



EHESP

Filière DH

Promotion : **2018 - 2019**

**Poser un diagnostic stratégique et appliquer
ses conclusions à l'hôpital : l'expérience des
CH de Narbonne et Lézignan-Corbières**

Jean-Laurent BERNET

Remerciements

Je tiens d'abord à adresser mes remerciements à M. Richard Barthes, directeur général du centre hospitalier de Narbonne ainsi qu'à l'équipe de direction de cet établissement, pour leur accueil chaleureux, leur volonté de transmettre des compétences et des éléments d'analyse. Je leur sais gré de m'avoir associé, dès mon arrivée, à la réflexion sur la stratégie de l'établissement, de m'avoir communiqué toute la richesse de leur expérience et de s'être rendus disponibles.

Je remercie tout particulièrement Michel Jeanney, mon directeur de mémoire, dont l'expertise m'a donné de nombreuses clés de compréhension, des méthodes et des connaissances indispensables à la rédaction de ce travail. Je le remercie aussi de m'avoir épaulé au long de mes stages hospitaliers et d'avoir toujours été présent lorsque j'avais besoin d'aide, de conseils, de références et de critiques constructives.

Je souhaite également remercier toutes celles et tous ceux qui m'ont accompagné dans ce travail.

- L'équipe pédagogique de l'EHESP, qui m'a donné un socle de connaissances précieux sur l'analyse stratégique.
- Les membres de l'équipe du contrôle de gestion du CH de Narbonne, pour leur aide méthodologique.
- Mon frère, Sylvain, qui s'est acquitté d'une relecture minutieuse et utile.

Je n'oublie pas les lectrices et lecteurs de ce travail que je remercie pour leur attention.

Sommaire

Introduction	- 1 -
I. Une méthodologie de l'analyse territoriale de positionnement d'activité doit fournir à la stratégie une base factuelle solide permettant d'estimer un besoin territorial, un potentiel de développement concurrentiel et des perspectives de coopération.	- 4 -
A. L'analyse doit reposer sur une base factuelle étayée permettant une définition non ambiguë des orientations stratégiques et l'acceptation des acteurs de terrain.	- 4 -
1. Le développement d'un diagnostic territorial ciblé et multiscalair incluant les données démographiques et socio-économiques constitue un fonds d'analyse nécessaire mais pas suffisant.	- 4 -
2. L'analyse concurrentielle est un élément crucial de la stratégie qui doit, dans ce contexte, s'intéresser aux concepts de l'économie industrielle tout en réexaminant leur granularité pour s'adapter aux échelons territoriaux.	- 8 -
B. La démarche de conception de la stratégie doit offrir des pistes détaillées tout en envisageant leur explicitation.	- 18 -
1. Une analyse combinatoire doit associer les conclusions tirées des données éparses cartographiques, concurrentielles et du casemix des structures concernées pour donner des cibles d'évolution claires, par activité.	- 18 -
2. Les croisements des données et la démarche d'analyse peuvent se transcrire par des outils de présentation synthétiques qui doivent intégrer une dimension prospective.	- 27 -
II. La mise en œuvre de la stratégie pourrait emprunter des dynamiques interactionnistes permettant de diminuer le temps de latence observé dans la mise en œuvre de la stratégie en mobilisant les acteurs autour de données et d'orientations pleinement objectivées et d'outils partagés de formalisation de la stratégie.	- 28 -
A. La diminution du temps de latence de la conception à la mise en œuvre opérationnelle : un enjeu managérial majeur	- 28 -
1. L'aspect délibératif : le recours au mode projet top-down et la prégnance de réunions généralistes où les projets font l'objet d'explications.	- 28 -
2. Le développement d'une approche spécialisée, systémique et interactionniste, vectrice d'émulation : l'exemple du développement de la chirurgie orthopédique.	- 33 -
B. La mise en œuvre de la stratégie pourra se fonder à l'avenir sur l'utilisation d'outils de présentation et de la conception de la stratégie, tout en faisant fond sur une organisation polaire leur offrant un cadre de déploiement décentralisé.	- 40 -
1. Le processus de production et de rationalisation des liens de cause à effet, de la conception à la mise en œuvre de la stratégie, doit faire l'objet d'un partage plus large	- 40 -

2. L'application est en grande partie fonction de l'association des parties prenantes aux projets, qui doit être améliorée et institutionnalisée au sein de l'organisation polaire	- 46 -
Conclusion	- 50 -
Bibliographie	- 52 -
Liste des annexes	I
A. Annexe 1 : Carte des pôles d'attraction du CH de Narbonne, de la polyclinique le Languedoc et des établissements voisins en 2018.	5
B. Annexe 2 : Composition et structure de la population des codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Narbonne	6
C. Annexe 3 : Composition et structure de la population sur les codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Lézignan :	6
D. Annexe 4 : Tableau récapitulatif des taux de pauvreté par tranche d'âge (2016) dans la ville de Lézignan Corbières	6
E. Annexe 5 : Parts de marché et concentration d'activité pour le total des séjours MCO sur la zone de recrutement du CH de Narbonne.....	7
F. Annexe 6 : Représentation du casemix en CMD du CH de Lézignan, en radar :	8
G. Annexe 7 : Répartition des parts de marché et taux de fuite localisés pour l'activité de soins M ..	9
H. Annexe 8 : Carte part de marché localisée sur l'ASO Médecine du CH de Lézignan sur la zone de recrutement du CH de Narbonne.....	10
I. Annexe 9 : Parts de marché et taux de fuite localisés ASO C :.....	11
J. Annexe 10 : FFOM (SWOT) du CH de Lézignan :.....	12
K. Annexe 11 : Tableau DoAc Obstétrique sur la zone de recrutement de Narbonne.....	13

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASO : Activité de Soins
BCG : Boston Consulting Group
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CH : Centre Hospitalier
CHN : Centre Hospitalier de Narbonne
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CODIR : Comité de Direction
COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins
DAFAP : Directeur des Affaires Financières et de l'Appui à la Performance
DGA : Directeur Général Adjoint
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DoAc : Domaine d'Activité
ETP : Equivalent Temps Plein
GA : Groupe d'Activité s'il n'est pas spécifié, sinon il est abrégé en G suivi de son code à trois chiffres
GHM : Groupement Homogène de Malades
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GP : Groupe Prévisionnel
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IHH : Indice d'Hirschmann Herfindhal
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP-DMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
M, C, O : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PH : praticien hospitalier
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM : Personnel Non Médical
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunit, Threat / FFOM : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
T : Titre budgétaire, suivi de son chiffre
T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

L'importance de la stratégie au sein de l'environnement hospitalier n'a jamais été à démontrer. Cependant, des vecteurs de complexification de l'environnement, des contraintes internes et externes pesant sur les hôpitaux amènent des questionnements plus précis sur la stratégie.

Les changements de paradigme et de mode de tarification ne permettent plus de miser sur des rentes de situation. Les hôpitaux sont soumis à un paradigme de concurrence accrue, d'exigences réglementaires additionnelles et d'objectifs de performance plus élevés.

Des logiques relevant de l'aménagement du territoire et de l'organisation de l'offre de soins ont prédominé à la faveur du XX^{ème} siècle, temporalité marquée par une faible emprise des exigences économiques à l'égard d'établissements de santé en voie de développement et d'équipement. La prégnance de la contrainte budgétaire, matérialisée par le passage de la tarification au prix de journée au budget global, s'est affermie dès 1984, tout en ayant des effets contrastés, en conférant des rentes de situations ou au contraire en pénalisant des établissements.

Le passage à la tarification à l'activité¹, en 2004, a véritablement porté des incitations à des stratégies de captation, de recherche d'activité, pour les établissements de santé. Les baisses des tarifs hospitaliers successives ont par ailleurs incité à des gains de productivité requérant efficacité et adhésion de la part des professionnels médicaux et paramédicaux au premier chef.

La direction des établissements de santé a, en regard de ces mutations, dû adapter ses modes d'action tant en termes de positionnement territorial que de conduite du management en interne.

Un infléchissement vers une prise en compte plus aboutie du raisonnement médico-économique, est impulsée tant au niveau central par des organismes de tutelle et de régulation de l'offre de soins (COPERMO, ARS) que par des raisons budgétaires et une recherche des performances au sein des établissements. L'impératif de coopérations territoriales des établissements publics de santé, reposant *ab initio*, sur des ressorts de coopérations volontaires, a évolué dans le sens d'une généralisation axée sur les complémentarités et les économies d'échelles avec les groupements hospitaliers de territoire². Des incitations fortes à la coopération, cette fois avec les acteurs de soins de ville, ont été promues par la loi de modernisation de notre système de santé via les notions de filières et de parcours³.

Ces dynamiques transverses aboutissent à une exigence élevée de performance, tant sur le plan qualitatif d'une prise en soins optimisée que sur le plan quantitatif en lien avec les produits de l'activité qui sont une condition importante pour l'atteinte d'un équilibre budgétaire.

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

³ *Ibidem*

Cette double exigence s'inscrit en lien étroit avec le territoire couvert par l'établissement de santé, auquel correspond une population donnée, avec un état de santé spécifique, un état de la médecine de ville, des établissements de santé complémentaires ou concurrents dans leur offre.

La stratégie interne et territoriale gagne donc en importance dans un environnement réglementaire et concurrentiel plus dense et compétitif qu'auparavant.⁴ Elle vise une attractivité qui conditionne la fréquentation de l'établissement ; *in fine* la satisfaction du besoin de santé territorial et, pour l'établissement, l'acquisition de ressources T2A. La montée en charge de l'importance de la stratégie va de pair avec cette complexification de l'environnement.

Parallèlement, les ressources informationnelles permettant d'établir la stratégie sont devenues plus complètes et disponibles, et la capacité de traitement informatique des données a gagné en performance. Ce, notamment avec la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dans les années 1980, qui aboutit de nos jours à un accès quasi-exhaustif à l'information médico-économique concernant la consommation et la production des prestations de santé sur des territoires définis.⁵

Cette meilleure accessibilité de la donnée permet d'enrichir la stratégie des établissements d'une dimension rationalisée et objectivée.

Pour autant, cette richesse informationnelle serait en butte à la rigidité des structures hospitalières qui ferait en partie échec à la transformation de la ressource informationnelle issue du PMSI en action stratégique de terrain, en reconfiguration ou développement d'activité, en modification de la structure des coûts plus favorable à l'établissement, ou achopperait devant des difficultés de recrutement médical⁶.

Plus largement, la difficulté de transformer les données stratégiques en préconisations et les préconisations en action sont souvent relayées par les décideurs hospitaliers. Des explications d'ordre sociologique se fondant sur le concept d'organisation professionnelle⁷, économiques relevant des aspects bloquants structurels⁸, des difficiles restructurations d'ordre plus défensif qu'offensif⁹, des raisons tenant au climat social ou de difficultés organisationnelles d'alignement stratégique, sont relevées.

Ces facteurs bloquants ou vecteurs de temps de latence dans la mise en application de la stratégie ne sont pas des déterminants définitifs, mais des contraintes qui peuvent être en partie aménagées et intégrées dans la conception de la stratégie.

⁴ DELAS A., « l'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques : le cas de la Haute-Normandie », Bibliothèque numérique Paris 8. <https://octaviana.fr/document/182114627>

⁵ CAPGRAS, J-B, PASCAL C., GUILHOT N., CLAVERANNE J-P, 2011, « L'information économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir ! », Politiques et management public, Vol. 28/1, pp. 57-82. <http://journals.openedition.org/pmp/4167>

⁶ Ibidem.

⁷ MINTZBERG H. et alii, « Safari en pays stratégie », 2005, Pearson - Village Mondial

⁸ CAPGRAS, J-B, PASCAL C., GUILHOT N., CLAVERANNE J-P, 2011, « L'information économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir ! », Politiques et management public, Vol. 28/1, pp. 57-82. <http://journals.openedition.org/pmp/4167>

⁹ IGAS, 2012, « l'Hôpital », rapport remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, la Documentation française.

Problématique : Il importe de comprendre comment transcrire les conclusions de l'analyse stratégique territoriale sur le plan opérationnel et managérial. En somme, comment la construction d'une démarche stratégique, dans un contexte concurrentiel, guidée par la connaissance fine du besoin de santé territorial se met en place et se transcrit dans les circuits décisionnels de l'établissement ? Reformulation : L'analyse territoriale qualitative et quantitative débouche sur des constats, donne à voir, donne à penser et à décider au chef d'établissement et à son équipe, quel développement opérationnel partagé peut-elle emprunter ?

Le prisme de cette étude insiste particulièrement sur un élément de complexité qui prend une place importante dans les processus de décisions des décideurs hospitaliers : la conception de la stratégie de développement d'activités et la mise en application de la stratégie. Les idées forces qui répondent à cette interrogation sont la constitution d'une base factuelle via les analyses et croisements de données à plusieurs échelles d'une part ; l'approfondissement de l'association des parties prenantes à la conception et à la mise en œuvre de la stratégie d'autre part.

L'étude sollicitera deux grandes séries d'exemples de positionnement d'activité issus du stage long hospitalier. Les exemples mobilisés auront l'avantage de présenter deux échelles d'établissements de santé : un hôpital de référence de son territoire de santé, le CH de Narbonne, mais également un hôpital « plateforme de proximité »¹⁰ le CH de Lézignan, dont le directeur général du CH de Narbonne est chargé d'assurer l'intérim à partir d'août 2019.

Les cas pratiques sectoriels issus du CH de Narbonne auront trait au développement de segments d'activité (orthopédie, obstétrique), qui ont été étudiés en amont de la conception du nouveau projet médical, et plus largement dans un mouvement d'approfondissement de la stratégie du CH.

L'étude de l'activité et des perspectives d'évolution stratégiques du CH de Lézignan est réalisée, à titre indicatif et personnel, dans la perspective de la découverte d'un nouveau contexte. C'est une occasion de développer une analyse théorique sur l'ensemble du positionnement d'activité d'un établissement.

La méthodologie de l'analyse territoriale de positionnement d'activité doit fournir à la stratégie une base factuelle solide et partagée permettant d'estimer un besoin territorial, un potentiel de développement concurrentiel ou des perspectives de coopération (I). La mise en œuvre de la stratégie doit reposer sur des dynamiques interactionnistes permettant de diminuer le temps de latence observé dans la mise en œuvre de la stratégie en mobilisant les acteurs autour de données et d'orientations pleinement objectivées et d'outils partagés de formalisation de la stratégie (II).

*

* *

¹⁰ Pour reprendre les termes de VALLANCIEN G., « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », Rapport, la documentation française, 2008

I. Une méthodologie de l'analyse territoriale de positionnement d'activité doit fournir à la stratégie une base factuelle solide permettant d'estimer un besoin territorial, un potentiel de développement concurrentiel et des perspectives de coopération.

A. L'analyse doit reposer sur une base factuelle étayée permettant une définition non ambiguë des orientations stratégiques et l'acceptation des acteurs de terrain.

1. Le développement d'un diagnostic territorial ciblé et multiscale incluant les données démographiques et socio-économiques constitue un fonds d'analyse nécessaire mais pas suffisant.

a. L'étude démographique est essentielle pour déterminer le besoin de soins sur le territoire.

i. Brève contextualisation au sujet du territoire de santé Audois

L'Aude compte une population de 368 025 habitants en 2016.

Le territoire de santé audois est marqué par une démographie vieillissante, avec une part des plus de 65 ans et des plus de 75 ans significativement plus élevées que la moyenne nationale.

Les tranches d'âges en deçà de 65 ans sont quant à elles en dessous de la moyenne nationale.

ii. La détermination des ressorts territoriaux (zones de recrutement) des établissements : une démarche par les séjours et la cartographie

1) Une zone d'attractivité délimitée mais pouvant mener à surestimer les taux de fuite

La détermination des ressorts territoriaux des établissements, c'est-à-dire, en somme, de la zone de chalandise dans laquelle ils recrutent une partie importante de leurs séjours, doit satisfaire à plusieurs exigences méthodologiques pour donner une vue juste de :

-la localisation des populations dont le besoin de santé est desservi par l'établissement

-l'identification des établissements concurrents et de l'intensité de la concurrence

-la mise en place d'indicateurs qui ne soient pas faussés par des effets de traçage

La taille des zones d'attractivité peut être approximée via l'outil de cartographie proposé par scansanté, qui pointe les pôles d'attractivité¹¹. Cette solution, qui a le mérite de la simplicité, ne couvre néanmoins pas l'ensemble des établissements, et, à titre d'exemple dans le champ de l'étude, le CH de Lézignan.

¹¹ Cf. Annexe 1 : carte des pôles d'attraction du CH de Narbonne, de la polyclinique le Languedoc et des établissements voisins en 2018.

Par ailleurs, si la zone d'attractivité du CH de Narbonne (définie sur la cartographie comme les codes postaux dont au moins 50% des séjours vont dans un même établissement) apparaît comme large (comprenant 17 codes géographiques PMSI, voir figure 1)¹². Il n'en reste pas moins que certains territoires visés apportent de faibles volumes de séjours et qu'un tel découpage présente le désavantage de conduire à une surestimation probable des taux de fuite.

A contrario, poser une zone d'attractivité trop restreinte conduit à surestimer la position concurrentielle de l'établissement.

2) Le recours au tracé de la zone de recrutement : une zone d'analyse plus précise

On se fondera sur le tracé d'une zone de recrutement, d'une taille plus modeste que celle de la zone d'attractivité.

Le seuil de l'ANAP pour établir la délimitation d'une zone de recrutement comprend les codes géographiques PMSI (communes ou groupements de communes) cumulant 80 % des séjours de l'établissement (également adoptée par l'ATIH pour son outil SNATIH)¹³ détient une pertinence qui est néanmoins discutée. Le seuil de 90 % a en effet selon Capgras et alii la particularité d'exclure moins de zones peu peuplées¹⁴.

