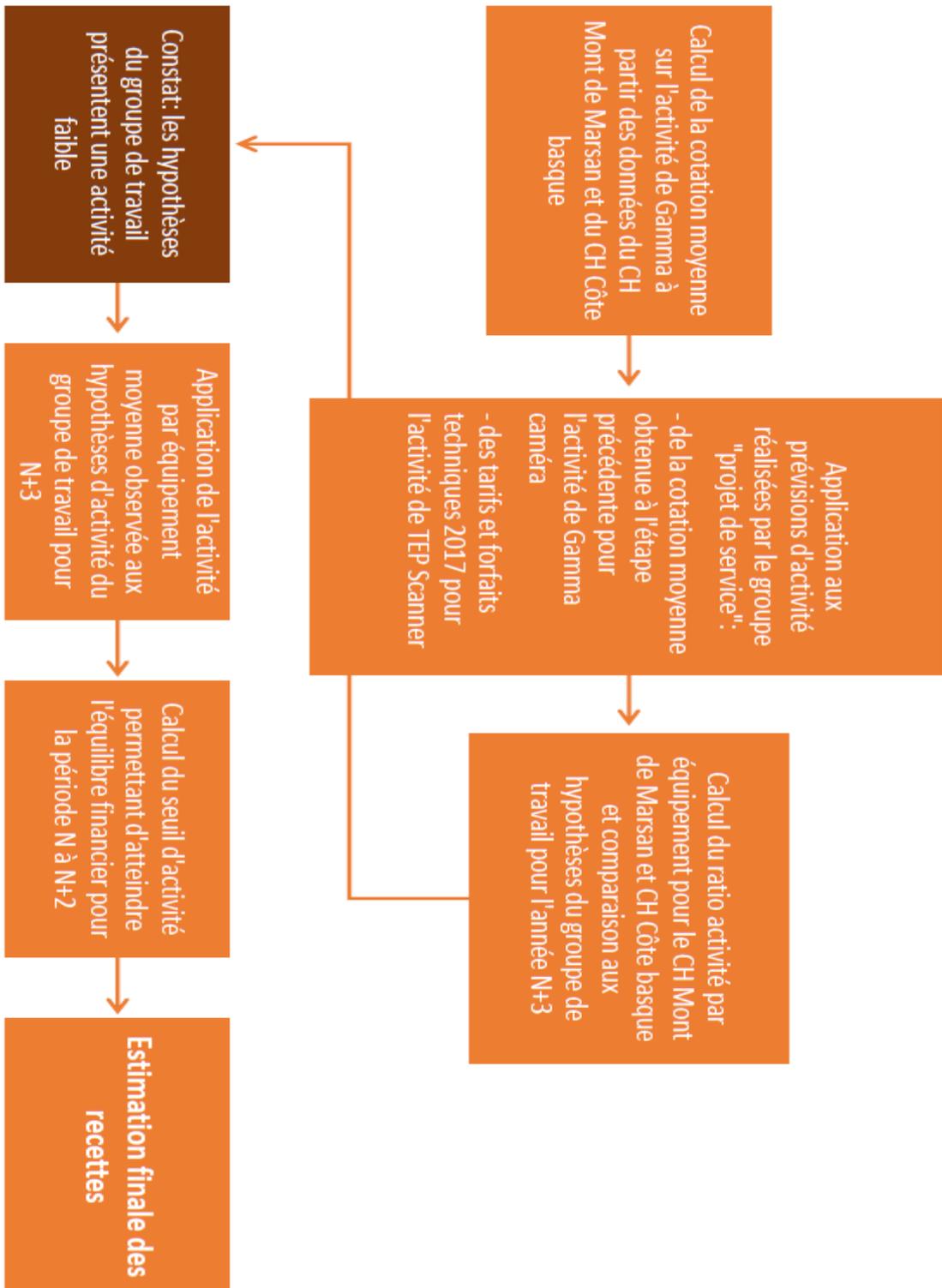


Schéma n°4 : Méthode utilisée pour l'estimation des recettes prévisionnelles



Au terme de ce travail, il apparaît que l'ensemble des hypothèses élaborées dans le cadre des groupe de travail eu égard au fonctionnement du futur service sont peu réalistes lorsqu'on les confronte à la réalité des services comparables. En effet, les besoins en ETP sont surestimés et l'activité prévisionnelle sous-estimée, ce qui comporte le risque de compromettre le projet. Une réunion ayant pour objet de partager ces constats avec la direction et l'équipe médicale du CHU sera bientôt organisée, pour envisager de nouvelles hypothèses plus réalistes. Les points à discuter sont les suivants :

- L'exploitation du TEP Scanner est la plus rémunératrice et l'équilibre financier d'un service de médecine nucléaire doit s'appuyer plus particulièrement sur cette activité. Si l'installation de cet équipement à 6 mois intervient à 6 mois seulement, elle génère un déséquilibre financier important la première année. L'installation de cet équipement en même temps que la première Gamma caméra pourrait être envisagée.
- L'intérêt financier de l'exploitation d'une Gamma caméra apparaît fragile et montre l'importance du pilotage de la prescription et de la politique d'admission. En effet, la cotation moyenne observée dans les deux établissements publics est de 135€, contre 336 € selon notre première estimation. La réalisation d'examen de scintigraphie cardiaque, activité la plus rémunératrice, est stratégique. L'établissement doit dès à présent envisager les moyens à mettre en œuvre pour garantir la disponibilité d'un cardiologue sur les plages horaires dédiés à ces examens.
- L'estimation des charges de fonctionnement doit être affinée. En ce qui concerne les charges de personnel, des démarches complémentaires ont été réalisées auprès de 2 autres établissements (CH d'Agen-Nérac et Institut Bergonié) pour connaître leurs effectifs. Les données collectées montrent une grande diversité des organisations de travail mises en place, lesquelles impactent les dépenses de personnel. A titre d'exemple, dans les autres établissements, la compétence de PCR est confiée au cadre de santé ou à un manipulateur en radiologie, ce qui a un impact financier moindre que le choix du groupe de travail de confier cette compétence au radio pharmacien. A partir des éléments collectés, plusieurs organisations peuvent être envisagées : il est impératif d'engager une discussion relative à l'organisation du travail avec l'équipe médicale du CHU. A partir des arbitrages qui seront réalisés, il sera nécessaire d'actualiser le business plan et éventuellement le tableau des surfaces qui se base sur l'organisation du travail initialement projetée.
- L'intérêt financier de la mise à disposition de plage d'examens au bénéfice d'acteurs du secteur privé n'est pas neutre. Il devra être étudié, bien qu'il semble contredire l'objectif initial poursuivi par la coopération publique avec le CHU de Bordeaux.