Dans le cadre de cette étude, on prendra pour référence les zones de recrutement des établissements telles que définies sur le site scansanté, dont il est possible de rendre compte précisément en termes de proportion de séjours et d'illustration cartographique. Ce périmètre entre en cohérence avec le périmètre de calcul des parts de marché tel que présenté sur l'utilitaire scansanté. Nous utiliserons, pour présenter les indicateurs ad hoc qui seront mis en place, les mêmes zones que celles présentées ci-dessous.

Pour le centre hospitalier de Narbonne, le périmètre englobe 81,2% des séjours PMSI MCO hors séances de l'établissement et couvre 9 codes géographiques PMSI. Le périmètre de la polyclinique le Languedoc recoupe trait pour trait celui du centre hospitalier de Narbonne.

Pour le centre hospitalier de Lézignan-Corbières, il comprend 80 % des séjours PMSI MCO hors séances de l'établissement et comprend 4 codes géographiques PMSI.

- b. L'étude de la population et des données socioéconomiques sur les zones de recrutement respectives des CH de Narbonne, de la Polyclinique le Languedoc et du CH de Lézignan

- i. La zone de recrutement commune au CH de Narbonne et à la polyclinique le Languedoc*

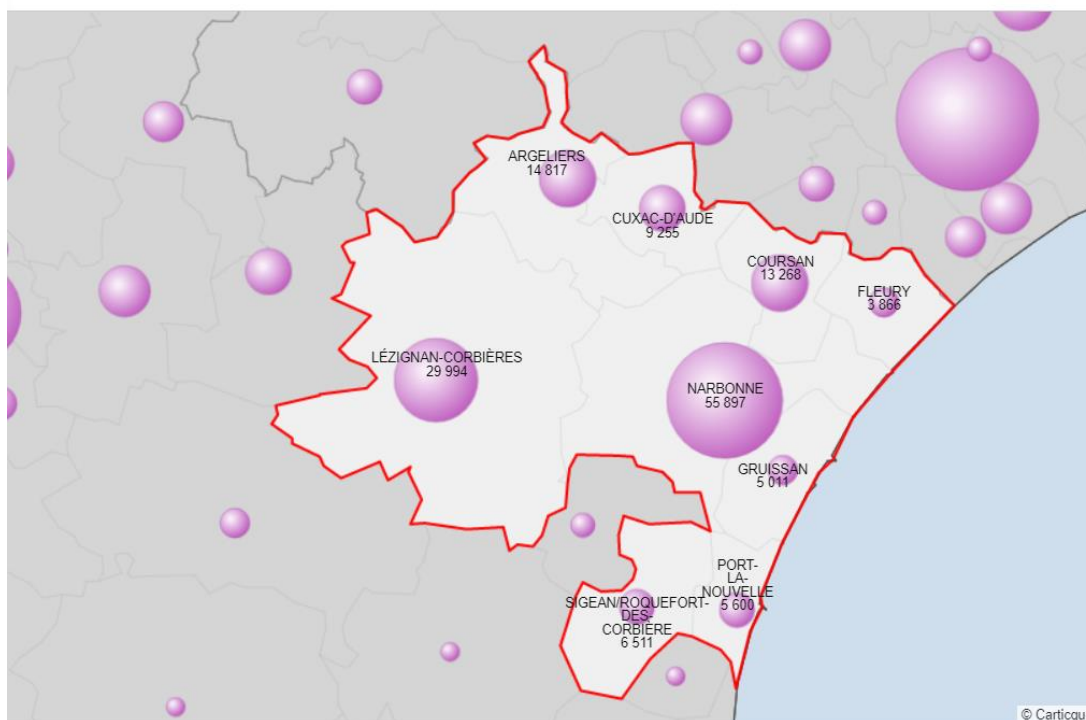
La zone de recrutement du CH de Narbonne couvrant 80% de ses séjours s'étend sur les 9 codes géographiques représentés sur cette cartographie.

¹² CAPGRAS, J-B, PASCAL C., GUILHOT N., CLAVERANNE J-P, 2011, « L'information économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir ! », Politiques et management public, Vol. 28/1, pp. 57-82. <http://journals.openedition.org/pmp/4167>

¹³ Ibidem p.68

¹⁴ Ibidem p.68

1 Population 2016 ▼



La population totale de cette zone est de 144 219 habitants. La structure de la population se décompose par code géographique comme présenté en annexe¹⁵.

On note une population plus âgée que la moyenne nationale, avec une sous-représentation de toutes les classes d'âge en dessous de 65 ans et une surreprésentation à partir de 65 ans. L'évolution de la population sur la période est supérieure à celle constatée pour la France entière (+0,8% par an entre 2011 et 2016). Cette progression démographique est à lier avec un solde naturel légèrement négatif qui est plus que compensé par un solde migratoire positif.

	1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2006	2006 à 2011	2011 à 2016
Variation annuelle moyenne de la population en %	0,3	0,8	1,2	0,2	1,3	0,3	0,8
due au solde naturel en %	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
due au solde apparent des entrées sorties en %	0,1	0,7	1,1	0	1,1	0,2	0,8
Taux de natalité (‰)	14,4	12,8	12,5	11,9	11,5	11,4	11
Taux de mortalité (‰)	11,6	12	11,3	10,7	10,3	10,2	11,1

16

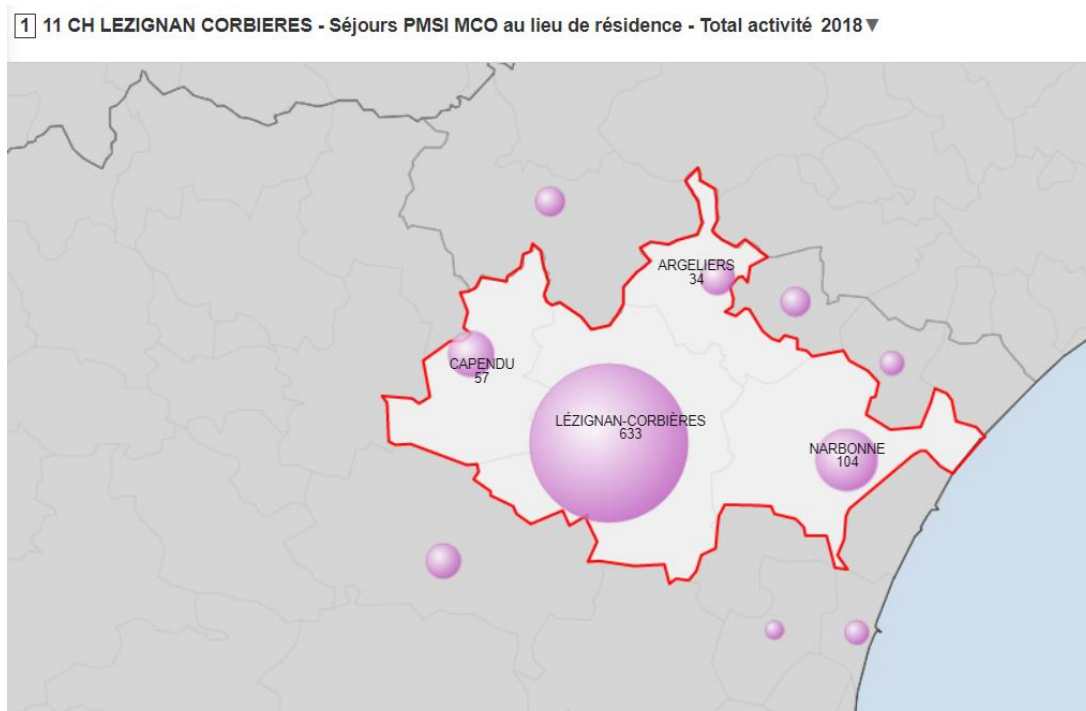
Au plan socioéconomique, la zone de recrutement de Narbonne montre des indicateurs dégradés.

ii. L'examen de la zone de recrutement de Lézignan

¹⁵ Cf. Annexe 2 : Composition et structure de la population des codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Narbonne

¹⁶ Source : Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2006 au RP2016 exploitations principales. Tableau remis en forme à partir de celui proposé à la référence POP T2M – Indicateurs démographiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-11262>

Ce point diffèrera peu de l'analyse préalablement posée. Sur les 4 codes géographiques qui la composent, 3 entrent également dans la zone de recrutement de la polyclinique le Languedoc et du CH de Narbonne.



La zone regroupe 110.561 habitants au dernier recensement en 2016.

Une vue synthétique fournie via la cartographie scansant relève des pourcentages de la population plus bas qu'au niveau national pour toutes les classes d'âge en deçà de 65 ans. A l'inverse, on retrouve une population de plus de 65 ans et de plus de 75 ans plus élevée que la moyenne nationale (19% pour les 65 ans et plus ; 9,3% pour les 75 ans et plus).¹⁷ Cela se vérifie pour l'ensemble des communes considérées. Au plan socioéconomique, le portrait de territoire de la ville de Lézignan-Corbières¹⁸ fait apparaître des taux de pauvreté qui s'élèvent à plus du double de la moyenne nationale pour chaque tranche d'âge¹⁹.

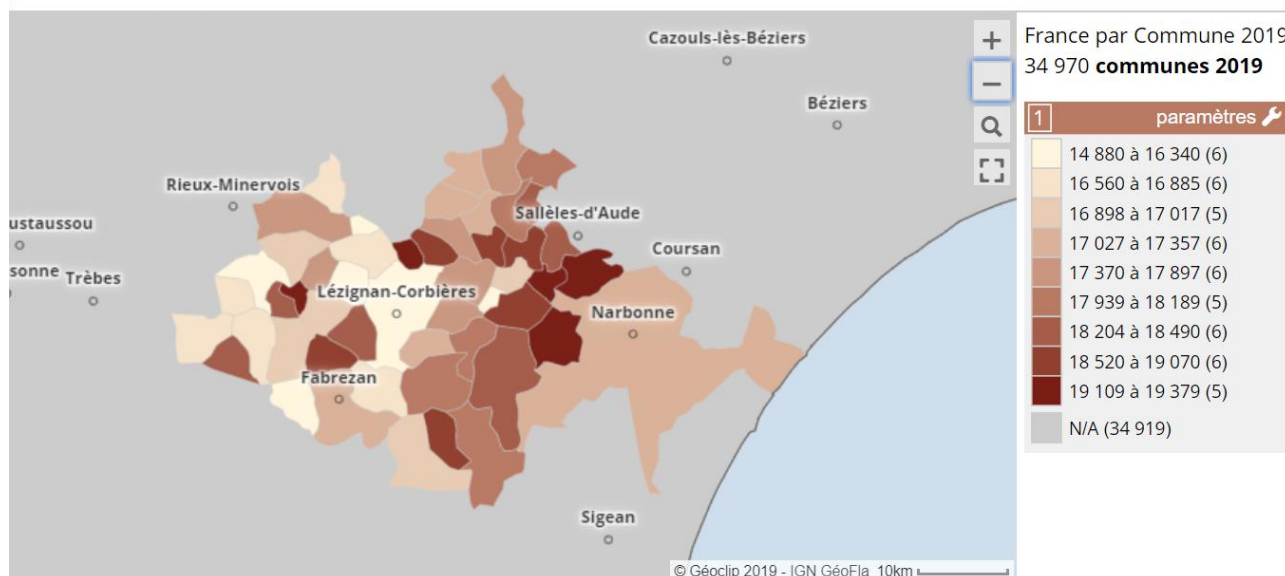
La population lézignanaise est somme toute plus âgée et plus précaire que la moyenne. On peut étendre cette observation à la partie Ouest de la zone de recrutement du CH de Lézignan (Lézignan-Corbières et Capendu), plus rurale et plus précaire que l'Est (Argeliers et Narbonne).

Les codes géographiques de Lézignan-Corbières et Capendu qui concentrent 83% des séjours de l'établissement sur sa zone de recrutement sont également les zones où les revenus médians 2014 sont les plus bas. A noter que l'ensemble des revenus médians représentés sont en dessous du revenu médian national qui s'élevait en 2014 à 20.369 €.

¹⁷ Cf. Annexe 3 Composition et structure de la population des codes géographiques composant la zone e recrutement du CH de Lézignan

¹⁸ INSEE, portrait de territoire de la commune de Lézignan-Corbières (11203), 2019 https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-11203#tableau-REV_G1

¹⁹ Cf. Annexe 4 Tableau récapitulatif des taux de pauvreté par tranche d'âge (2016) dans la ville de Lézignan Corbières



20

2. L'analyse concurrentielle est un élément crucial de la stratégie qui doit, dans ce contexte, s'intéresser aux concepts de l'économie industrielle²¹ tout en réexaminant leur granularité pour s'adapter aux échelons territoriaux.

a. Une adaptation des concepts de l'économie industrielle au tissu territorial amène des observations plus directement exploitables au plan de la stratégie d'établissements de moyenne et petite taille

i. *La modification de la granularité des indicateurs en employant divers niveaux de mesures peut permettre de dégager des indicateurs globaux et des indicateurs localisés mettant en relief des dynamiques concurrentielles spécifiques*

La vision macroscopique peut être posée via l'outil de cartographie scansanté, présentant divers niveaux de données sur le niveau du code géographique PMSI (parfois plus large que le niveau communal). L'indicateur clé est le nombre de séjours par code géographique PMSI, qui met en évidence le nombre de séjours par commune de provenance des patients. Cela permet d'inférer la zone de recrutement de l'établissement, correspondant à une zone où il recrute 80% de ses séjours. Une fois cette assise territoriale déterminée, un examen identique des zones de recrutement des établissements environnants permet un repérage des zones de tension concurrentielle aux frontières communes. Il faut procéder de même pour les établissements partageant le même bassin de recrutement.

Cet état de la concurrence étant déterminé à grands traits, une approche plus détaillée peut être engagée. La donnée mobilisée est à présent le nombre total de séjours PMSI MCO par code géographique sur le territoire, comparé au nombre recueilli par l'établissement. Cette comparaison donne sa part de marché.

²⁰ Données INSEE 2014, dispositif d'analyse « Filosofi », <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/niveau-de-vie-des-francais-par-commune/>

²¹ PAUL E., COLLIN A., DEMANET Q., « L'analyse territoriale en santé au service de la stratégie d'établissement », Techniques Hospitalières, 2005, pp.50-54

On fait de même pour le ou les établissements directement concurrents, qui partagent le même bassin de recrutement. Une fois ces parts de marché additionnées, on les compare au nombre global de séjours effectués sur la zone, le différentiel correspond au taux de fuite.

Il peut être pertinent d'opérer un calcul de ces indicateurs, à différentes échelles. Au niveau de l'ensemble de la zone pour le global de l'activité. Puis on peut déterminer des grands champs de spécialisation en analysant les parts de marchés sur les activités de soins M, C et O. Ensuite, lorsqu'un positionnement doit se faire plus précis, au niveau d'un domaine d'activité proche du niveau de donnée de la catégorie majeure de diagnostic, l'échelon du domaine d'activité (DoAc) permettra une vue plus précise. Enfin, l'analyse fine s'opérera au niveau des groupes d'activité (GA)²² voire des groupements homogènes de malades (GHM).

Le regroupement au niveau du DoAc conjugue bonne lisibilité sur une spécialisation et présentation possible de la donnée par voie cartographique, avec un nombre de séjours décliné par code géographique PMSI.

Cette analyse en « entonnoir », du domaine le plus général au particulier pourra avoir pour corollaire un affinement des outils d'analyse classiquement employés. On pourra dès lors mesurer des taux de fuite localisés, des parts de marché localisées, des parts de marché relatives localisées qui alimenteront la réflexion au niveau microscopique.

L'intérêt premier du recueil de données plus précises n'apparaît pas forcément, la stratégie raisonnant souvent à l'échelon des grandes masses de données. Pour autant, ce degré de granularité a l'avantage d'éclairer des facteurs d'attractivité singuliers, surtout quand ils sont confrontés à la vision empirique des acteurs de terrain. Dans le cas du CH de Narbonne, un code géographique (Gruissan) montre, malgré une distance géographique à l'établissement très faible, des parts de marché localisées très favorables au concurrent. La mise en évidence par les PH du CH de Narbonne de liens forts entre PH de la clinique concurrente et médecins généralistes de cette localité permet d'expliquer des dynamiques d'adressage particulièrement polarisées. Ce fait viendra ensuite alimenter une réflexion de contournement de la dynamique : proposer, sur des segments définis (spécialisation médicale ou chirurgicale), une consultation avancée du CH sur cette commune.

Le taux de fuite localisé mesure similairement l'impact territorial des dynamiques d'adressage, cette fois à l'extérieur du bassin de recrutement de l'établissement. Il concerne de manière privilégiée les territoires les plus éloignés de l'établissement mais peut indiquer des fuites qui sont des potentiels de croissance.

Les parts de marché et parts de marché relatives localisées permettent d'avoir une vision plus directe de la concurrence, et peuvent être employées pour le choix d'implantation de consultations avancées, d'actions de communication ou de contact avec les médecins libéraux locaux, mais aussi pour donner des éclairages succincts tant à destination d'instances qu'au niveau de la direction générale.

Ces calculs peuvent être approfondis par des comparaisons intertemporelles qui mesurent la progression ou la régression de l'activité locale. La difficulté est ici la disponibilité de la donnée, qui est communiquée avec un décalage d'un an sur la cartographie scansanté. Cela permet néanmoins de dégager des orientations structurelles.