Le travail d'élaboration du business plan montre les limites de la démarche projet conduite avec les équipes du CHU de Bordeaux, et plus généralement d'une coopération publique bilatérale. En effet, en l'occurrence, l'expertise médicale et technique apportée par le CHU de Bordeaux s'avère insuffisante pour évaluer l'opportunité économique du projet pour le CH de Libourne. Une première limite consiste dans le fait que les établissements sont très différents en termes de taille, de fonctionnement, de case mix, etc. L'expertise apportée par les professionnels du CHU s'avère ainsi peu appropriée précisément parce que ces professionnels exercent dans un CHU, dont le fonctionnement est très différent de celui d'un hôpital de proximité. La seconde limite consiste dans le fait que les hypothèses élaborées par les groupes de travail apparaissent incohérente lorsqu'elles sont comparées aux données réelles du CH de Mont de Marsan et du CH de la Côte Basque. Cette incohérence peut en effet soulever des questions quant au positionnement des personnes ressources du CHU de Bordeaux eu égard au projet, et pose notamment la question des liens d'intérêt que le médecin référent avec le projet. Autrement dit, ce qui pourrait se dessiner ici, c'est l'émergence d'une négociation qui nuit à la fiabilité globale des estimations réalisées.

2.2.2 La réussite du projet nécessite la structuration d'une coopération approfondie

Le traitement de la question de l'opportunité économique du projet de création d'un service de médecine nucléaire à travers l'élaboration d'un business plan a mis en exergue une série de questions que le CH de Libourne doit encore investiguer afin de maîtriser le risque financier que ce projet comporte. Pour autant, le risque existe également de ne pas saisir l'opportunité de développer cette activité suffisamment vite pour contrer les candidatures privées qui ne manqueront pas de se présenter. Le CH de Libourne se trouve ainsi confronté à la nécessité de gérer simultanément ces deux risques contradictoires et de déterminer, en quelque sorte, un point d'équilibre entre eux. Si la coopération avec le CHU a montré ces limites quant à évaluer l'opportunité économique du projet, elle gagnerait à être approfondie pour résoudre cette contradiction.

En théorie, la coopération entreprise avec l'équipe du CHU de Bordeaux comporte deux temps distincts :

- Un premier temps correspondant à la démarche projet destinée à élaborer le dossier de demande d'autorisation à déposer auprès de l'ARS ;
- Un second temps, soumis à la réponse positive de l'ARS, correspondant à un accompagnement plus étroit destiné à assurer que l'ouverture du service et le

démarrage de cette nouvelle activité de soin se fasse dans les meilleures conditions. Concrètement, cet accompagnement peut, par exemple, prendre la forme d'un transfert de compétence permettant d'assurer que les agents soient formés et performants dès l'ouverture du service.

En réalité, le chevauchement de ces deux temps et de ces deux formes de coopération s'avère nécessaire pour résoudre les contradictions devant lesquelles se trouve actuellement le CH de Libourne. En effet, approfondir la coopération avec le CHU au-delà du partage d'expertise peut permettre d'élaborer ensemble une organisation permettant de sécuriser le projet.

En dépit des efforts engagés pour améliorer la fiabilité du business plan, des zones d'incertitudes demeurent. En particulier, l'estimation des charges de personnel et les prévisions d'activité restent fragiles à ce stade. Si, ainsi que nous l'avons vu, des moyens complémentaires peuvent être mis en œuvre pour fiabiliser ce document, le projet comportera toujours, de par la nature même de l'activité concernée, une part d'aléa importante. De nombreux paramètres sont susceptibles de rendre obsolètes nos prévisions, quel que soit par ailleurs leur fiabilité : disponibilité des radio-traceurs, habitudes et enjeux des prescripteurs, configuration finale des locaux, disponibilité des compétences professionnelles requises, évolution des attentes des autorités en matière de radioprotection, etc. Au terme de notre travail sur ce dossier, il nous apparaît que, au-delà des limites que nous avons mentionnées, la coopération publique avec le CHU peut fournir des moyens complémentaires de sécuriser le projet.

En ce qui concerne les prévisions d'activité, il est important de noter que nos prévisions ne traitent pas la question du comportement des prescripteurs. Or cette question a une importance toute particulière ici : le service ne peut atteindre le niveau de recette souhaité sans pilotage de la prescription. En effet, nous l'avons vu, tous les actes de Gamma caméra ne sont pas également rémunérateurs : il apparaît ainsi nécessaire de définir une politique d'admission propre à atteindre un niveau de rémunération moyen satisfaisant. Or la capacité de l'établissement à définir une telle politique présuppose que les prescripteurs, toutes spécialités confondues, orientent leurs patients vers le nouveau service. Ici, la coopération avec le CHU de Bordeaux peut s'avérer très profitable : il constitue un argument en faveur de la crédibilité du projet et de la qualité du service rendu au sein de son futur service de Médecine nucléaire. La coopération avec l'équipe médicale du CHU pourrait également se traduire par des actions d'information et de « lobbying » auprès des prescripteurs au sein de l'établissement et plus généralement, du territoire de santé. De telles actions permettraient de favoriser l'orientation des patients vers le nouveau service

dès son ouverture, et par suite, d'atteindre plus rapidement le seuil d'activité nécessaire pour équilibrer le budget de fonctionnement.