- b. Les concepts de l'économie industrielle peuvent s'appliquer au diagnostic territorial et dessinent une situation concurrentielle contrastée pour les établissements en présence.
- i. *L'analyse de la structure du marché et de la structure de l'offre de soins : l'examen des parts de marché, taux de fuite au niveau global*

L'examen de la structure du marché sur le plan territorial passe d'abord par une étude au niveau global (ensemble M, C et O) des principaux concurrents sur la zone. Il faudra également dresser les profils d'activité respectifs de ces établissements. Le recueil des données peut s'effectuer via l'examen des parts de marché et du taux de fuite au niveau de la zone d'attractivité de l'établissement pour repérer ses concurrents principaux.

1) Structure de la concurrence

On retiendra la forte polarisation de l'ensemble des séjours de la zone sur les deux premiers établissements que sont la polyclinique le Languedoc (36.3% des parts de marché) et le centre hospitalier de Narbonne (33.2%). Dans la mesure où on dénombre 25 concurrents identifiés sur la zone. Il peut être pertinent de calculer, en première intention, le ratio de concentration de ce marché, qui consiste à additionner les pourcentages de part de marché des différents concurrents en partant du leader (C1)²³ :

Finess	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché		Indice de concentration
		2017	2018	2017	2018	2018
1	110780228 POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	16 442	17 007	35,80%	36,30%	36,30%
2	110780137 CH NARBONNE	15 695	15 515	34,20%	33,20%	69,50%
3	340780477 CHU MONTPELLIER	2 857	2 882	6,20%	6,20%	75,70%
4	340780139 CLINIQUE DU DR. CAUSSE	1 789	1 868	3,90%	4,00%	79,70%
5	660780784 CLINIQUE SAINT PIERRE	1 117	1 170	2,40%	2,50%	82,20%
6	340780055 CH BEZIERS	900	919	2,00%	2,00%	84,20%
7	110780772 CH LEZIGNAN-CORBIERES	915	862	2,00%	1,80%	86,00%

On note que 80 % des parts de marché sont captées par 5 concurrents.

Le calcul de l'indice d'Hirschmann-Herfindhal²⁴ amène des précisions sur le niveau de concentration du marché, qui est de 0,25, soit un degré de concentration élevé qui correspond à la structure oligopolistique du marché, tendant vers le duopole CH de Narbonne – Polyclinique le Languedoc sur certaines disciplines. Examiner ces éléments dans une perspective pluriannuelle a par ailleurs la vertu de mettre en évidence l'évolution des dynamiques concurrentielles : la polyclinique le Languedoc progressant sans discontinuer en termes de parts de marché. D'une stabilité à hauteur de 35.8% en 2016 et 2017, elle monte à 36.3% en 2018.

Le CH de Narbonne connaît en revanche une baisse modeste mais continue de 34,6% en 2016, 34.2% en 2017 à 33.2% en 2018 du total des séjours PMSI MCO.

²³ Cf. Annexe 5 Parts de marché et concentration d'activité pour le total des séjours MCO sur la zone de recrutement du CH de Narbonne

²⁴ Indice de concentration correspondant à la somme des carrés des parts de marché de l'ensemble des concurrents, donnant un indice entre 0 et 1. On considère qu'un marché est concentré à partir d'un seuil de 0,2.

Le CHU de Montpellier conserve une part de marché équivalente (à hauteur de 6,2%) sur les 3 années observées, révélant certainement par là un volume d'activité de recours stable. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que la distance séparant Narbonne de Montpellier (96 km, avec un itinéraire routier le plus rapide de 1h18 minutes²⁵) réduit certainement le recours à cet établissement pour les prises en charge plus classiques qui relèvent des établissements de référence.

Il reste pertinent de porter un intérêt au premier outsider privé présent en 4^{ème} position, avec une part de marché modeste mais légèrement croissante sur le territoire. La clinique du docteur Causse montre en effet une progression de 3,4% des parts de marché en 2016 à 4% en 2018 (soit 79 séjours supplémentaires). Cet établissement est, après l'établissement de recours, le principal vecteur de fuite du territoire.

2) Méthode de détermination du profil d'activité du CH de Narbonne et de ses concurrents :

Plusieurs indicateurs mettent en lumière les activités majeures prises en charge par les établissements de santé. Pour isoler ces champs de spécialisation, il est possible de recourir à différentes échelles de données complémentaires. Dans un premier temps, une analyse fondée sur le niveau de segmentation des activités de soins (ASO) M, C et O, donne une indication sur la spécialisation globale des établissements. L'analyse du casemix en CMD amène cette caractérisation plus loin, en mettant en avant les spécialités médicales traitées. L'étude de la concentration d'activité atteint un plus grand degré de précision.

- ii. *L'analyse des CMD et le point sur la concentration d'activités permettent de cerner des dynamiques de spécialisation et de différenciation ancrées.*

Suite à ce positionnement initial, les profils d'activité des établissements retenus pourront être dégagés via l'analyse et la mise en forme de leur casemix exprimé en catégories majeures de diagnostic. Le recours aux indicateurs de mesure de concentration d'activité disponibles sur ORFEE complète utilement cette première approche en y ajoutant la précision des GHM et des éléments de valorisation financière.

1) CH de Narbonne :

Le CH de Narbonne est l'établissement de référence sur son territoire. Il compte, en 2018, 19.205 séjours et 1.890 séances. On présentera ici une version abrégée du casemix CMD (2018), la méthode de Pareto a servi à isoler les premiers 80 % de séjours.

²⁵ Voir itinéraire

<https://www.google.com/maps/dir/Narbonne/Montpellier/@43.4170759,3.1665735,10z/data=!4m14!4m13!1m5!1m1!1s0x12b1ab414900fb89:0x4078821166d23a0!2m2!1d3.003078!2d43.184277!1m5!1m1!1s0x12b6af0725dd9db1:0xad8756742894e802!2m2!1d3.876716!2d43.610769!5i1>

Libellé CMD	Effectifs 2018	Valorisation
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu cor	3112	11 563 225 €
Affections du tube digestif (6)	2948	5 816 039 €
Séances (28)	1890	2 457 789 €
Affections du système nerveux (1)	1828	5 510 689 €
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum (14)	1564	2 369 944 €
Affections de l'appareil circulatoire (5)	1553	4 877 497 €
Affections de l'appareil respiratoire (4)	1430	6 267 333 €
Nouveaux nés, prématurés (15)	835	899 064 €
Maladies et troubles mentaux (19)	796	1 357 832 €
Affections endocriniennes, métaboliques (10)	773	1 815 790 €
Affections du rein et des voies urinaires (11)	608	1 758 512 €
Total	17337	44 693 714 €

Les spécialités en présence sont l'orthopédie (médicale et chirurgicale), les affections du tube digestif (médicale, chirurgicale et interventionnelle), les séances (dont chimiothérapies), la neurologie, l'obstétrique, la cardiologie, la pneumologie. Suivent les soins aux nouveaux nés, les troubles mentaux, les affections endocriniennes et l'urologie.

L'indice de concentration des séjours est relativement bas : les 10 premiers GHM en volume concentrant 25,06 % des séjours et 10,89% de la valorisation T2A. Ce portefeuille d'activités ouvert et relativement peu concentré, avec une représentation équilibrée des grandes disciplines médicales, correspond bien à un établissement de référence sur son territoire. Il est favorisé par une dynamique de faible sélection des cas traités, d'une part d'entrées programmées relativement faible et d'une forte proportion d'entrées par les urgences (9 673 hospitalisations en MCO suite à un passage aux urgences en 2017), qui totalisent un nombre de passages toujours croissant (avec 43 507 en 2017²⁶ et une dynamique haussière en 2018 autour de 45 000 passages).

2) Polyclinique le Languedoc :

L'établissement montre 20.633 séjours hors séances soit un nombre proche de celui du CH de Narbonne, à quoi s'ajoutent 19.306 séances.

L'analyse de l'activité de cette clinique bien positionnée en termes de parts de marché laisse voir un casemix plus concentré, souvent sur des spécialités qui ressortent à des prises en charge standardisées, programmées et réalisables en ambulatoire avec une focalisation sur le volume d'activité. Une telle configuration illustre bien l'analyse de l'IGAS qui affirmait en 2012 : « Historiquement les cliniques privées se sont positionnées sur des portefeuilles d'activités spécialisés, en chirurgie (en particulier en ophtalmologie – le traitement de la cataracte en premier lieu – et en orthopédie – notamment la main, le canal carpien ou les arthroscopies du genou – au point d'éliminer l'offre publique sur ces segments dans certaines villes) et en cancérologie, en développant sur ces spécialités de gros volumes d'activité. De fait, les cliniques réalisent encore l'essentiel de leur activité avec un nombre de racines de GHM deux fois moins élevé que les hôpitaux publics ».²⁷

²⁶ SAE, enquête 2017, fiche « structure des urgences », onglet « activité »

²⁷ De Beauchamp H., « Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins », rapport IGAS, 2012

Libellé CMD	Effectifs	Valorisation
Séances	19306	8 743 477 €
Affections du tube digestif	5132	3 961 396 €
Affections de l'œil	2511	1 782 991 €
Affections de l'appareil circulatoire	1698	2 723 204 €
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquel	1369	2 136 920 €
Affection des oreilles du nez, de la gorge de la bouche	1312	721 472 €
Facteurs influant sur l'état de santé	1310	1 867 604 €
Total	32638	21 937 064 €

Les indices de concentration de l'activité vont à l'appui de ce descriptif : 66,06 % de l'activité de cet établissement sont compris dans les 10 premiers GHM, qui représentent 38,60% de sa valorisation (soit 11,87 millions d'euros).

Les séances se subdivisent en hémodialyses (11958) domaine dans lequel la polyclinique est seule détentrice d'autorisation au sein de la zone, en chimiothérapies pour tumeurs (6010), transfusions sanguines (526), entraînement à l'hémodialyse (435) et en endoscopies en ambulatoire (2193) ou en séjours de moins de deux jours (1217). Les affections de l'œil sont essentiellement des interventions sur le cristallin en ambulatoire (2168). La stomatologie en ambulatoire semble dynamique avec 906 séances, les naissances en revanche montrent un fléchissement.

3) CH de Lézignan :

Cet établissement de proximité totalise, en 2018, 1034 séjours et 41 séances. Son activité se concentre principalement sur 8 CMD et se compose essentiellement de séjours en lien avec l'appareil digestif, notamment interventionnel avec les endoscopies ; les troubles mentaux liés à l'absorption de drogues en particulier des admissions pour des sevrages alcooliques simples, les troubles mentaux d'origine organique en lien avec des problématiques de psychogériatrie, les affections pulmonaires classiques et les anomalies de la démarche d'origine neurologique.

Une transcription graphique du profil d'activité en CMD du CH de Lézignan sur la base d'un graphique en radar est disponible en annexe.²⁸

La concentration d'activité montre une polarisation équivalente à celle de la clinique Causse, autour de 53% des séjours concentrés sur les 10 premiers GHM, correspondant à 37,80% de la valorisation totale. Une autre particularité du casemix est l'âge moyen élevé des patients accueillis.

4) Clinique Causse :

Située à Colombiers, ville équidistante de Narbonne et Béziers, la clinique Causse a un portefeuille d'activités exclusivement chirurgical et a pris en charge 9049 séjours en 2018. Ce, avec une concentration d'activité importante, indiquant une spécialisation caractéristique. Cet établissement se concentre en effet sur 4 catégories majeures de diagnostic, par ordre décroissant : affection des oreilles du nez et de la gorge,

²⁸ Cf. Annexe 6 Représentation du casemix en CMD du CH de Lézignan, en radar

de la bouche et des dents, affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, affections de l'œil, affection du tube digestif.

Vu le faible nombre de CMD, il est utile de présenter par un tableau la concentration en GHM. Les 10 premiers GHM concentrant 53,32% des séjours dans cet établissement et représentent 41,49% de sa valorisation totale.

Libellé	Effectifs 2018	Valorisation
Interventions sur le cristallin en ambulatoire	1837	1 308 745,00 €
Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 1	653	838 757,00 €
Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire	644	226 310,00 €
Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	262	276 399,00 €
Endoscopies digestives et thérapeutiques : séjours de moins de 2 jours	242	110 612,00 €
Libération du canal carpien en ambulatoire	229	87 402,00 €
Intervention sur les végétations adénoïdes, en ambulatoire	219	49 511,00 €
Arthroscopies de l'épaule, niveau 1	198	290 895,00 €
Autres interventions sur la main en ambulatoire	188	97 804,00 €
Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne, niveau 2	179	486 274,00 €

On constate une polarisation du casemix sur les actes chirurgicaux et interventionnels standardisés en ambulatoire, mais également une surspécialisation sur la chirurgie de la sphère ORL qui est un pilier de l'attractivité de cet établissement.

iii. *Une approche préalable des équilibres concurrentiels dans la zone au niveau global et localisé : l'étude des ASO.*

1) L'analyse globale.

Les activités des établissements de la zone en activité de soins (ASO), M, C et O offrent une vue de la configuration de l'offre de soins et des avantages concurrentiels globaux en présence.

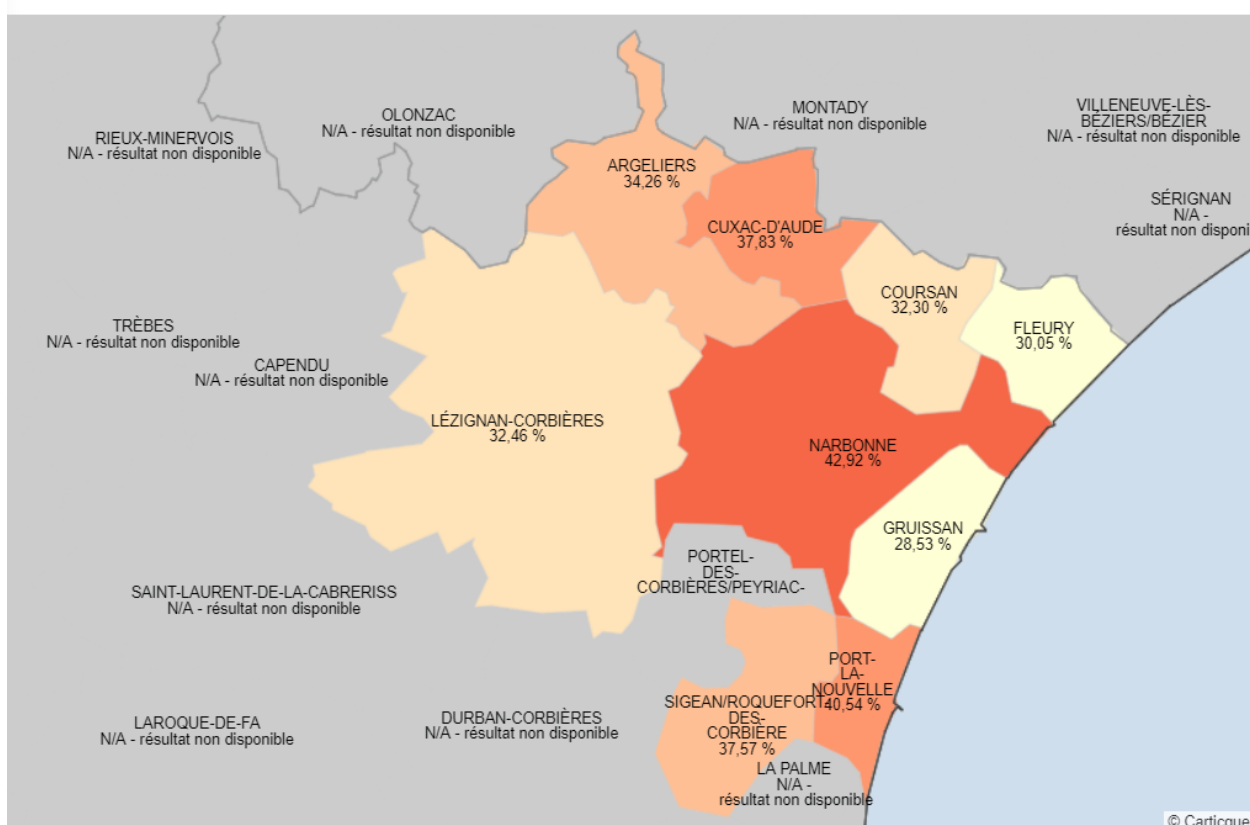
- Sur le champ de l'activité de soins médecine (M), le leader est le centre hospitalier de Narbonne avec une part de marché globale de 39,13% des séjours sur sa zone de recrutement, la polyclinique le Languedoc occupe un second rang à 34,39%, le centre hospitalier de Lézignan faisant figure d'outsider à 3,04 %. Le taux de fuite global se monte à 23,43 %. Le marché suit une dynamique d'oligopole tendant vers le duopole dans certaines disciplines, voire le monopole (exemple des séances de chimiothérapies et *a fortiori* des dialyses captées en quasi-totalité par la polyclinique).
- L'activité de soins chirurgie (C) est dominée en volume par la polyclinique le Languedoc avec une part de marché de 41,05% des séjours de la zone. A noter qu'une précaution méthodologique doit immédiatement accompagner le constat chiffré : la réalisation massive d'actes en ambulatoire d'ores et déjà soulevée (exemple des interventions sur le cristallin, ou encore des actes stomatologiques) par cet établissement conduit à faire apparaître une position concurrentielle élevée. C'est pourquoi il sera intéressant de développer plus avant les analyses de portefeuille d'activité et de d'atteindre des niveaux de données plus fins. Le CH de Narbonne suit avec une part de marché globale de 23,73 %. Le CH de Lézignan dispose d'une place résiduelle avec 0,28% des séjours, correspondant à des actes de petite chirurgie.
- L'activité de soins d'obstétrique (O) est partagée entre le CH de Narbonne avec 51,52 % des parts de marché et la polyclinique le Languedoc, 36,53 % ; avec un taux de fuite faible à hauteur de 11,95 %. Ce

taux peut être, pour partie, dû à des actes de recours engendrant un taux de fuite mécanique, dans la mesure où les deux maternités du territoire sont de niveau 1. De fait, les grossesses compliquées entrent en totalité dans la fuite, avec en 2017, des prises en charge en dehors du territoire convergeant respectivement vers Carcassonne (proximité géographique et maternité de niveau 2), Béziers (proximité géographique et maternité de niveau 2), et le CHU de Montpellier (maternité de niveau 3).

iv. *L'analyse localisée des ASO.*

1) Médecine.

1 Parts de marché CHN ASO M 2018 (%)



La mesure plus fine de la répartition des parts de marché et taux de fuite par code géographique PMSI donne à voir des bassins de recrutement privilégiés pour chaque établissement et permet d'envisager leur rayonnement sur la zone.²⁹

Sur le champ de la médecine, le CH de Narbonne dispose d'une position dominante dans les localités de Narbonne, Lézignan, Sigean, Cuxac d'Aude, Port la Nouvelle.

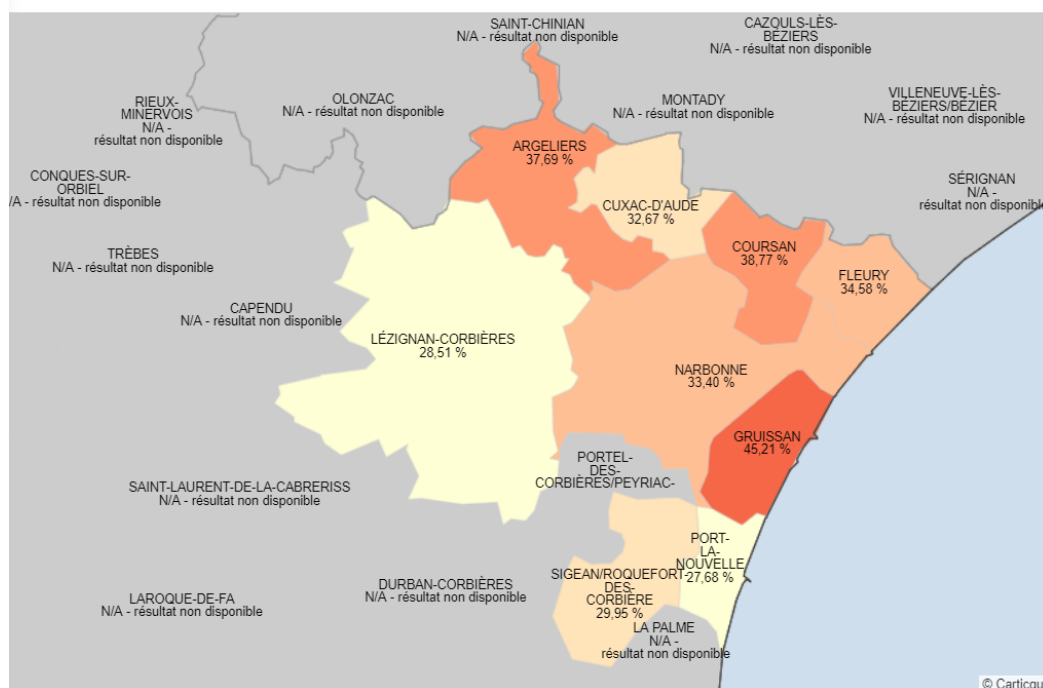
La polyclinique domine sur les codes géographiques de Fleury d'Aude, Coursan, Gruissan et Argeliers, qui sont aussi les zones où les revenus médians sont les plus élevés.

Cette répartition semble en partie régie par une proximité géographique et une accessibilité routière en particulier pour les communes de Fleury d'Aude, Coursan et Gruissan situées au Nord-Est et à l'Est de Narbonne, proches de cet établissement. Les codes géographiques côtiers (Narbonne plage, Fleury

²⁹ Voir en annexe 7 la répartition des parts de marché et taux de fuite localisés pour l'activité de soins M
Jean-Laurent BERNET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2019 - 15 -

d'Aude et Gruissan) sont soumis à la saisonnalité avec la fréquentation des plages. La clinique bénéficie probablement de sa proximité des lieux et de réseaux d'adresseurs robustes localement, y compris à Argeliers, commune plus éloignée.

1) Parts de marché Polyclinique le Languedoc ASO M 2018 (%)



Le CH de Lézignan³⁰ garde des parts de marché essentiellement locales avec 11,75% des séjours au sein du code géographique de Lézignan et moins de 2% dans les autres codes géographiques de la zone.

2) Chirurgie.

L'examen localisé des parts de marché et taux de fuite sur le domaine de la chirurgie démontre³¹ :

- un avantage en volume généralisé de la polyclinique le Languedoc, singulièrement sur les localités où elle démontrait une position de marché dominante sur la médecine mais également sur d'autres localités, avec comme précisé *supra*, un effet casemix.

- des taux de fuite importants, qui signalent un potentiel de développement d'activité sans nécessiter de conquête de parts de marché sur le concurrent direct. Il faut néanmoins en exclure les actes chirurgicaux de recours ainsi que les activités pour lesquelles les établissements locaux ne disposent pas d'autorisations d'activité.

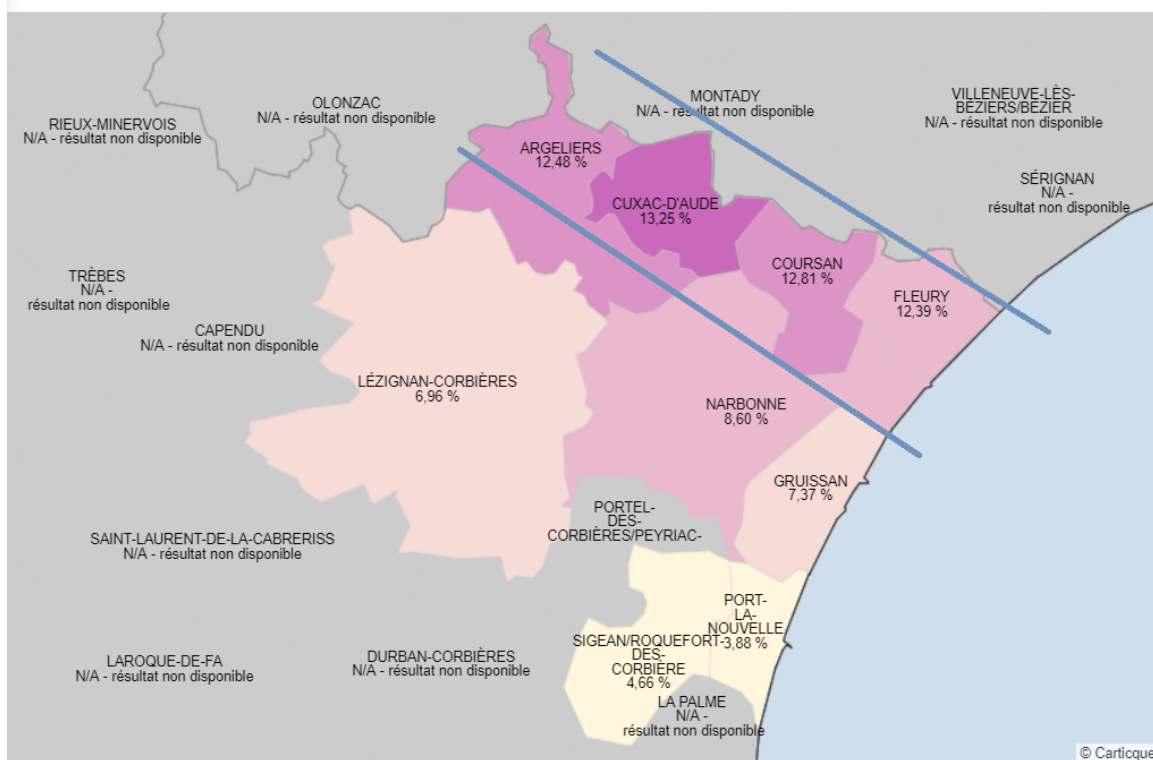
On observe que les taux de fuite, d'ores et déjà conséquents, sont toutes choses égales par ailleurs plus importants à l'extrémité nord (Cuxac, Argeliers, Coursan, Fleury) de la zone de recrutement, qui est proche non seulement du CH de Béziers, mais surtout de la clinique du docteur Causse disposant d'un portefeuille d'activités uniquement chirurgical. Cette dernière hypothèse peut être vérifiée à l'aune d'une projection cartographique et de parts de marché : il suffit de générer une carte des séjours chirurgicaux assurés par la clinique au sein de la zone de recrutement commune au CH de Narbonne et de la Polyclinique le

³⁰ Voir en annexe 8 la carte de provenance des séjours sur de Lézignan pour l'ASO M

³¹ Voir en annexe 9 la répartition des parts de marché et taux de fuite localisés pour l'activité de soins C

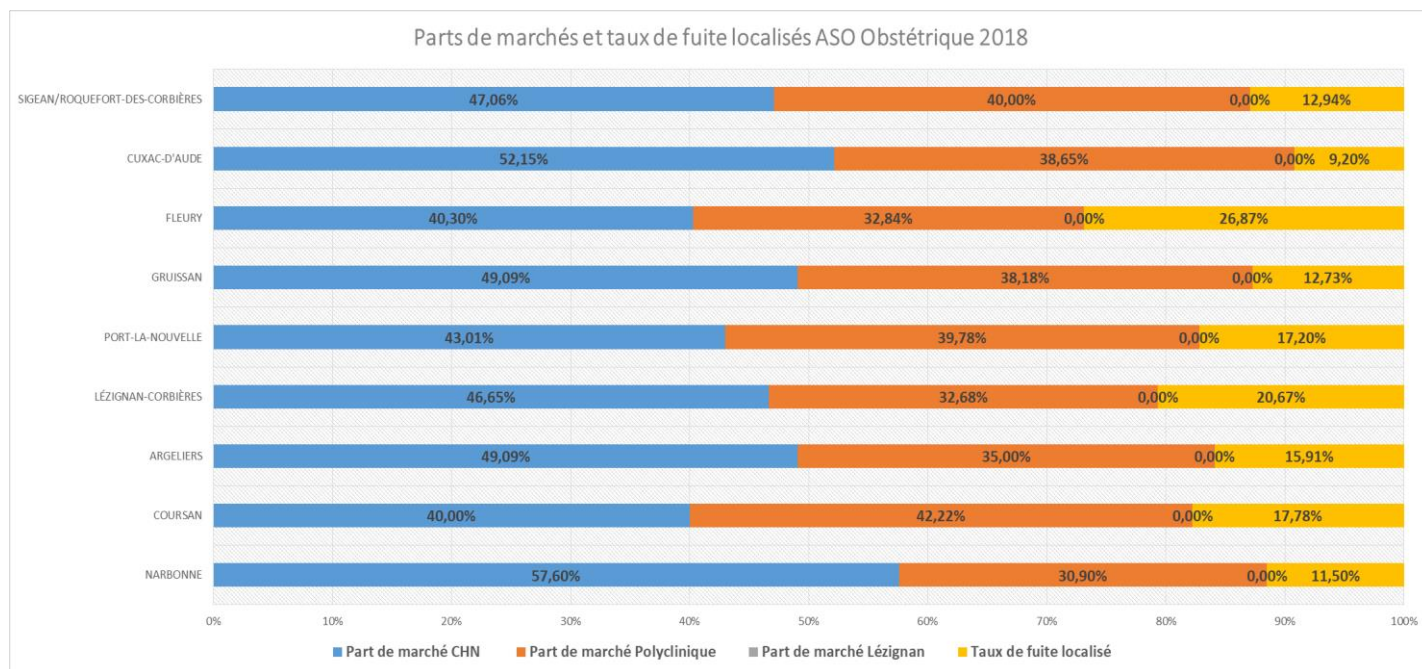
Languedoc. Il en ressort que la clinique Causse capte entre 11 % et 35,39% de la fuite du territoire en fonction des localités, et totalise autour de 12% de parts de marché sur les 4 codes géographiques.

1) Parts de marché Clinique Causse ASO C 2018 (%)



On note par ailleurs l'impact résiduel du CH de Lézignan sur le territoire.

3) Obstétrique.



Le secteur de l'obstétrique exclut le CH de Lézignan et, hors de la zone de recrutement, la clinique du docteur Causse, deux établissements qui ne disposent pas d'autorisation en la matière.

Le marché est donc un duopole mettant face à face le CH de Narbonne et la Polyclinique le Languedoc. L'avantage concurrentiel est détenu par le CH de Narbonne. Il domine à l'exception de Port-la-Nouvelle et Gruissan et Fleury d'Aude (parts de marché équivalentes) et du code géographique de Coursan où il détient 5 séjours de moins que la polyclinique.

Cet avantage quantitatif se double d'un avantage qualitatif : le taux de césariennes au sein du CH de Narbonne était de 20 % lors de la dernière enquête SAE (2017), là où celle de la Polyclinique le Languedoc affichait un taux de 32 %.³²

Le domaine d'activité obstétrique est marqué par des particularités notables. D'abord une situation locale de duopole. Ensuite des taux de fuite bas, en lien avec une activité de recours non assurée sur le territoire, et de fait l'impossibilité pour les établissements en présence de gagner des volumes significatifs de séjours sur ces taux de fuite. Cette activité répond à des facteurs d'évolution stables, avec notamment une natalité atone, qui ne laisse pas entrevoir des taux de recours supérieurs, donc pas de croissance de ce marché à prévoir à moyen terme. Enfin, la polyclinique le Languedoc approche des seuils minimaux pour ce qui concerne les seuils d'activité d'obstétrique. L'ensemble de ces facteurs concorde pour former l'hypothèse que ce marché relève d'une situation de jeu à deux à somme nulle, c'est-à-dire où les deux participants sont voués à étendre leur activité uniquement par la captation de parts de marché sur leurs concurrents.

B. La démarche de conception de la stratégie doit offrir des pistes détaillées tout en envisageant leur explicitation

1. Une analyse combinatoire doit associer les conclusions tirées des données éparses cartographiques, concurrentielles et du casemix des structures concernées pour donner des cibles d'évolution claires, par activité.

- a. Un cas d'application global : une analyse de la situation concurrentielle et de la spécialisation du CH de Lézignan

On s'attachera à analyser la situation du CH de Lézignan, avec pour référence sa zone d'attractivité spécifique et non en tant qu'établissement situé sur la zone d'attractivité du CH de Narbonne. Ainsi qu'on l'a indiqué, elle est plus restreinte et couvre 4 codes géographiques PMSI : Narbonne, Lézignan, Argeliers, Capendu ; confirmant son statut d'hôpital de proximité.

Pour ce qui est du positionnement global, il est pertinent de le centrer sur l'ASO Médecine dans la mesure où l'établissement n'a pas d'autorisation de chirurgie ni d'obstétrique. Après un bref éclairage sur la concentration du marché. Les activités entrant en jeu dans le positionnement du CH seront déterminées à l'aune de la concentration d'activité de l'établissement. En l'absence de possibilité d'analyser les données

³² Voir SAE 2017 lien internet

territorialement au niveau du DoAc ; les données seront immédiatement étudiées à un plus grand degré de détail, au niveau du groupe d'activité.

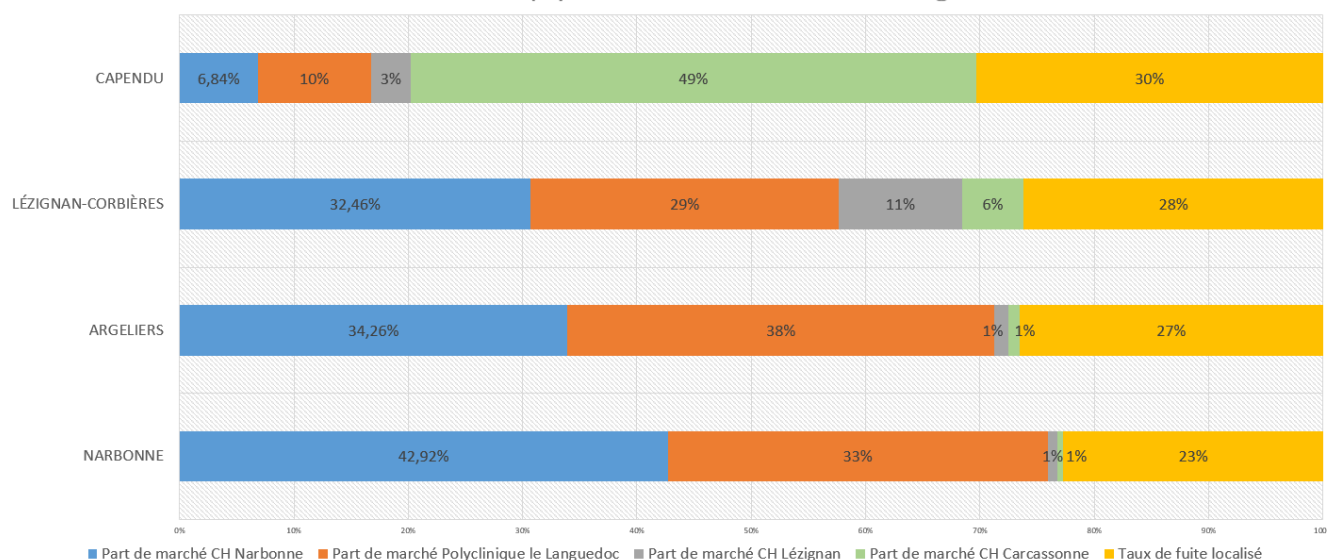
Ratio de concentration du marché.