En ce qui concerne l'estimation des dépenses, nous avons vu que les principales interrogations portent sur les charges de titre 1. Ici encore, la coopération avec le CHU de Bordeaux pourrait permettre de mieux maîtriser ces dépenses en tant qu'elle ouvre des perspectives de mutualisation des personnels. Compte-tenu du positionnement géographique des deux établissements, il est raisonnable d'imaginer que certaines compétences puissent être partagées (médecin nucléaire, radio pharmacien, radio physicien, personne compétente en radioprotection). La mutualisation de certains personnels permettrait ainsi d'ajuster au mieux les dépenses de personnel à l'activité et de répondre aux difficultés spécifiques posées par la montée en charge progressive de l'activité au sein de l'établissement, en évitant une surconsommation des ressources humaines.

Au-delà de la mutualisation des personnels, d'autres pistes d'optimisation peuvent être envisagées. Il est par exemple possible d'envisager une organisation de l'approvisionnement en substances radioactives coordonnée. L'objectif d'un tel système consisterait à éviter, fait courant au CHU de Bordeaux, une rupture de l'approvisionnement qui génère mécaniquement la déprogrammation des examens et qui a des conséquences financières. Il est également possible d'envisager la structuration d'une filière de prise en charge commune, permettant de maximiser les recettes des établissements. Ce système permettrait par exemple de répondre aux difficultés posées par l'activité de cardiologie, activité à la fois particulièrement rémunératrice et fragile dans la mesure où elle nécessite la présence d'un cardiologue. Dans le cas du CHU de Bordeaux, l'éloignement géographique du site de Haut L'évêque génère une difficulté à assurer la présence d'un cardiologue. Dans le cas libournais, la localisation envisagée pour le futur bâtiment semble plus propice : une orientation des patients nécessitant un examen de cardiologie vers Libourne dans le cadre d'une filière commune de prise en charge pourrait être envisagée.

Conclusion

Nous avons vu, à partir de l'exemple libournais, que le rôle attribué à l'établissement support en matière d'investissement ne se traduit pas nécessairement par une incapacité des établissements parties à développer de nouvelles activités. En effet, l'exemple du projet de création du service de médecine nucléaire au sein du CH de Libourne montre que le GHT peut au contraire être le terreau d'un renforcement de l'offre de soin publique sur le territoire.

En l'occurrence, le choix de la coopération publique, s'il apparaît audacieux dans la mesure où il implique de supporter les risques financiers liés au projet, constitue aussi l'opportunité de bénéficier d'un accès assuré à l'expertise du CHU de Bordeaux. Certes, cette expertise ne suffit pas à ramener la part d'aléa que comporte le projet à un niveau acceptable, et, par suite, l'expertise d'autres acteurs doit venir compléter l'étude de l'opportunité économique du projet. Néanmoins, il apparaît que la coopération avec le CHU gagnerait à être approfondie en tant qu'elle ouvre des perspectives d'optimisation permettant de sécuriser le projet. Dans la mesure où le dispositif du GHT ne comporte pas de dispositions permettant d'organiser ce type de coopération bilatérale, le recours à une modalité de coopération complémentaire pourrait utilement être envisagé.

Bibliographie

- Textes juridiques :

Article L.6141-1 du Code de la Santé Publique.

Article R 6132-16-1 du Code de la Santé Publique.

Arrêté du 1^{er} juillet 2016 fixant la composition du Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde.

Article R-6122-26 du Code de la Santé Publique.

Art L 6132-16 du Code de la Santé modifié par le décret n°2017-701 du 2 mai 2017.

- Ouvrages et périodiques :

Autorité de Sûreté Nucléaire, Installation de médecine nucléaire in vivo : règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance, guide n°32, 24 mai 2017, 31 p.

CAPUL Jean Yves et GARNIER Olivier. Dictionnaire d'Economie et de Sciences sociales. Paris, Edition Hatier, 542 p.

Direction Générale de l'Offre de Soins, Guide méthodologique de la fonction achat des GHT, mai 2017, 202 p.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les établissements de santé édition 2017, Panorama de la DREES Santé , 2018, 186 p.

GRENIER Corinne et GUITTON-PHILLIPE, « La question des regroupements /mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », Management & Avenir, juillet 2011, n° 47, p. 98-113.

ROUTELOUS Christelle et al., « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », Management & Avenir 2011/7 (n° 47), p. 147-164.

SOPARNOT Richard, « La capacité d'adaptation ça se travaille », L'expansion Management Review, février 2008, n°129, p.48-55.

- Sites internet :

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-en-nouvelle-aquitaine-qht>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

- Documents professionnels

Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine, Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028, 17 juillet 2018, 248 p.

Centre Hospitalier de Libourne, Les chiffres clés 2017, juin 2018, 11p.

Centre Hospitalier de Mont de Marsan, Dossier de demande d'autorisation d'une Gamma Caméra, octobre 2015, 37p.

Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, Dossier de demande de remplacement d'équipement matériel lourd, avril 2018, 76p.

Projet médico-soignant partagé 2017-2021, GHT Alliance de Gironde, juillet 2017, 206 p.

Règlement Intérieur de la fonction achat du GHT Alliance de Gironde, CHU de Bordeaux, mars 2017, 23 p.