Rang	Finess	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché		Indice de concentration
			2017	2018	2017	2018	2018
C1	110780137	CH NARBONNE	7 559	7 447	37,60%	36,20%	36,20%
C2	110780228	POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	5 861	6 325	29,20%	30,80%	67,00%
C3	340780477	CHU MONTPELLIER	1 396	1 353	7,00%	6,60%	73,60%
C4	110780061	CH CARCASSONNE	1 151	1 199	5,70%	5,80%	79,40%
C5	110780772	CH LEZIGNAN-CORBIERES	816	793	4,10%	3,90%	83,30%
C6	660780784	CLINIQUE SAINT PIERRE	547	580	2,70%	2,80%	86,10%
C7	310781406	CHR TOULOUSE	456	414	2,30%	2,00%	88,10%
C8	340780055	CH BEZIERS	382	385	1,90%	1,90%	90,00%
C9	660780180	CH PERPIGNAN	219	290	1,10%	1,40%	91,40%
C10	110780483	CLINIQUE MONTREAL	222	217	1,10%	1,10%	92,50%
C11	340780139	CLINIQUE DU DR. CAUSSE	182	212	0,90%	1,00%	93,50%
C12	340000207	INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER	211	185	1,10%	0,90%	94,40%
C13	340015502	CLINIQUE LE MILLENAIRE	123	164	0,60%	0,80%	95,20%
C14	340780667	CLINIQUE DU PARC	70	90	0,30%	0,40%	95,60%
C15	310780259	SA CLINIQUE PASTEUR	76	88	0,40%	0,40%	96,00%
C16	340015965	SAS POLYCLINIQUE SAINT PRIVAT	71	77	0,40%	0,40%	96,40%
C17	340009885	POLYCLINIQUE CHAMPEAU	86	74	0,40%	0,40%	96,80%
C18	300780038	CHU NIMES	52	37	0,30%	0,20%	97,00%
C19	310782347	INSTITUT CLAUDIUS REGAUD	40	37	0,20%	0,20%	97,20%
C20	340000025	INSTITUT SAINT PIERRE	25	36	0,10%	0,20%	97,40%
C21	750712184	AP-HP	29	27	0,10%	0,10%	97,50%
C22	130786049	AP-HM	24	24	0,10%	0,10%	97,60%
C23	340022979	POLYCLINIQUE ST ROCH	18	24	0,10%	0,10%	97,70%
C24	340780568	CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALONIE	25	23	0,10%	0,10%	97,80%
C25	340780642	CLINIQUE BEAU SOLEIL	21	22	0,10%	0,10%	97,90%
C26+	999999999	Autres Finess (185 établissement(s) en 2018 / 162 établissement(s) en 2017)	418	427	2,10%	2,10%	100,00%
			20 080	20 550	100,00%	100,00%	

La concentration du marché, que l'on examine sur le domaine M uniquement, révèle une structure du marché d'ordre oligopolistique confirmée par un indice d'Hirschmann Herfindhal calculé à hauteur de 0,237. La concentration du marché est ici plus faible que celle rencontrée dans la zone de recrutement du CH de Narbonne. Dans cette configuration, le CH de Lézignan prend un pourcentage résiduel de 3,9% des parts de marché, en recul par rapport aux 4,1% réunis en 2017. Le CH de Narbonne perd des séjours tout en restant leader, la polyclinique le Languedoc renforce au contraire sa position, le CH de Carcassonne stabilise la sienne.

Positionnement ASO M territorialisé

Parts de marché ASO (M) zone de recrutement du CH de Lézignan 2018



Le positionnement du CH de Lézignan dans sa zone d'attractivité sur l'activité de soins médecine marque principalement le code géographique de Lézignan, avec 11% des parts de marché sur ce code géographique. La part de marché sur le code géographique voisin de Capendu s'atténue à 3% ; à Argeliers et à Narbonne, elle ne représente plus qu'1% de l'activité médicale.

Le graphique ci-dessus et la carte en annexe³³ montrent bien la position du CH de Lézignan, pris entre les zones de recrutement de nombreux concurrents privés ainsi que de deux établissements publics de référence : à l'ouest, il subit fortement l'influence du CH de Carcassonne, captant 49% de l'activité médicale sur le code géographique de Capendu, avec par ailleurs un taux de fuite de 30% drainé par les établissements de recours que sont le CHR de Toulouse et le CHU de Montpellier et par divers acteurs privés. A l'est, la majorité des séjours est captée par le CH de Narbonne et par la Polyclinique le Languedoc, ainsi que par une fuite distribuée entre établissements de recours et cliniques privées locales.

Cette position frontière couplée à l'absence de taille critique de l'établissement induit un univers compétitif puissant, que le CH de Lézignan subit plus qu'il ne le modèle.

i. La mesure des effectifs et des dynamiques au niveau des groupes prévisionnels permettent une vision fine d'activités particulières en statique et en dynamique

L'analyse préalable de la concentration d'activité au niveau global mettait en évidence les 10 GHM suivants, une analyse des groupes d'activité correspondants permettra de déterminer l'évolution du positionnement du CH de Lézignan.

Code	Libellé	Nombre de séjours / séances	Valorisation	GA
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	184	129 988	G022
06K02Z	Endoscopie digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	125	106 845	G213
20Z041	Ethylisme avec dépendance, niveau 1	92	209 224	G173
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	41	122 325	G191
19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	23	113 828	G170
19M062	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	22	85 746	G170
10M163	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	20	69 964	G161
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	19	81 415	G080
01M34Z	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	18	59 699	G055
04M033	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	18	60 582	G078
	Total	1075	2 896 083	

ii. Le recours aux indicateurs localisés et à la cartographie pour examiner la répartition territoriale de la demande de soins est entravé par les nouvelles mesures de secret statistique.

Le recours aux indicateurs localisés préalablement relevés aurait été intéressant pour mieux cerner l'implantation territoriale des séjours du CH de Lézignan. Des indications sur l'aire d'influence, les réseaux d'adresseurs et les localités qui ont le plus recours à l'établissement auraient pu être apportées par ce degré d'analyse. Pour autant, le secret statistique des données en dessous de 11 séjours rend impossible une exploitation valide de ces données à l'échelon de cet établissement qui a de trop faibles volumes par code géographique. Ce manque de faisabilité est compensé par le fait que le CH de Lézignan a une zone

³³ Cf. Annexe 1 : le CH de Lézignan se situe entre les pôles d'attractivité de Carcassonne et de la polyclinique et du CH de Narbonne

de recrutement restreinte, l'absence d'information plus précise n'est donc pas préjudiciable opérationnellement. Des actions de type communication avec les offreurs de soins de ville, opérations de sensibilisation et de prévention vis-à-vis de la population, développement de disciplines spécifiques, peuvent être aisément menées sur 4 codes géographiques PMSI. En revanche, une analyse détaillée des groupes d'activité peut être présentée, mais ne pourra avoir de déclinaison cartographique (l'origine du patient n'étant plus fléchée sur un code géographique à cet échelon).

iii. Une analyse au niveau des GA permet d'avoir une vue précise de l'état de la concurrence

Les groupes d'activité constituent un niveau de données qui permet un compromis entre le regroupement par groupements prévisionnels (GP) et le niveau très détaillé des racines de GHM et des GHM proprement dits.

Etude de la position concurrentielle :

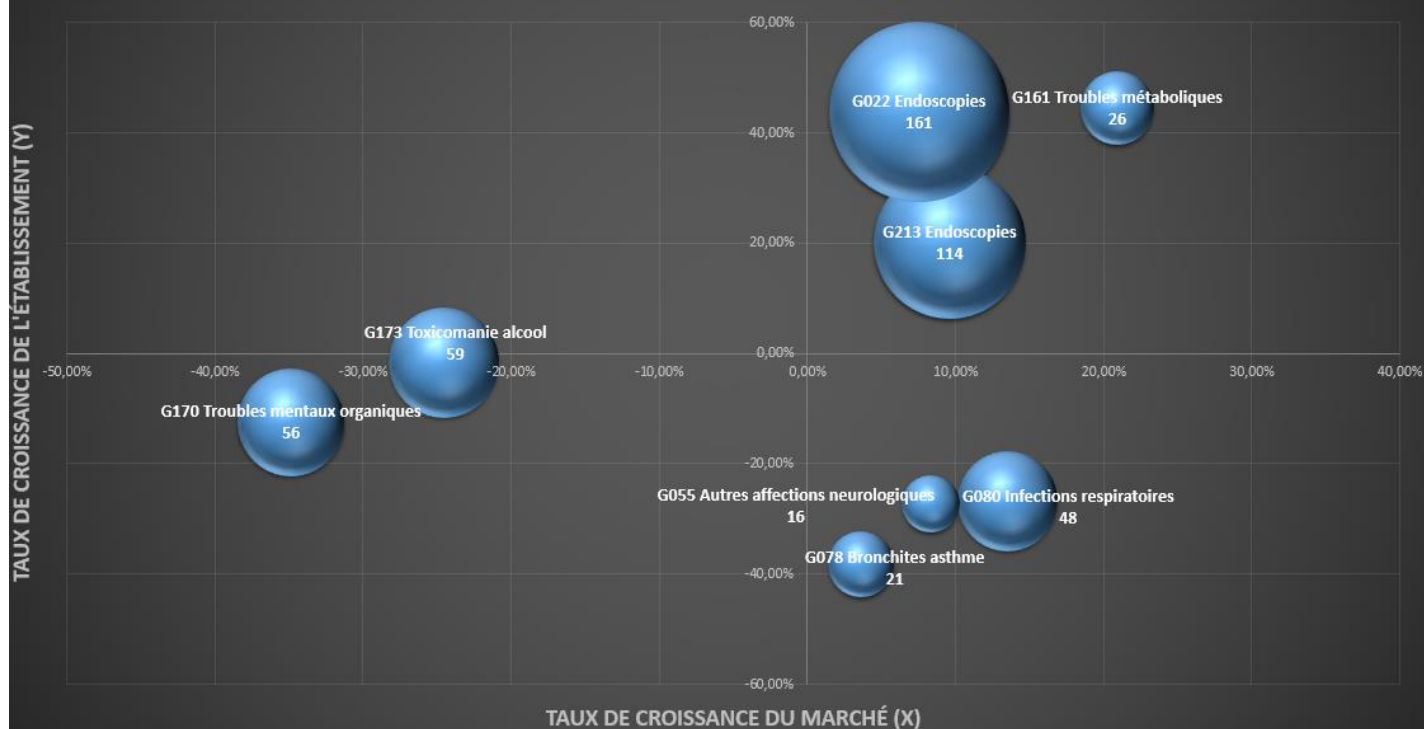
1) L'analyse axée sur l'évolution dynamique montre un positionnement concurrentiel contrasté mais faible des principales activités au sein du marché territorial

En première intention, le relevé des groupes d'activité peut permettre d'établir une matrice qui rend compte de l'évolution de la position concurrentielle de l'établissement sur ces segments au cours des années 2017 – 2018. Cette matrice est librement inspirée de celle présentée au niveau de l'outil ORFEE³⁴ sur le site scansanté. L'outil original propose un recul de deux années sur la donnée, celui-ci n'en propose qu'une pour des raisons de concordance des agrégats comparés. L'outil original et l'outil adapté présentent un avantage et un inconvénient majeurs.

- L'avantage consiste à pouvoir identifier rapidement les dynamiques récentes de captation des séjours, il répond donc à la question : quel développement ont connu une ou des activités définies dans l'établissement choisi par rapport à l'ensemble des établissements de la zone de recrutement visée ? Cette question reçoit via la matrice une réponse à deux niveaux : l'établissement connaît sur cette activité une croissance de sa part de marché équivalente, moindre ou supérieure aux autres établissements ; la taille de la bulle indique par ailleurs l'importance du nombre de séjours effectués dans l'établissement. Ce dernier aspect relativise des croissances ou des baisses très élevées, mais concernant de faibles volumes.
- Le désavantage relatif de cette matrice est d'être court-termiste dans la vision qu'elle apporte, contrainte structurelle liée à sa conception ; mais également de présenter une vue dynamique qui ne donne pas d'idée précise de l'avantage concurrentiel déjà capitalisé par un établissement. Pas davantage cet outil ne renseigne sur les volumes financiers liés à une activité.

³⁴ <https://www.scansante.fr/applications/flux-entre-etablissements-orfee>

Matrice d'évolution dynamique des groupes d'activité principaux du CH de Lézignan sur sa zone de recrutement (2018)



Cette présentation des données³⁵ montre le regroupement des groupes d'activité dans 3 cadrans bien distincts :

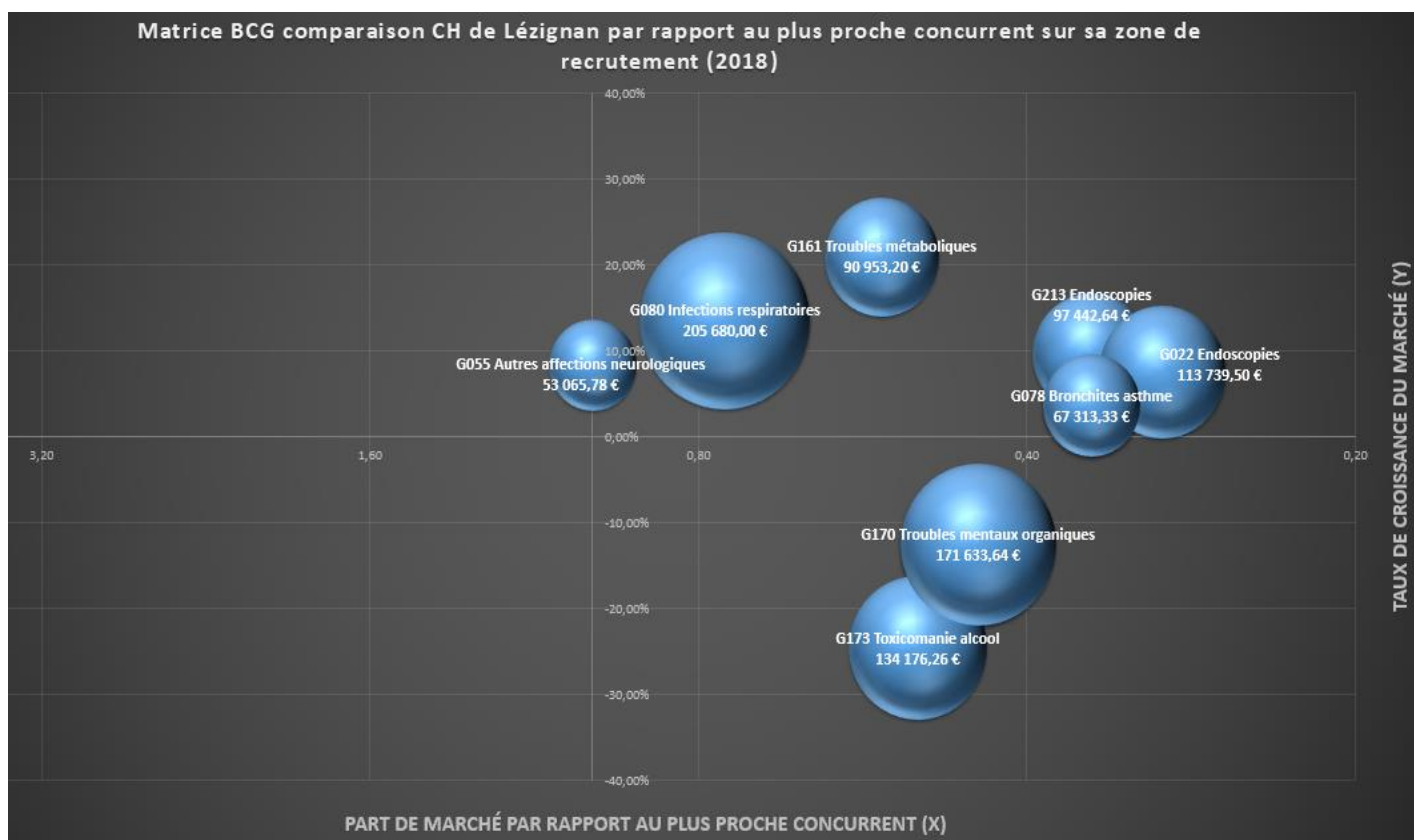
- Les groupes d'activité troubles mentaux d'origine organique (G170) et toxicomanie alcool (G173) sont en décroissance faible pour l'établissement, par rapport à un environnement où les séjours sont fortement décroissants. Bien que cet état de fait indique une spécialisation bien établie, peu impactée par la baisse de la demande territoriale, ces groupes d'activité ne peuvent être envisagés comme des potentiels de développement durables.
- Les endoscopies (G022 et G213), ainsi que les troubles métaboliques (G161) (ce dernier pour un faible volume : total de 26 séjours) sont en croissance forte dans un environnement qui connaît une moindre croissance. Il est de fait vraisemblable que sur ces segments, la croissance s'est effectuée rapidement mais qu'elle est susceptible d'achopper sur des phénomènes de saturation de l'offre. Si le marché continue à croître, des gains de séjours se feront par captation d'un surcroît de demande, si en revanche il croît plus faiblement, le ressort de développement est le gain de parts de marché sur d'autres établissements.
- Les autres affections neurologiques (G055) et les deux groupes d'activité ressortant à la pneumologie (G078 et G080) connaissent une baisse forte sur un marché en hausse indiquant par là une perte de parts de marché à l'avantage d'autres établissements et donc une relative désaffection de la patientèle sur ces spécialités.

³⁵ Aide à la lecture : sur l'axe des abscisses, le taux de croissance du marché (évolution du nombre global de séjours, tous établissements confondus sur la zone de recrutement de l'année n-1 à l'année n) ; sur l'axe des ordonnées, le taux de croissance des séjours accueillis dans l'établissement analysé (évolution du nombre de séjours dans l'établissement sur la même zone de recrutement de l'année n-1 à l'année n). Sur la bulle le code et le libellé du groupe d'activité concerné, en dessous le nombre de séjours correspondant de l'établissement en 2018.

Si cet outil apporte une vision des évolutions récentes, ses contraintes analytiques peuvent être palliées via l'emploi d'un autre outil qui donne, a contrario, une lecture claire de la position concurrentielle capitalisée par les établissements (via le concept de part de marché relative) et comporte une notion financière (estimation du chiffre d'affaire relié à un groupe d'activité).

2) L'approche du Boston Consulting Group (BCG) permet de rendre compte d'un positionnement concurrentiel instable

La position concurrentielle de l'établissement peut être résumée par une matrice BCG³⁶, qui montre, globalement, une position concurrentielle de challenger, qui n'est jamais équivalente à ses concurrents locaux, à l'exception du G055 « autres affections neurologiques ».



Le CH de Lézignan ne dispose donc pas d'activité dans la **catégorie dite des « vaches à lait »**, cadran inférieur gauche de la matrice, qui désigne les activités en stagnation voire en décroissance mais dans lesquelles l'établissement jouit d'un avantage concurrentiel net sur son plus proche concurrent et a fortiori sur les concurrents moins bien placés que ce dernier.

Il n'a pas non plus d'activité qui relève des **« stars »**, soit le cadran supérieur gauche de la matrice, qui comprend les disciplines dont le marché croît et où l'établissement a un avantage concurrentiel.

La plupart des activités relèvent des dilemmes, cadran supérieur droit de la matrice : le marché est en croissance mais l'établissement y est en position défavorable sur le plan concurrentiel. La possibilité de

³⁶ Le Roy Frédéric, Pellegrin-Boucher Estelle, « Bruce Henderson comme fondateur de la pensée stratégique », *Revue française de gestion*, 2005/1 (n° 154), p. 9-20. DOI : 10.3166/rfg.154.9-20. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2005-1-page-9.htm>

capter des parts de marché est étroitement dépendante de la ressource humaine et des investissements à pouvoir réaliser. Il est possible de sérier ces dilemmes en deux catégories.

Dilemmes dynamiques :

- Les infections respiratoires (G080) constituent un domaine en croissance sur le territoire qui est un vecteur de valorisation important pour le CH de Lézignan, mais la matrice d'évolution préalablement présentée souligne bien que l'établissement ne profite pas de l'accroissement du marché en 2018.
- Les troubles métaboliques (G161) constituent le GA qui montre le taux de croissance le plus élevé, à plus de 20% mais sur des volumes de séjours restreints. Le CH de Lézignan a profité de ce mouvement, comme l'indique la matrice d'évolution dynamique.
- Les endoscopies, dont le G022 et le G213, sont les premières activités en volume de l'établissement, ce qui recoupe l'observation faite sur la concentration d'activité. Si l'activité est dynamique au plan territorial, et en dépit d'une progression conséquente dans la captation des endoscopies, le CH de Lézignan demeure un outsider y compris sur sa zone d'attractivité, comme permet de le constater visuellement la position des activités d'endoscopies à droite de la matrice. La part de marché relative de l'établissement est en effet de 34,88% (G213) et de 30,04% (G022) par rapport à son plus proche concurrent sur cette activité. Le croisement avec la matrice d'évolution montre que le CH de Lézignan s'est pleinement saisi de cette opportunité avec une croissance de sa part de marché dépassant la croissance du marché sur sa zone de recrutement. Outre la position concurrentielle secondaire et l'effet de saturation possible, un éclairage qualitatif doit également être apporté sur la ressource médicale permettant de réaliser cette activité : un gastro-entérologue libéral en coopération non-exclusive avec l'établissement. La ressource médicale n'est donc pas interne, et l'activité d'endoscopie repose par ailleurs sur ce seul praticien. De ce fait, cette activité ne peut être considérée comme un axe de développement structurant et stable pour l'établissement.

Dilemme plus faible :

Le GA bronchites et asthme (G078) conjugue faible avantage concurrentiel, faible volume de séjours et faible croissance du marché. La matrice d'évolution dynamique confirme que le CH de Lézignan ne s'est pas inscrit dans le développement de ce segment en 2018.

La catégorie dite des « poids morts », qui sont ordinairement des activités arrivées en fin de cycle ou à abandonner, dans le cadre du modèle du BCG. Cette catégorie doit évidemment être nuancée à un double titre dans le contexte hospitalier.

D'une part, couvrant un besoin de la population en tant que service public, l'hôpital ne peut abandonner des activités structurantes au motif qu'elles seraient mal positionnées au sein d'une analyse concurrentielle. D'autre part, les variations à la baisse sur de faibles volumes en valeur absolue peuvent induire des variations fortes en valeur relative, ce qui est le cas ici. Pour autant, cette mesure garde une pertinence pour affirmer que l'établissement ne doit pas miser sur un développement massif en volume de ces activités, et que des perspectives de développement ciblées sur ces dernières nécessitent une particulière vigilance.

Au sein de ce cadran se trouvent les groupes d'activité « troubles mentaux d'origine organique » (G170) et « prises en charge liées à la toxicomanie et à l'alcool » (G173). La baisse de ces activités qui concentrent une valorisation non négligeable pour le CH doit faire envisager des potentiels d'évolution coopérative comme par exemple, la structuration plus aboutie en filière sur le plan de l'addictologie.

iv. *L'exploitation des indicateurs de performance hospidiag questionne l'efficience médico-économique de l'établissement*

Le recueil de ces indicateurs de performance centralisés sur le site hospidiag³⁷ donne une vision panoramique rapide des indicateurs médico-économiques, tout en fournissant des données de benchmark qui permettent de situer les performances de l'établissement par rapport à des panels d'établissements comparables.

Le taux d'occupation des lits de médecine indique un gisement d'efficience pour le CH de Lézignan. Ce taux oscille en effet autour de 60% : 60,2% en 2014 ; 60,6% en 2015 ; 61,7% en 2016 ; 56,9% en 2017. Même si la dernière année considérée a été marquée par des travaux au sein de l'établissement, le taux d'occupation reste durablement inférieur aux performances des meilleurs établissements, le 8^{ème} décile atteignant un taux de 91,9% d'occupation. A fortiori, il se trouve en deçà du 2^{ème} décile (68,3% d'occupation). Il fait donc partie des 10% d'établissements les moins performants sur ce point.

L'IP-DMS est également un levier de performance restant à activer, celui-ci demeurant élevé en 2017 (1,152) bien qu'en amélioration par rapport à 2016 où il atteignait 1,203. Le deuxième décile (les établissements les plus performants formant le 1^{er} décile pour cet indicateur) étant situé à 0,844 et le 8^{ème} à hauteur d'un IP-DMS de 1,241.

A noter qu'en sus, l'IP-DMS élevé démontre une rotation des lits faible et conduit de ce fait à surestimer légèrement le taux d'occupation des lits.

Le volant de lits non occupés pourrait en l'état accueillir de nouvelles activités. Il pourrait également, au vu du caractère structurel de la sous-occupation, changer de destination, c'est-à-dire ne plus relever du champ M, C, O.

v. *Les pistes de développement opérationnelles doivent inclure des développements internes et coopératifs*

La situation présente une série de caractéristiques bien identifiées :

- Une démographie vieillissante sur la zone de recrutement.
- Un casemix marqué par une population âgée (âge moyen de plus de 80 ans sur les 10 premiers GHM de l'établissement).
- Un casemix restreint qui ne couvre pas les besoins spécialisés du territoire.
- Un capacitaire de médecine polyvalente surdimensionné comme en témoignent les taux d'occupation des lits de médecine sur 4 ans.

³⁷ <http://hospidiag.atih.sante.fr/>

- Une stagnation du nombre de séjours sur la zone de recrutement du CH de Lézignan dans les activités qu'il prend en charge, amenant la nécessité de reconfigurer partiellement l'offre de soins.
- Une position concurrentielle minoritaire, à mettre en regard avec des facteurs d'évolution défavorables. Il s'agit, à court terme, des réseaux d'adresseurs de la polyclinique le Languedoc robustes localement. A plus long terme, le déplacement de cet établissement sur la commune de Montredon, située en périphérie ouest de Narbonne, presque à mi-chemin entre Narbonne et Lézignan, intensifiera la concurrence.

Cette situation appelle des reconfigurations qu'il est possible de proposer à la lumière de l'analyse :

- Un positionnement sur la médecine doit prendre en compte des coopérations plus avancées dans le cadre du GHT, en particulier avec le CH de Narbonne qui met déjà des praticiens à disposition pour des consultations avancées sur la diabétologie, l'orthopédie et la cardiologie. Cela permettrait à l'établissement d'offrir à la population locale une offre de soins couvrant ses besoins, sans engager de recrutements de praticiens et sans supporter le coût d'un plateau technique.
- Les champs de développement coopératifs possibles pourraient aussi comprendre la gériatrie (consultations avancées), compte tenu de la population âgée du territoire et de l'optique de prévention de la fragilité et de préservation de l'indépendance dans laquelle les acteurs locaux sont engagés.
- Des consultations spécialisées, de chirurgie viscérale, ou de suivi de parturientes par des sages-femmes pourraient également participer de l'offre de soins étendue qui verrait le jour en cas de densification des coopérations. En pareil cas, l'on se trouverait dans la situation identifiée par Aymeric Chauchat, de coopération structurée autour de la mise à disposition d'une ressource rare, en l'espèce d'une ressource humaine médicale spécialisée³⁸.
- En interne, le développement de prises en charge spécifiques à côté d'un volant de lits de médecine polyvalente mieux dimensionné à la demande de soins territoire, pourrait inclure des lits de SSR et / ou un service spécialisé dans la prise en charge des états végétatifs. Au vu du taux d'occupation des lits, stabilisé à hauteur de 60%, on peut réaliser une rapide estimation du volant de lits à conserver sur le champ M : $0,60 \times 39 = 23,4$; soit 24 lits de médecine polyvalente correspondant au besoin du territoire. Reste donc un volant de 15 lits pouvant changer d'affectation sans impacter l'activité médicale existante du CH.
- La spécialisation dans les sevrages alcooliques et la prise en charge des toxicomanies pourrait être mise à profit avec la structuration d'une filière de prise en soin graduée d'addictologie. Les sevrages simples (constituant la majorité du casemix de Lézignan sur la spécialité avec 92 séjours pour le GHM Ethylisme avec dépendance niveau 1 ; 14 séjours pour le niveau 2 ; 3 séjours pour le niveau 3) pourraient être traités à Lézignan, tandis que le CH de Narbonne serait l'établissement de référence pour les sevrages complexes, nécessitant une médicalisation accrue et la présence continue de psychiatres.

³⁸ CHAUCHAT A., « La modélisation économique des coopérations hospitalières en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public », mémoire EHESP, 2009.

2. Les croisements des données et la démarche d'analyse peuvent se transcrire par des outils de présentation synthétiques qui doivent intégrer une dimension prospective.

a. Un mode de présentation synthétique : la matrice SWOT

A partir des analyses préalables, on peut bâtir une matrice SWOT visant une présentation concise du diagnostic territorial et des pistes de développement de solutions. Cet outil peut à la fois servir à la présentation d'options stratégiques, mais également d'élément de comparaison si un travail de conception d'un SWOT est proposé aux acteurs locaux.

On mettra en parallèle le SWOT produit collectivement par les acteurs de direction et de terrain de l'établissement, à celui conçu en amont dans le cadre de la démarche d'intérim et on repèrera convergences et divergences. Cela pourrait servir de base à des discussions collectives, en complément des éléments de présentation plus strictement factuels : concentration, positionnement territorial, positionnement concurrentiel global et par activité (en statique et en dynamique) qui constituerait la donnée d'entrée des réunions. La proposition de SWOT est jointe en annexe³⁹.

b. La temporalité de l'action, une contrainte majeure dans la mise en œuvre des pistes stratégiques :

Il faut insister sur l'élément de prospective significatif qu'est le déménagement de la polyclinique le Languedoc. Une fragilité de la position concurrentielle du CH de Lézignan est déjà perceptible mais cet événement pourrait précipiter son aggravation à moyen terme (2 ans). La fenêtre d'opportunité pour que l'établissement se repositionne comme établissement de proximité incontournable est donc réduite dans le temps.

L'opportunité de mener des restructurations offensives, basées sur des orientations de prise en charge choisies, se muera en nécessité de restructurations défensives après des chutes d'activités en cas de maintien à moyen terme de l'établissement sur son positionnement concurrentiel actuel.

c. Type de stratégie envisagée :

Ne pouvant se fonder sur des stratégies de volume⁴⁰ (taille critique non suffisante, faible nombre d'ETP médicaux –4,71 en 2017–, attractivité médicale atone et faible nombre de séjours), le CH de Lézignan doit conserver une réponse aux problématiques médicales de premier recours en concordance avec le besoin territorial (lits de médecine polyvalente en nombre réduit, gériatrie), favoriser les stratégies de spécialisation⁴¹ qui sécurisent son offre sur des segments où la concurrence privée est faible et étoffer son offre de soins à iso-coût via des coopérations plus intenses avec les établissements publics du territoire dont, au premier chef, le CH de Narbonne.

³⁹Cf. Annexe 10 FFOM (SWOT) du CH de Lézignan

⁴⁰ Boston Consulting Group, « les activités de volume » Perspective et stratégie, document BCG

⁴¹ Boston Consulting Group, « les activités de spécialisation » Perspective et stratégie, document BCG

*

* *

II. La mise en œuvre de la stratégie pourrait emprunter des dynamiques interactionnistes permettant de diminuer le temps de latence observé dans la mise en œuvre de la stratégie en mobilisant les acteurs autour de données et d'orientations pleinement objectivées et d'outils partagés de formalisation de la stratégie.

A. La diminution du temps de latence de la conception à la mise en œuvre opérationnelle : un enjeu managérial majeur

1. L'aspect délibératif : le recours au mode projet top-down et la prégnance de réunions généralistes où les projets font l'objet d'explications.

a. La mise en œuvre de la stratégie est étroitement liée à sa communicabilité, dimension qui devrait être prise en compte *ab initio*, lors même de la conception de la stratégie

i. *Une préoccupation et un « concernement » fort pour la stratégie de l'établissement au niveau directorial.*

La structure des instances dans les établissements publics de santé crée une nécessité de collégialité dans la conception, le partage et l'application des orientations stratégiques.

L'équipe de direction est au premier chef au cœur de l'élaboration de la stratégie globale de l'établissement. La préoccupation au sujet de la stratégie est centrale à ce niveau hiérarchique. Elle fait cependant l'objet de forces de dispersion en lien avec plusieurs facteurs structurants.

En premier lieu, l'instance de débat sur la thématique de la stratégie, le CODIR, est un lieu où la dimension fonctionnelle des portefeuilles des directeurs-adjoints implique des approches parfois divergentes de problématiques par ailleurs consensuelles. En second lieu, des implications variables dans les projets sont notables, surtout en rapport avec la charge de travail de la direction fonctionnelle des directeurs, mais également en fonction des liens plus ou moins importants d'un thème de la réflexion stratégique avec le portefeuille fonctionnel. En troisième lieu, on retrouve des interrogations communes à l'ensemble de l'équipe de direction : quelles modalités doit emprunter la stratégie, doit-elle refléter un état de santé territorial ? Quelle proportion des données socio-économiques doivent-elles prendre dans un diagnostic territorial ? Quelles spécialités doivent être développées, quelle sera leur localisation, leur faisabilité ? Quels développements systématiques la stratégie doit-elle emprunter ? Doit-elle être conçue et appliquée à la manière des autres projets, doit-elle faire l'objet d'un outil spécifique de coordination ? Doit-elle solliciter

une multiplicité d'outils d'analyse et de déploiement ? Doit-elle être centralisée dans sa conception et délocalisée dans son exécution ?

Un consensus unanime est réalisé sur l'importance de la stratégie et un accord global sur ses finalités : développement de l'activité, dynamisation de certaines filières, projets d'équipement et de projets en matière d'organisation. En outre, des temps de latence peuvent s'ajouter, y compris lorsque, très fréquemment, le consensus est atteint.

1) La mise en place de temps dédiés de réflexion sur la stratégie : les séminaires de direction.

L'idée qui préside à l'organisation de séminaires est une focalisation sur la stratégie, dans un cadre autre que celui du CODIR, qui a pour effet de décentrer les acteurs de leur champ de compétences fonctionnel et des tâches annexes qui mobilisent quotidiennement leur attention. Ce système a montré ses effets positifs, avec notamment une première session début 2018, qui a été l'occasion de bâtir une analyse stratégique appuyée sur une étude cartographique de la zone d'attractivité du CH de Narbonne, un recours à des outils de type matrice BCG 1, une analyse du casemix pour mieux comprendre le positionnement de l'établissement et développer une vision prospective, des projections sur des activités cardinales pour l'établissement, des réflexions sur les coopérations dans le cadre du GHT.