Liste des annexes

ANNEXE n°1 : Organisation de la fonction achat mutualisée du GHT Alliance de Gironde

ANNEXE n°2 : Processus d'achat du GHT Alliance de Gironde

ANNEXE n°3 : Durées indicatives de préparation des phases d'achat

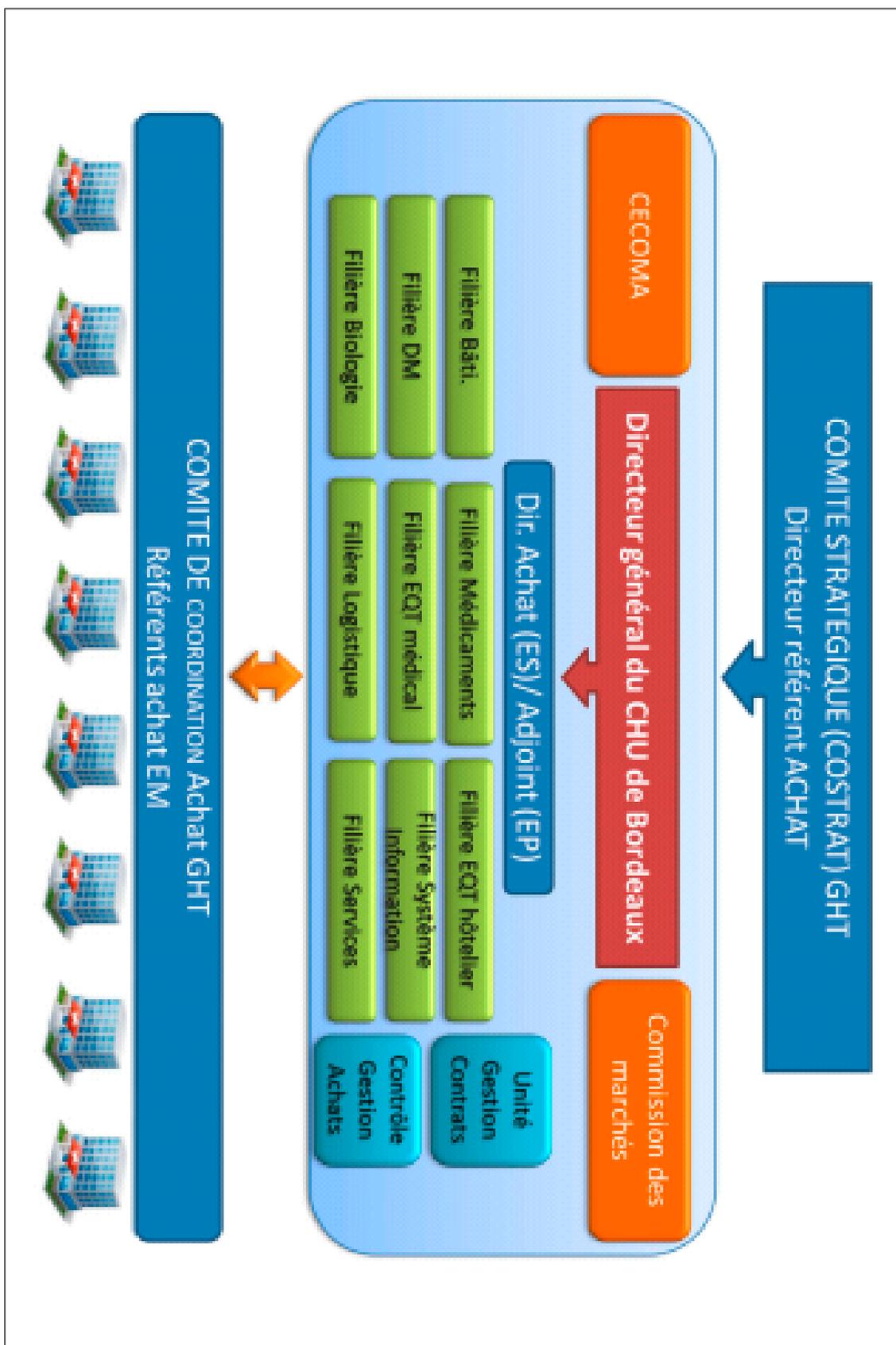
ANNEXE n°4 : Cartographie des GHT de Nouvelle Aquitaine

ANNEXE n°5 : Chronologie de l'inscription du projet de Médecine nucléaire dans le PI-PGFP du CH de Libourne

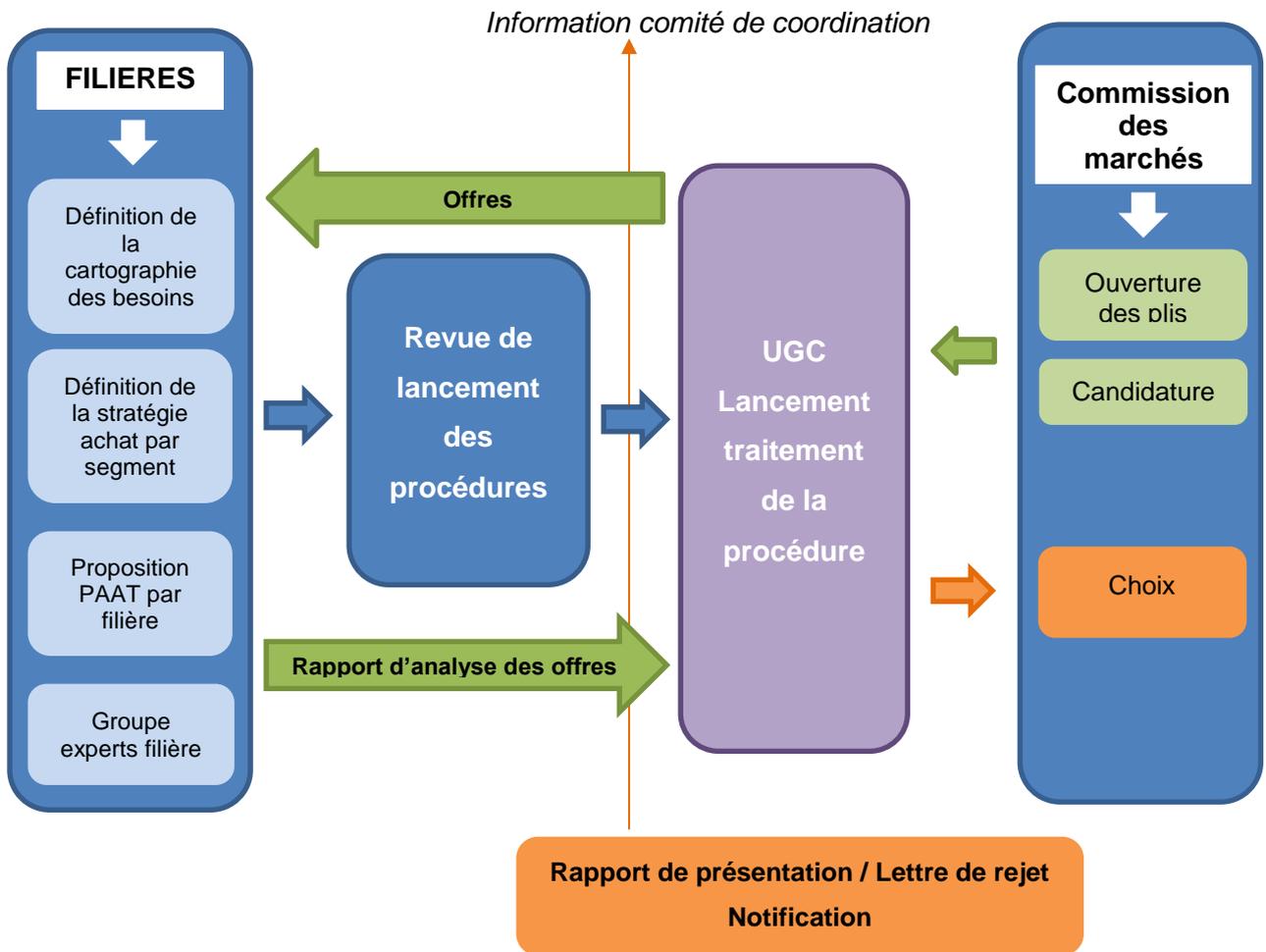
ANNEXE n°6 : Incidences de l'inscription au PI-PGFP du projet de Médecine nucléaire sur les indicateurs financiers

ANNEXE n°7 : Tableau des surfaces réalisé dans le cadre du groupe projet dédié aux travaux

ANNEXE n°8 : Estimation de l'investissement dédié aux équipements biomédicaux



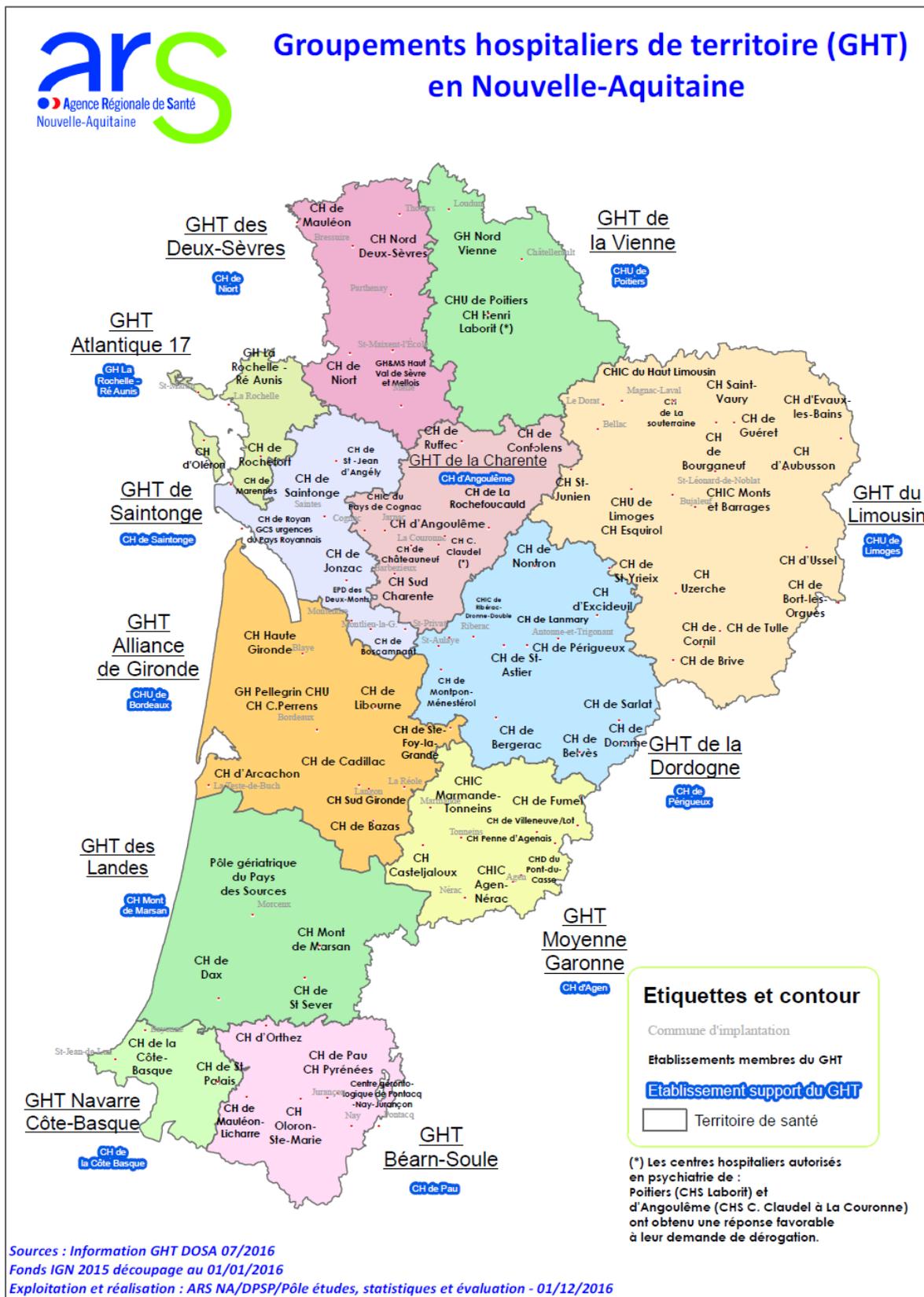
ANNEXE n°2 : Processus d'achat du GHT Alliance de Gironde