Cette première occurrence a été suivie d'autres séminaires ayant vocation à éclairer des aspects différents de la stratégie d'établissement. Plusieurs séminaires ont été dédiés à la rédaction du projet d'établissement, qui a également été en partie conçu sur le fondement des conclusions tirées de la base factuelle du diagnostic territorial. La stratégie immobilière de l'établissement a également fait l'objet d'une réunion ad hoc. Un séminaire sur la stratégie globale et la mise en place éventuelle d'un système de pilotage plus formalisé s'est tenu début 2019. Cet événement a été l'occasion d'une réflexion d'ensemble sur le positionnement de l'hôpital en cœur de ville, visant une accessibilité accrue pour la population et une volonté d'ouverture et de réponse plus adaptée encore au besoin de santé territorial.

Plusieurs réunions ont depuis été organisées aux fins de préparer le plan directeur de l'établissement, dans la perspective d'arrêter des dimensionnements en cohérence avec les axes de développement d'activité. Ce chantier renouvelle avec acuité le questionnement sur la stratégie et le positionnement d'activité du CH de Narbonne, qui doit se faire encore plus précise et détaillée. Elle doit également prendre en compte une dimension prospective, dans la mesure où les infrastructures construites dans les années à venir devront coïncider avec la réponse au besoin de santé territorial de long-terme.

2) Sur le plan institutionnel :

La structure institutionnelle de l'hôpital a une forte dimension délibérative. Les projets font ainsi l'objet de multiples discussions en instances de direction, notamment les CODIR, puis suivent un circuit de présentation en instances de gouvernance formalisées dont le conseil de surveillance, le directoire, la CME, les réunions de chefs de pôles, les CHSCT et les CTE. Les mêmes sujets et interrogations sont également transmis dans les réunions de cadres afin d'assurer une information complète des services. Il fait aussi l'objet de présentation plus informelles en conférences et conseils de pôle, où chaque directeur réfère à

un rôle de porte-voix mais également de réceptacle des remontées d'information. Ce mode de prise de décision délibératif, donnant lieu à des amendements à différents niveaux, ramène à des adaptations légitimes, qui suivent le même circuit de validation, de délibération puis de présentation, voire de ré-interrogation.

Il est vrai que la mise à disposition de diagnostic préalable chiffré et cartographié de développement d'activité fournit aux présentations, aux réactions et aux adaptations une base factuelle qui contribue à former un consensus sur les options retenues. Pour autant, le mode de décision reste top-down et la forme privilégiée d'application de la stratégie repose sur le mode du « porter à connaissance ». Les discussions sont par ailleurs ouvertes et des idées remontent pour modifier la décision de manière itérative mais suivant un circuit semblable.

ii. Une implication plus aboutie des cadres supérieurs dans la démarche stratégique

Ce mode de fonctionnement a fait l'objet d'une prise de conscience réflexive de la part de l'équipe de direction. A l'impulsion de la démarche, le directeur général a souhaité réaliser un alignement stratégique via les cadres supérieurs de santé. D'une position initiale de contribution à la stratégie mais surtout de levier de transmission de son application, ceux-ci ont été associés plus étroitement à la conception collégiale de la stratégie d'établissement y compris d'activité. Leur rôle de relais et leur connaissance des perceptions des acteurs de terrain, de l'activité d'un service ou d'un pôle, en fait des interlocuteurs éclairés qui participent à la définition de la stratégie.

La modalité principale d'association à la conception de la stratégie est la participation des cadres supérieurs de santé à un CODIR élargi, tous les lundis. Ils sont à cette occasion appelés à réaliser des restitutions sur des projets leur étant confié et à partager leur point de vue sur la stratégie de l'établissement.

iii. Un alignement stratégique des cadres hétérogène qui fait l'objet d'efforts de structuration

Les cadres de santé de proximité ont une appropriation de la stratégie inégale. Dans une réflexion sur les innovations managériales à l'hôpital, Thierry Nobre relevait une spécificité des cadres de proximité tenant tant à leur positionnement face à d'autres légitimités qu'à leur immersion forte dans le contexte soignant : « Les cadres de santé occupent une place centrale dans la problématique organisationnelle à l'hôpital. Néanmoins, leur déficit de légitimité, notamment par rapport au corps médical et leur fort enracinement dans la culture professionnelle du soin constituent un obstacle important pour leur positionnement et leur pleine appropriation de la problématique du management. »⁴².

A ces facteurs structurels en lien avec la culture professionnelle s'ajoutent des imperfections d'information. En effet, le niveau d'information quotidien des cadres sur la stratégie de l'établissement n'en permet pas une compréhension globale et intégrée. C'est surtout à la faveur des réunions de type conseil de pôle mais également réunion mensuelle de l'ensemble des cadres de l'établissement qu'ils se voient ponctuellement communiquer les lignes de force de la stratégie et de son implémentation. L'alignement stratégique des

⁴² NOBRE T., L'innovation managériale à l'hôpital « Changer les principes pour que rien ne change ? », Lavoisier | « Revue française de gestion » 2013/6 N° 235 | pages 113 à 127 <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-113.htm>

cadres semble fluctuant en raison d'asymétries d'information : ils ne participent pas aux réunions de conception de la stratégie, les modalités de la remontée d'informations ne sont pas clairement identifiées. Leurs contributions à la stratégie sous forme de projet formalisés et objectivés par des données ne remontent pas nécessairement aux instances de pilotage ou peuvent parfois manquer de structuration.

Le questionnement sur le management et la contribution à la stratégie d'établissement sur un mode qui soit également bottom-up, s'est peu à peu affirmé. Cette nécessité de sortir d'un modèle de « porter à connaissance », modèle descendant qui peine à motiver certains cadres et qui ne réalise pas d'association préalable à la conception de la stratégie, a été intégrée à la fois par la direction et par les cadres supérieurs de santé. Certains cadres de proximité expriment aussi le besoin de disposer d'outils managériaux supplémentaires pour être mieux à même de porter les projets.

De ce fait, le rôle que peuvent avoir les cadres de proximité dans les projets relève souvent de l'objection, c'est-à-dire d'un positionnement à l'encontre d'un aspect préalablement décidé qui aboutit à une nouvelle itération des caractéristiques du projet.

Le premier élément de réponse organisationnelle à ce phénomène a été la tenue d'un séminaire des cadres qui a donné lieu à une intervention sur les modes de management à leur disposition. Au cours de cette journée, les cadres ont été conduits à travailler sur des aspects de stratégie de l'établissement et à en rendre compte à l'assemblée de cadres, cadres supérieurs et directeurs. Cet événement montre un premier signe de partage, symbolique, de la stratégie dans sa dimension de conception.

iv. Une séparation de la conception / impulsion et de l'exécution des projets

Il suit de ce qui précède que l'on peut faire un constat d'une scission entre conception ou impulsion des projets et exécution de ces projets. Cette séparation a partie liée avec un management auparavant plus centralisé.

Si cette séparation des tâches ressort à des aspects hiérarchiques définis qui ont toute leur place dans une institution, elle apporte néanmoins des contraintes : l'alignement stratégique reste difficile, la capacité de mobilisation des projets dépend beaucoup de la motivation des participants, les mécaniques de décisions sont itératives mais empruntent un circuit de présentation qui crée des temps de latence importants. Ces contraintes pèsent sur des projets qui, pour autant, recueillent l'assentiment de la majorité des parties prenantes.

Des théoriciens de la décision comme Philippe Lorino avancent un impératif d'adopter des modes de décision qui laissent plus de part à des approches empiriques⁴³ (dites inspirées des approches pragmatiques), bottom-up, allant jusqu'à préconiser que le top-management ait seulement un rôle d'accompagnement méthodologique dans les projets. Il oppose cette dernière approche à une approche dite informationnelle et représentative (qu'il revêt d'une inspiration planificatrice cartésienne), matérialisée par des projets à la conception top-down et à l'exécution strictement séparée de cette étape. Bien que polarisée sur deux idéaux-types spécifiques, cette pensée pourra permettre d'interroger les pratiques avec

⁴³ LORINO, P. « Le management de l'action complexe : contrôler ou explorer ? », *Projectique*, vol. 19, no. 1, 2018, pp. 13-22.

les notions d'association des acteurs de terrain à la conception de la stratégie, de l'importance de la prise en compte de l'expérience soignante et de l'expérience de gestion des cadres.

La problématique de l'hôpital ne se situe exactement dans aucune de ces deux postures, dans la mesure où les acteurs opérationnels sont étroitement associés à la conception à divers niveaux.

C'est plutôt les modalités et la temporalité d'association à la conception de l'ensemble des acteurs, qui se fait pour beaucoup *a posteriori*, qui pose question. Le partage de l'information technique, y compris médico-économique, est également complexe à mettre en œuvre.

v. *Des constats partagés mais des temps de latence parfois importants*

Ces constats expriment le contraste entre l'accord sur les finalités et des difficultés de mise en œuvre suivie des modalités qui pourrait permettre de les atteindre. Au titre des exemples que l'on peut d'abord développer : le projet d'une meilleure association des médecins de ville aux praticiens hospitaliers.

Le maillage territorial d'un établissement de référence ne saurait être complet sans un lien privilégié avec les médecins généralistes de son ressort territorial. Le principe de la gradation de l'offre de soins pousse à sensibiliser la population à en passer par son médecin référent en cas de problème de santé bénin et non urgent. Une autre nécessité, d'une plus grande importance pour l'hôpital, est de pouvoir disposer de relations de confiance permettant d'organiser au mieux des filières de prise en charge et de faciliter le parcours du patient.

La coordination de la prise en charge en vue d'une hospitalisation en médecine ou en chirurgie est facilitée par le lien avec le médecin généraliste, si celui-ci est mis à même de communiquer facilement avec le médecin hospitalier. De même, le retour à domicile après une hospitalisation nécessite un suivi au sein duquel le médecin de ville est un acteur incontournable. Le médecin de ville est également le référent qui peut donner au patient sortant toutes les recommandations utiles à son rétablissement, lui expliquer des éléments de la lettre de liaison mais également du compte rendu de sortie. L'adaptation du traitement du patient ou la réalisation d'examen à une fréquence dédiée, sont aussi des éléments qui sont en jeu dans cette relation. Le médecin généraliste peut avoir dans cette perspective le besoin d'un avis spécialisé de la part du praticien hospitalier.

Ce lien, important pour le suivi de la prise en charge l'est également pour les dynamiques d'adressage vers le CH de Narbonne. Ces acteurs sont particulièrement sensibles au suivi de leurs demandes, à l'arrivée en temps utile des comptes rendus de sortie et à la joignabilité des praticiens hospitaliers. Ils apprécient également les temps d'échanges, y compris informels, avec leurs confrères exerçant à l'hôpital.

Face à ce constat qualitatif et informationnel se trouvent des enjeux stratégiques bien mesurables. La force des réseaux d'adressage, la part de l'activité programmée dans le casemix, la réputation de l'établissement qui a une incidence sur sa fréquentation et connaît des effets d'hystérèse, de manière sous-jacente la fidélisation des prescripteurs et des patients sont autant d'enjeux centraux pour l'activité de l'établissement à long-terme.

La prise de conscience de ces enjeux est réelle tant au niveau du top management, que des cadres supérieurs de santé et des cadres de proximité, des praticiens hospitaliers. Pour autant, les actions engagées en regard mobilisent peu d'acteurs dans les faits.

La prise en compte de cette problématique a donné lieu à une rencontre entre l'établissement (dont médecins et personnels de direction) et des médecins de ville en 2018. Une rencontre du même ordre a eu lieu en juin 2019. Pour autant, le rythme annuel des rencontres n'est pas suffisant pour créer une proximité qui aurait un impact sur l'adressage.

De même, une newsletter à destination des médecins de ville a été mise en place, mais elle reçoit des contributions ciblées de la part des personnels administratifs attachés à la direction de l'hôpital, mais pas des cadres de proximité ou des médecins de l'établissement. Malgré un très bon accueil de la part des médecins de ville, sa diffusion ne se fait pas à un rythme régulier. Sa rédaction n'est pas confiée à un COPIL associant divers contributeurs y compris médicaux. La mise en place d'une astreinte téléphonique ou numéro vert redirigeant vers une réponse de la part d'un PH du service concerné, ainsi que la diffusion d'un annuaire des praticiens permettant leur joignabilité directe sont jugés difficiles à mettre en œuvre, même si de telles actions ont été effectivement appliquées dans le même hôpital auparavant.

Des actions sont engagées, nombreuses sont celles qui font consensus, mais elles manquent d'une structuration globale, d'un suivi régulier et surtout d'une co-construction en amont avec les acteurs de terrain.

Du point de vue de l'activité médicale proprement dite, un projet de développement capacitaire du court séjour gériatrique n'a pas vu le jour, malgré un besoin territorial en croissance, des difficultés d'aval des urgences en particulier pour les sujets âgés, et du taux d'occupation des lits maximal au sein du service de court séjour gériatrique. De même, le développement de l'activité de la chirurgie viscérale à titre principal et de la chirurgie bariatrique, maintes fois questionnés, n'ont pas été pleinement objectivés avec les acteurs de terrain. En dépit de l'avancée notable de nombreux autres projets qui ont été couronnés de succès, ces projets ne parviennent pas à leur pleine réalisation.

Ces pistes d'évolutions sont présentes en même temps que d'autres projets plus prioritaires et structurants. Pour autant, elles méritent également de faire l'objet d'un nouveau mode de décision qui associe plus avant les acteurs de terrain à la stratégie. L'idée serait de les solidariser à la conception en amont, en leur fournissant des outils d'analyse leur permettant de s'approprier les bases factuelles de la stratégie et d'intégrer les stratégies émergentes des acteurs. Cela amènerait à réduire les temps de latence tout en améliorant l'implication dans la stratégie à tous niveaux. Il s'agit en fait par ce biais, idéalement, de rendre toute l'organisation stratégique. L'approfondissement de cette approche repose sur ce que Philippe Lorino évoque en ces termes : « la remise en cause de ce que Dewey appelle les "purely technical externals" (apports externes purement techniques), à savoir la monopolisation de la pensée sur l'activité par des expertises techniques extérieures à l'activité, et donc, de fait, la séparation entre l'action de l'acteur et la pensée des experts ou des dirigeants "qui détiennent le contrôle de l'industrie". »⁴⁴

2. Le développement d'une approche spécialisée, systémique et interactionniste, vectrice d'émulation : l'exemple du développement de la chirurgie orthopédique

⁴⁴ LORINO, P. « Le management de l'action complexe : contrôler ou explorer ? », *Projectique*, vol. 19, no. 1, 2018, pp. 13-22.

La direction du centre hospitalier est novatrice en ce qu'elle est pleinement concernée par l'avancée des projets et qu'elle est ouverte aux innovations managériales, à la fois dans la perspective du développement des activités et des conditions de leur réalisation. La mise en place de ce nouveau paradigme ne saurait néanmoins être instantanée, des effets d'hystérèse restent perceptibles et l'acculturation au changement est progressive.

i. La contextualisation et les efforts managériaux

1) Le contexte : création d'un cycle de réunions ayant vocation à perdurer en routine

Des chantiers ont été lancés par rapport au développement de l'activité chirurgicale d'orthopédie et à celui de la maternité. A cette fin, des groupes de travail ont été constitués qui réunissent les cadres supérieurs de santé des pôles concernés, les cadres de proximité, et des personnels du contrôle de gestion, la DGA et le DAF.

Ces réunions ont été lancées fin juin et visent à coordonner en amont les projets en associant les parties prenantes à leur conception. Le dégagement d'une stratégie sur un type de filière doit se coupler à la création partagée d'un tableau de bord, qui doit permettre de mesurer l'atteinte d'objectifs fixés en commun pour parvenir à un résultat souhaité.

2) La capitalisation sur une activité déjà dotée de capacités d'organisation importantes : le CAC de chirurgie orthopédique

L'activité de chirurgie orthopédique a d'ores et déjà montré une activité soutenue, avec une réelle volonté des cadres et des praticiens hospitaliers (au premier chef les chirurgiens orthopédistes) d'être leader sur le territoire et de faire de cette discipline un pôle d'excellence chirurgical.

Un protocole d'application de la récupération accélérée après chirurgie a été mis en œuvre, montrant un « concernement » fort du pôle pour les prises en charge novatrices. Il a été décidé de capitaliser sur cette mobilisation importante pour mener à bien une plus grande structuration de cette discipline.

3) Les étapes préalables : la préparation via des réunions contrôle de gestion et une réunion avec le chef de pôle et le cadre du service de chirurgie orthopédique.

Des réunions de l'équipe du contrôle de gestion abordent la thématique orthopédique sous l'angle des données et de la stratégie. Suite à cela une réunion a lieu avec le chef de pôle.

La discussion est d'abord structurée autour de données d'entrée dont certaines sont parfois déjà connues des chirurgiens : le positionnement territorial et concurrentiel, la concentration d'activité, les parts de marché. Leur présentation d'ensemble permet d'éclairer des dynamiques constatées empiriquement par les acteurs de terrain.

Le dialogue se fait, à cette aune, entre une stratégie globale et une pratique stratégique de terrain. La stratégie globale fait le constat chiffré que l'établissement est leader sur sa zone de recrutement mais également sur l'ensemble du territoire de santé en matière de chirurgie orthopédique. Il indique les groupes d'activité les plus représentés et ceux en croissance ; objectivant par là le travail effectué et en donnant une vue synthétique. Il pose qu'un développement de l'activité est encore possible et que des vacances de

bloc le permettent. Les acteurs de terrain partagent globalement cette vision mais ont besoin d'être renseignés sur le type d'actes qui peuvent faire l'objet de progression en termes de part de marché. La stratégie globale affirme également qu'il est possible de réaliser une intégration verticale de la discipline, en incluant dans la prise en charge des aspects d'amont via un plateau technique d'évaluation et d'aval, avec une prise en charge complétée par l'intervention d'un orthésiste pour créer des dispositifs sur-mesure. Les acteurs de terrain montrent déjà une appropriation des notions de parts de marché, et indiquent avoir déjà réalisé des analyses pour mesurer leur propre progression. Un chirurgien orthopédique est en particulier reconnu par ses collègues pour son aisance dans le maniement du site scansant. Les chirurgiens ont par ailleurs d'ores et déjà mis en place des initiatives de conquête d'activité en rencontrant des clubs de sport et les kinésithérapeutes de ces clubs. Un réel effort de construction des réseaux d'adressage était donc à l'œuvre et une stratégie émergente, d'inspiration du terrain était suivie.