ANNEXE n°3 : Durées indicatives de préparation des phases d'achat

Pré requis	OPERATIONS	Marché négocié sans publicité ni concurrence <209 000€ HT	Marché négocié sans publicité ni concurrence > 209 000€ HT	AO sans COM <209 000€ HT	AO avec COM >209 000€ HT	MAPA > 90 000€ HT	MAPA <90 000€ HT
	Revue de lancement des procédures	Périodicité : 2 CIM par mois. Présentation des documents 3 jours avant					
	Signature fiche d'expression du besoin (FEB)	4	4	4	4		
FEB validée	Rédaction + CECOMA	15	15	21	21	21	7
	Délai de réponse	10	10	30	30	15	10
	Analyse + négociation	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière
	Délai de réponse négociation	7	7	NA	NA	15	7
	Délai de finalisation du rapport	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière	Acheteur / filière
	Délai passage en COM pour les dossiers >209 000€	Périodicité : 2 COM par mois. Présentation des documents à l'unité de gestion des contrats le lundi précédent la semaine					
	Rapport de présentation	4	7	7			
PV COM signé	Délai finalisation non retenus	NA	NA	2	2	2	2
	Délai non retenus			11	11	11	7
	Délai notification	2 jours après finalisation du rapport	2 jours après PV COM signé	Préparation pendant délai non retenu			
	Notification	2	2	2	2	2	2
	TOTAL MINIMUM après FEB validée hors délai de lancement des procédures et COM	42	45	77	70	66	35

ANNEXE n°4 : Cartographie des Groupements Hospitaliers de Territoire de Nouvelle Aquitaine



Annexe 5 : Chronologie de l'inscription du projet de Médecine Nucléaire dans le PI-PGFP
du CH de Libourne

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	APRES 2022	TOTAL	TOTAL PGFP SUR 5 ANS
PGFP 2017-2021 APPROUVE ARS						X	X	0 €	126 408 820 €
PGFP 2018-2022 APPROUVE ARS							3 000 000 €	3 000 000 €	97 256 233 €
PGFP 2018 CTI actualisé le 12 MARS 2018 version du 4/04/2018	TRAVAUX		400 000 €	3 633 333 €	266 667 €			4 300 000 €	
	2 GAMMA CAMERAS			1 700 000 €				1 700 000 €	104 428 900 €
	TOTAL		400 000 €	5 333 333 €	266 667 €			6 000 000 €	
	TRAVAUX		570 790 €	5 184 682 €	380 528 €			6 136 000 €	
PGFP 2018 CTI actualisé le 18 JUN 2018	DSITS			4 257 000 €				4 257 000 €	
	MOBILIER				460 000 €			460 000 €	
	TOTAL		570 790 €	9 441 682 €	840 528 €	0 €	0 €	10 853 000 €	

Annexe 6 : Incidences de l'inscription au PI-PGFP du projet de Médecine Nucléaire sur les indicateurs financiers

Le projet de Médecine nucléaire est chiffré à 10 853 000€

1/ INCIDENCE DU PROJET SUR INDICATEURS FINANCIERS du PGFP 2018-2022 :

	2019	2020	2021	2022	2023
Surcoûts Amortissements	11 415,80 €	430 596,67 €	891 972,30 €	899 582,86 €	899 582,86 €
Incidence sur Durée apparente de la dette [en années]	0,04	0,50	0,48	0,42	0,44
Incidence sur Indépendance financière [en %]	0,08%	1,16%	1,29%	1,29%	1,42%
Incidence sur Encours de la dette sur le total des produits toutes activités confond	0,16%	2,25%	2,37%	2,22%	2,42%
Incidence sur Taux de marge brute [CRPP]	0	0	0	0	0
Incidence sur Taux de marge brute NON AIDEE [CRPP]	0	0	0	0	0
Incidence sur CAF	- 10 339,63 €	- 181 598,45 €	- 200 774,66 €	- 190 120,94 €	- 212 519,11 €

2/ INDICATEURS FINANCIERS PGFP AVEC LE PROJET MEDICINE NUCLEAIRE version 18 juin 2018 :

Durée apparente de la dette [en années]	10,24	9,84	8,79	7,71	7,36
Indépendance financière [en %]	46,23%	48,16%	47,39%	46,03%	46,27%
Encours de la dette sur le total des produits toutes activités confondues	48,33%	51,34%	48,95%	45,57%	45,25%
Taux de marge brute [CRPP]	6,14%	6,50%	6,86%	7,22%	7,58%
Taux de marge brute NON AIDEE [CRPP]	4,92%	5,29%	5,67%	6,04%	6,42%
CAF	12 164 220,98 €	13 557 512,21 €	14 595 927,90 €	15 629 169,77 €	16 384 211,89 €

ANNEXE n° 7 : Tableau des surfaces réalisé dans le cadre du groupe projet dédié aux travaux

ZONE FROIDE				
Accueil				
Sas entrée patients couchés	1	4	4	
Attente public valide et Handicapé (35 places assises)	1	50	50	
Hall d'entrée public valide et handicapé	1	20	20	adjacent au hall d'entrée
Banque d'accueil - bureaux des entrées avec deux guichets d'admission (3 postes)	1	20	20	adjacent au hall d'entrée
Secrétariat accueil front office 2 postes	1	20	20	adjacent à la banque d'accueil
Secrétariat back office 2 postes	1	20	20	adjacent au front office
Archives	1	12	12	adjacent au back office
Sanitaire public valide	1	2	2	adjacent à l'attente pour public
Sanitaire public handicapé	1	4	4	adjacent à l'attente pour public
Espace personnel administratif	1	10	10	Avec 7 casiers vestiaires doubles et un sanitaire
TOTAL Accueil			162	
Tertiaire				
Bureau médecin 1 poste	4	15	60	
Bureau médecin interne 2 postes	1	20	20	
Bureau radio physicien et PCR 2 postes	1	20	20	
Bureau radio pharmacien 2 postes	1	20	20	
Archive pour radio physicien, radio pharmacien et PCR	1	12	12	Adjacent aux bureaux
Bureau entretien polyvalent	1	15	15	Pour acteurs externe à la structure (cardiologue, assistante sociale, psy, etc.)
Bureau cadre	1	15	15	
Salle de réunion pour 25 places	1	30	30	
Rangement	1	15	15	avec étagères
Local ménage déchets DAOM	1	15	15	
Détente	1	15	15	
Sanitaire personnel valide	1	2	2	
Sanitaire personnel handicapé	1	4	4	
Total Tertiaire			243	
Locaux techniques				
Chaufferie-sous-station EF	1	20	20	
TGBT	1	10	10	
Local VDI-Télécom	1	10	10	
Locaux CTA	2	30	60	
Total Locaux techniques			100	
TOTAL ZONE FROIDE			505	

ZONE CHAUDE contrôlée				
Locaux transfert entre Froid et Chaud				
Vestiaire Homme (15)	1	42	42	Zone froide avec sanitaire selon code du travail Zone chaude avec casier simple pour vêtement de travail Séparation physique et visuelle entre les zones chaudes et froides Contrôle d'accès depuis la zone froide <u>et</u> la zone chaude
Vestiaire Femme (30)	1	80	80	Dito vestiaire Homme avec 3 lavabos, 3 douches et 3 lavabos
Sas de décontamination entre vestiaires et zone chaude	1	14	14	Ce local inclut une douche de décontamination reliée à la cuve de décroissance, un détecteur Main Pied, les dosimètres (25u), un lavabo et une poubelle de linge sale contaminé
Espace stockage tabliers plombés	1	10	10	25 tabliers plombés Adjacent au sas de décontamination
Sas patients/Matériels entre zones chaude et froide	1	10	10	Muni d'un point phone relié aux DECT des personnels de la zone chaude et d'un contrôle d'accès avec lecteur de badge. Zone réservée aux transferts des patients. Permet de stocker 2 brancards et de réaliser le transfert d'un patient couché
Total locaux transfert			156	
Consultation				
Bureau de consultation avec table d'examen	1	18	18	
Bureau de consultation sans table d'examen	1	15	15	
Total consultation			18	
Locaux communs				
Sas externe livraison linge propre et matériels	1	10	10	
Rangement	1	20	20	adjacent au sas externe livraison linge propre et matériels et au couloir principal de la zone chaude
Vidoir et lave-bassin	1	6	6	Local commun pour Gamma et TEP- A localiser entre zone Gamma et zone TEP
Local ménage	1	12	16	Local commun pour Gamma et TEP- A localiser entre zone Gamma et zone TEP
Sanitaire personnel	2	2	4	Local commun pour Gamma et TEP- A localiser entre zone Gamma et zone TEP
Total Locaux communs			56	

Zone Gamma caméra				
Salle gamma caméra	2	40	80	
Salle commande Gamma	2	10	20	adjacent à la salle Gamma
Déshabillloirs	4	4	16	2 déshabillloirs par salle Gamma
Salles d'injection				
Salle d'injection polyvalente pour ganglion sentinelle et traitement ir- thérapie	1	10		
Salle d'injection	1	15		
Salle d'injection de ventilation	1	15		Extraction de ventilation avec filtre à charbon
Salles d'attente				
Attente adultes valides et handicapés injectés	1	30	30	20 places
Kitchenette	1	10	10	adjacent à la salle d'attente pour adultes injectés
Attente couché adulte non injecté	1	14	14	4 brancards
Attente couché adulte injecté	1	25	25	2 brancards pour TEP et 6 brancards pour Gamma - Prévoir un plan de travail avec PC (1 poste) A localiser entre zone Gamma et zone TEP
Attente valide et couché enfants injectés	1	18	18	1 brancard, 4 chaises accompagnants et espace jeux. Espace séparé en deux zones (couché vs valide).A localiser entre zone Gamma et zone TEP
Salle d'épreuve d'effort	1	20	20	
Salle d'interprétation	1	15	15	
Salle de soin d'urgence	1	10	10	Adjacente à la salle Epreuve d'effort
Sanitaire public	2	2	4	
Sanitaire public handicapé	1	4	4	
Total zone Gamma caméra			266	
Zone TEP				
Salle TEP	1	45	45	
Salle pupitre de commande TEP	1	15	15	adjacent à la salle TEP
Salle interprétation	1	15	15	
Hall commun zone TEP	1	30	30	Cet espace doit être muni d'équipements communs pour la zone (poubelle plombée, chariots,...)
Rangement	1	5	5	
Box d'injection patients couchés	3	10	30	
Box d'injection valide	3	7	21	
Attente patients injectés valides	1	5	5	
Sanitaire public	1	2	2	
Sanitaire public handicapé	1	4	4	
Total zone TEP			172	
Zone Hémato				
Local Hémato	1	20	20	1 hotte radio-protégée, 1 étuve, 1 centrifugeuse, 1 poubelle plombée, 1 évier relié à la cuve de décroissance, 1 évier relié aux égouts, 1 paillasse, 1 plan de travail bureautique avec PC
Total zone Hémato			20	

Radio pharmacie				
Local sortie externe déchets et linges sales non contaminés DAOM et DASRI	1	10	10	avec portique ou détecteur de radioactivité (2 containers DASRI et 1 container DAOM)
Sas de mesure entre local sortie déchets et linges non contaminés et bunker	1	10	10	
Bunker de stockage de matières radioactives	1	30	30	Incluant un congélateur avec traçabilité des températures
Bunker des deux cuves de liquides radioactifs	1	30	30	en sous-sol pour récupération des effluents par gravité
Local livraison radio pharmacie	1	10	10	colis radioactif en entrée / flacons et générateurs en sortie
Sas entre radio pharmacie et local livraison externe radio pharmacie	1	10	10	Les deux portes du sas sont asservies l'une à l'autre. Ce local est en surpression par rapport au local livraison de 15 Pa
Sas interne personnel/matériel	1	5	5	Sas muni d'un lavabo, d'une armoire pour mettre sur-blouse, sur-chaussure et charlotte, d'une poubelle et d'un détecteur de radioactivité. Les deux portes du sas sont asservies l'une à l'autre pour faire effet sas. Ce local est en surpression par rapport au couloir de la zone chaude de 15 Pa
Sas de transfert vers bunker de stockage de matières radioactives	1	10	10	Les deux portes du sas sont asservies l'une à l'autre pour faire effet sas. Ce local est en surpression par rapport au local Bunker de 15 Pa
Radio pharmacie	1	35	35	Local muni de 2 isolateurs plombés, 1 frigo plombé, 1 poubelle plombée, 1 coffre plombé, 1 paillasse de préparation, 1 plan de travail administratif et 2 espaces informatiques. Local en surpression par rapport aux Sas interne de 15 Pa et muni de 3 sas et 3 passe plats (vers zone hémato, vers zone gamma caméra injection et vers zone contrôle qualité)
Contrôle qualité	1	15	15	Local adjacent à la zone radio pharmacie et relié par un passe plat. Il contient 1 appareil de comptage et des poubelles plombées
Total Radio pharmacie			165	
TOTAL ZONE CHAUDE			853	

TOTAL SU	1358
Coef. SDO/SU	1,4
TOTAL SDO	1901

ANNEXE n°8 : Estimation de l'investissement dédié aux équipements biomédicaux

en € TTC	Quantité	Prix unitaire achat	Coût Investissement	Coût maintenance annuelle
Equipements d'imagerie - sous total			3 664 900	
TEP SCAN	1	1 700 000	1 700 000	115 000
TEMP TDM	2	750 000	1 500 000	130 000
Injecteur Produit de contraste	1	22 000	22 000	2 000
Injecteur Radio traceur		Mis à disposition	-	-
Consoles de post-traitements	6	60 000	360 000	9 000
Interface RIS	3	1 500	4 500	-
Interface PACS	3	1 500	4 500	-
Robot de gravure	1	9 500	9 500	
Source étalonnage	Ens.	12 000	12 000	12 000
Fantôme anthropomorphe avec zone "poumons", "os" et "insert cœur"	1	10500	10 500	
Fantôme type CATPHAN 600	1	16000	16 000	
Fantôme IEC NEMA pour qualité image	1	3200	3 200	
Fantôme norme NEMA 2012 pour sensibilité	1	700	700	
Fantôme norme NEMA 2012 type ligne source dans un cylindre	1	6500	6 500	
Fantôme Jaszczack	1	3500	3 500	
Provision pour autres équipements et logiciels de contrôle qualité	Ens.	12000	12 000	
Equipements d'épreuves d'efforts - sous total			64 500	
Baie d'épreuve d'effort avec vélo	1	50 000	50 000	
Tensiomètre synchronisé	1	6 500	6 500	
Défibrillateur de proximité	1	3 000	3 000	
Moniteur de transport	1	5 000	5 000	
Equipements de radio pharmacie & d'hématologie - sous total			420 500	
Enceintes blindées	2	140 000	280 000	10 000
PSM de Type II	1	9 000	9 000	
Activimètres	3	14 000	42 000	
Poubelles blindées	5	5 000	25 000	
Contaminamètres portatifs	5	6 000	30 000	
Coffres plombés	2	3 000	6 000	
Etuve (grand modèle)	1	8 500	8 500	
Centrifugeuse réfrigérée sur pied	1	10 000	10 000	
Equipements divers	Ens.	10 000	10 000	
Equipements radioprotection - sous total			75 000	
Dosimétrie opérationnelle	Ens.	25 000	25 000	
Détecteur mains pieds	1	20 000	20 000	
Paravents plombés	10	3 000	30 000	
Equipements divers - sous total			32 000	
Lave-bassins	1	8 500	8 500	
Défibrillateur pour chariot d'urgence	2	3 000	6 000	
ECCG	1	2 500	2 500	
Autres petits équipements	Ens.	15 000	15 000	
TOTAL GENERAL			4 256 900	278 000

MASQUELIER	Aurore	Date du jury :
Directeur d'hôpital Promotion 2017-2018		
Développer une nouvelle activité à l'heure des GHT: Exemple de la création d'un service de Médecine nucléaire au sein du Centre Hospitalier de Libourne		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet		
<p>Résumé :</p> <p>La mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) modifie le cadre d'analyse stratégique des établissements de santé en confiant un rôle majeur à l'établissement support en matière d'investissement. Ce dispositif soulève des inquiétudes quant à la capacité des établissements parties à investir. L'étude du projet de création d'un service de Médecine nucléaire au sein du Centre Hospitalier de Libourne, établissement partie du GHT Alliance de Gironde permet de nuancer ces inquiétudes.</p> <p>Ce projet est développé dans le cadre d'un partenariat avec le CHU de Bordeaux, établissement support du GHT Alliance de Gironde. Il s'inscrit dans une stratégie commune visant, dans un environnement concurrentiel, à renforcer l'offre publique de soin sur le territoire Nord Gironde.</p> <p>Cette coopération bilatérale entre établissement support et établissement partie du GHT se matérialise dans une démarche projet qui associe les professionnels de chaque entité. Elle permet au CH de Libourne de s'assurer un accès à l'expertise nécessaire pour définir les orientations du projet.</p> <p>Pour autant, cette coopération est restreinte dans la mesure où le CH de Libourne est seul à supporter les risques financiers liés au projet. Par ailleurs, le travail réalisé avec le CHU de Bordeaux ne fournit pas les éléments nécessaires pour trancher la question de l'opportunité économique du projet. Le CH de Libourne doit ainsi rechercher la collaboration d'autres établissements hospitaliers.</p> <p>Le projet de création d'un service de Médecine nucléaire est complexe, et l'évaluation de sa pertinence économique suppose d'investiguer de façon plus approfondie l'organisation du travail à mettre en œuvre pour maximiser l'activité tout en minimisant les dépenses de personnel. Une coopération plus poussée avec le CHU de Bordeaux retrouverait ici tout son sens en ouvrant des perspectives de mutualisation et d'organisation commune.</p>		
<p>Mots clés :</p> Groupement hospitalier de territoire – Stratégie territoriale – Concurrence sanitaire – Autorisation – Création d'activité – Médecine nucléaire.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		