Les réunions ont vocation à faire coïncider les approches stratégiques via des interactions pour créer une stratégie mixte, éclairée par les pratiques, initiatives et stratégies émergentes et par l'approche fondée sur l'exploitation de la donnée. Cela passe notamment par un questionnement stratégique transversal, commun avec les acteurs de terrain, sur l'ensemble de la stratégie sur ce segment. Quelles voies le développement peut-il emprunter, quelles parts de marché est-il possible de gagner, sur quel type de chirurgie ? Comment mieux structurer les liens avec les acteurs de ville qui sont, en la matière plus large que les médecins généralistes.

On assiste dès lors à une complémentarité des approches. L'approche issue du terrain bénéficie d'un apprentissage simple des données sur laquelle se fonde la stratégie globale, mais la stratégie est ensuite modifiée par les stratégies émergentes issues des acteurs de terrain. In fine, la stratégie est revue à l'aune de ces initiatives et peut les intégrer de manière plus institutionnalisée.

ii. L'appui technique et factuel

A titre de support des futures réunions, on peut étudier ce segment à l'aune de l'évolution de la part de marché globale du CH de Narbonne sur le domaine d'activité de chirurgie orthopédique et des deux matrices précédemment employées qui se situent au niveau du groupe d'activité.

1) Au niveau du domaine d'activité (02 C, chirurgie orthopédique) :

Le centre hospitalier de Narbonne est leader : il réalise en effet sur ce segment le double du nombre de séjours de son premier concurrent sur la zone. Si l'on prend en compte l'ensemble des établissements présents sur cette activité dans la zone, le CH de Narbonne emporte 43 % des séjours dans le domaine d'activité 02C (soit 2014 séjours sur 4688 au global). La polyclinique le Languedoc totalise 1002 séjours. Localement, sur leur zone de recrutement commune, les deux établissements se partagent l'activité. Toutefois, si ce duopole local capte 64% de l'activité dans ce domaine, le taux de fuite global reste élevé, à 35,69%. Si ce taux s'explique en partie par des actes de recours : le CH de Narbonne n'exerçant pas de chirurgie du rachis, d'interventions pour les polytraumatismes graves, et d'interventions sur les tissus mous pour les tumeurs malignes ; la majorité du taux de fuite est dû à l'attractivité d'autres établissements.

La fuite est notamment à imputer au challenger qu'est la clinique Causse, recueillant 15,30% des séjours. D'autres établissements, outsiders cette fois, attirent également des séjours comme la clinique mutualiste

Catalane (4,10% des séjours). Le restant de la fuite est par ailleurs atomisé parmi de nombreux établissements concurrents.

Si l'on territorialise les séjours, on note que la polyclinique reste leader sur la localité de Gruissan, confirmant par-là l'hypothèse d'un réseau d'adressage local solide et d'une influence de la proximité géographique immédiate. On constate également que la clinique Causse bénéficie d'un positionnement concurrentiel favorable sur les 4 codes géographiques nord, ceux même dont on a préalablement évoqué la proximité géographique qu'ils ont avec sa commune d'implantation : Colombiers (Argeliers, Coursan, Cuxac, Fleury).

Il serait à ce titre possible d'organiser des rencontres ciblées avec les médecins généralistes de ces localités où de proposer des consultations avancées dans des centres de santé communaux.

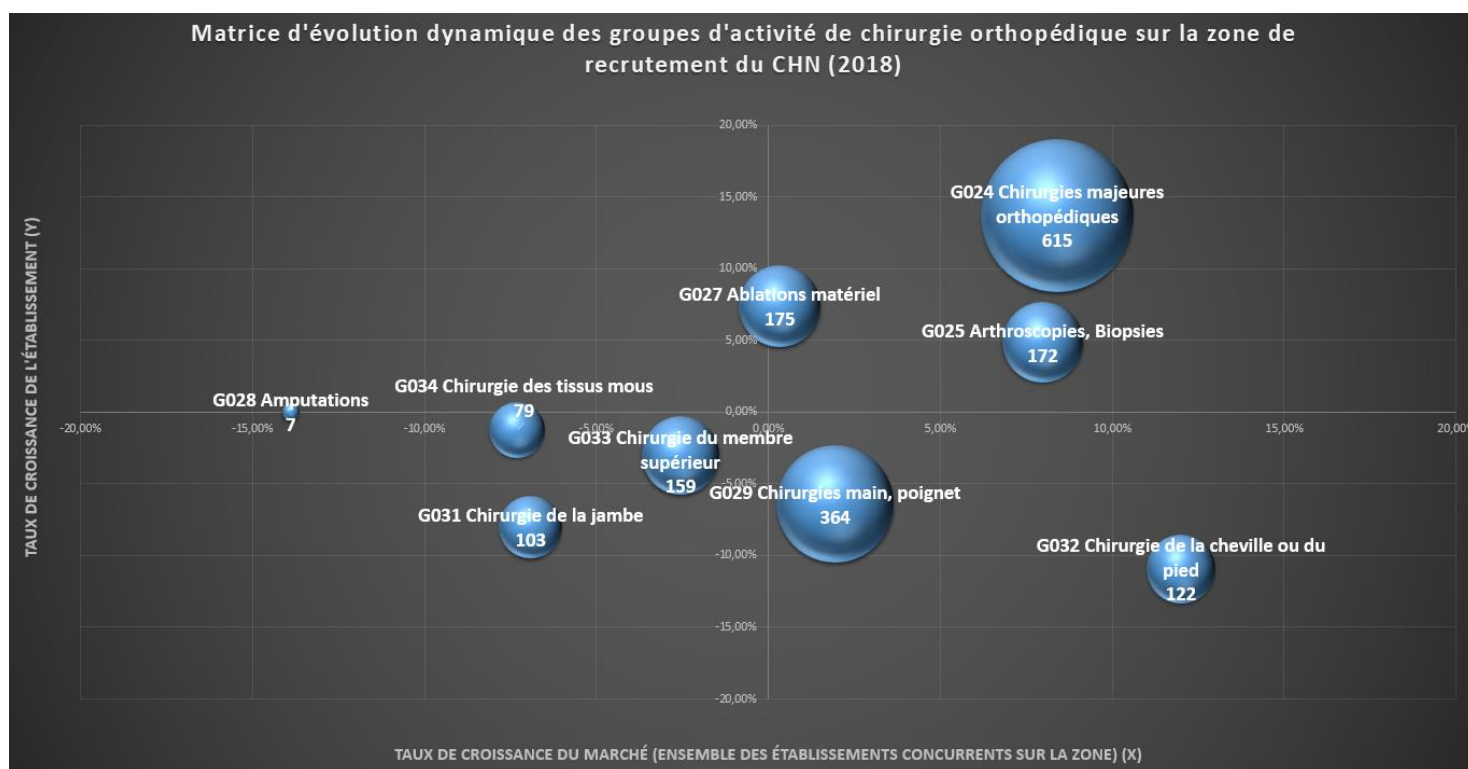
Une fois cette dynamique dégagée à grands traits, il est possible de gagner en spécificité via l'examen systématique des GA.

2) Le positionnement concurrentiel statique et dynamique, au niveau des GA.

La matrice d'évolution d'activité.

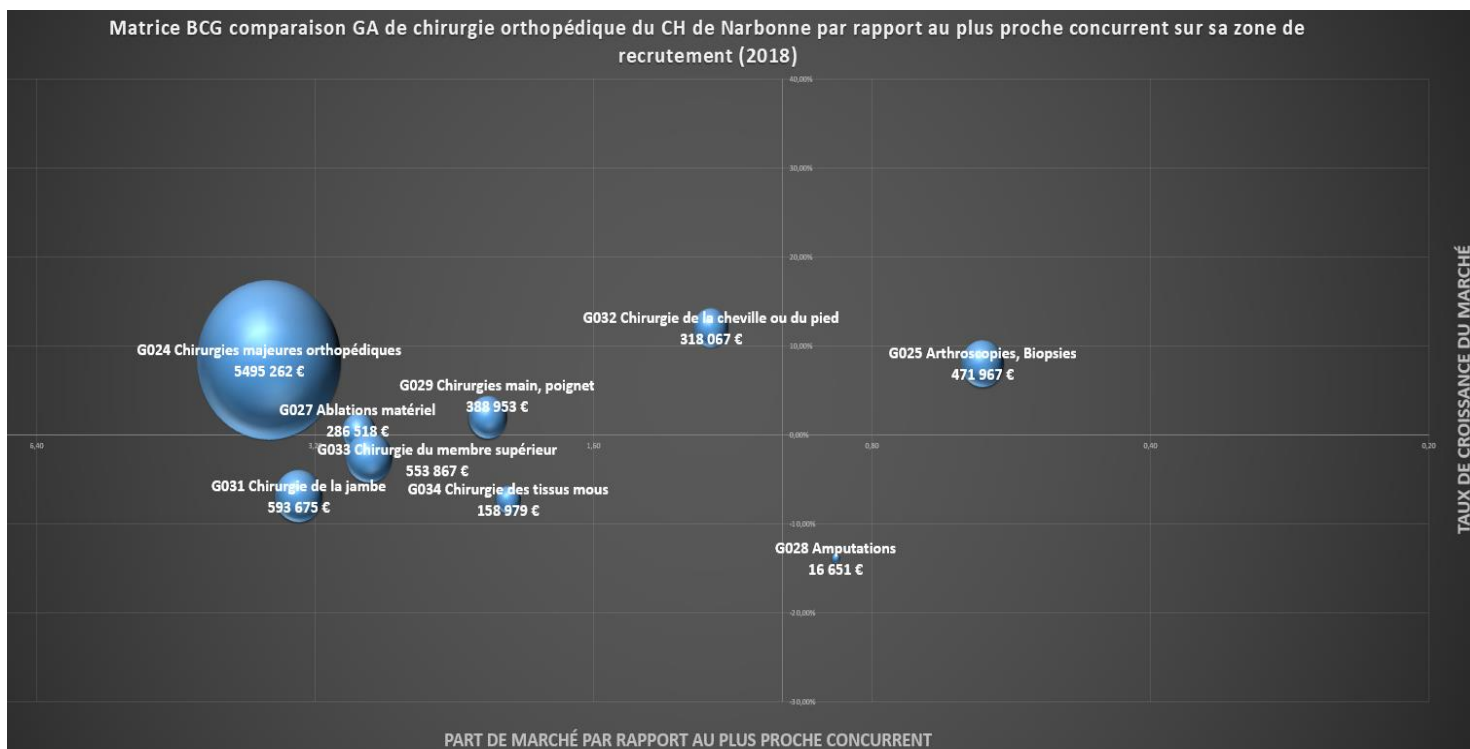
Après observation de la matrice, on note une répartition des GA à l'étude selon 3 cadrans :

- Les groupes d'activités pour lesquels le taux de croissance de l'établissement est positif, sur un marché lui-même en croissance.
 - On note que le CH de Narbonne capte un grand nombre de chirurgies majeures orthopédiques (G024), tout en accroissant sa part de marché dans la mesure où le nombre des séjours accueillis en son sein croît plus rapidement que le marché : 13,68% de croissance avec 615 opérations en 2017 contre 541 en 2018 (la part de marché s'élève sur ce segment à 57,40%).



- Les ablations de matériels (G027) sont un segment dont le marché est en stagnation sur le territoire mais où le CH de Narbonne capte un nombre croissant d'opérations, augmentant par là sa part de marché avec de faibles volumes en valeur absolue. A noter que la polyclinique le Languedoc est également en progression.
- Les arthroscopies (G027) sont un segment en croissance (+7,98% de 2017 à 2018) sur lequel le CH de Narbonne, bien qu'en progression en valeur absolue, perd des parts de marché. Le gain de parts de marché est en partie absorbé par la clinique Causse, qui est le leader sur ce segment, par la polyclinique saint Jean (34) ainsi que par de multiples acteurs privés cumulant de faibles parts de marché. Cette déconcentration relative du marché, corrélée avec des taux de fuite en progression, peut signaler un potentiel de captation d'activité pour l'établissement. Ici, la croissance pourrait s'effectuer en diminuant les taux de fuite vers la clinique Causse et en engageant une communication pour polariser l'adressage sur le CH de Narbonne. On note en effet un éparpillement de faibles volumes de séjours sur de multiples établissements privés, indiquant probablement des réseaux d'adressage encore peu structurés sur ce segment.
- Les groupes d'activité en croissance sur le territoire, mais où les séjours de l'établissement sont en baisse :
 - Les chirurgies concernant la main et le poignet (G029) constituent un marché en croissance où le CH de Narbonne décroît en termes de séjours (-6,43%) tout en restant leader. Cette baisse se fait au profit de la polyclinique le Languedoc, marquée toutefois par une baisse de ses parts de marché sur le territoire, mais également de la clinique mutualiste catalane ainsi que d'une offre privée atomisée en dehors du territoire qui déterminent une hausse de la fuite.
 - Le nombre de séjours pour le GA chirurgie de la cheville ou du pied (G032) est en baisse de 11% au sein du CH de Narbonne, contre une augmentation des séjours de 12% sur le territoire. Cela a pour conséquence un recul net de parts de marché de 45,70% en 2017 à 36,30% en 2018. La perte de parts de marché se constate également pour la polyclinique le Languedoc, mais à un plus faible niveau. Le taux de fuite est donc en augmentation, au bénéfice de la clinique Causse ainsi que d'une offre privée atomisée extérieure à la zone de recrutement. Cela démontre probablement une spécialisation moindre en ce qui concerne le membre inférieur.
- Les groupes d'activité en décroissance sur le territoire, où le CH de Narbonne voit baisser son nombre de séjours.
 - La chirurgie de la jambe (G031), du membre supérieur (G033), où l'établissement s'inscrit en baisse plus rapide que celle du territoire, montrant un positionnement à étayer.
 - la chirurgie des tissus mous (G034) où l'établissement accuse une baisse de ses séjours moindres que la baisse globale constatée sur le territoire, ce qui signale une position concurrentielle solide.
 - Le GA 028 amputations, en forte baisse sur territoire, et où le CH reste à l'étale, maintenant une faible activité. En cette matière, en l'absence d'un chirurgien vasculaire à temps complet *in situ*, la demande territoriale, faible, se concentre plutôt sur des établissements disposant de cette spécialité en routine.

La matrice BCG



Une première lecture globale permet de voir que la chirurgie orthopédique est un segment sur lequel le CH de Narbonne dispose d'une position concurrentielle forte, bien établie sur de nombreux groupes d'activité. La majorité des activités totalisant un grand nombre de séjours et de fortes valorisations se positionnent sur la catégorie des vaches à lait et des stars.

- Dans la catégorie des poids morts :

Une seule activité se retrouve dans cette catégorie, il s'agit des amputations (G028). Cette activité, représentant de faibles volumes de séjours, et étant en forte décroissance sur le territoire n'est évidemment pas un axe de développement central. Pour autant, cette activité pourrait progresser mécaniquement si un chirurgien vasculaire exerçait à plein temps dans l'établissement, et si se constituait une filière pleinement intégrée de diabétologie allant jusqu'à des prises en charge spécialisées pour le pied diabétique, où l'amputation constitue une indication de dernier recours.

- Dans la catégorie des dilemmes : Les arthroscopies (G025) constituent un dilemme dynamique (taux de croissance du marché de près de 8%), où, comme l'a indiqué la matrice d'évolution, les taux de fuite sont importants et en progression. Ces actes, pour la plupart réalisés en ambulatoire, correspondent en effet aux activités cibles du secteur privé. Après examen de son casemix détaillé, la clinique Causse se centre surtout sur les arthroscopies de l'épaule (280 opérations en 2018), activité que le CH de Narbonne pratique peu (74 opérations en 2018). Ainsi, un développement de l'activité ciblé sur ce point ainsi qu'un travail des réseaux d'adressage, en particulier au Nord de la zone de recrutement, pourrait permettre une progression. A noter que l'arthroscopie est un acte exploratoire qui peut par ailleurs conduire à des prises en charge chirurgicales plus invasives, ou avoir une dimension interventionnelle. De fait, le développement des arthroscopies (G025), en particulier de l'épaule, offrirait en fait un amont permettant le développement

synergique de la chirurgie des membres supérieurs (G033). Ces considérations peuvent amener l'établissement à choisir d'investir dans ce dilemme.

- Dans la catégorie des stars :

Le CH de Narbonne dispose d'un avantage concurrentiel assis sur des activités en croissance sur le territoire : les chirurgies majeures orthopédiques (G024), les ablations de matériels (G027), les chirurgies de la main et du poignet (G029) et les chirurgies de la cheville et du pied (G032).

Ces dynamiques, hors ablations de matériel, peuvent conduire à un rayonnement territorial plus important, en particulier si le CH de Narbonne choisit de s'inscrire dans le développement de pôle d'excellence. Cela conduit à mettre en œuvre des stratégies à la frontière entre stratégies de volume et de spécialisation qui, en matière chirurgicale, ne sont pas antithétiques. En effet, la répétition du geste est une garantie supplémentaire de qualité de prise en charge. L'acquisition d'accréditations / labels de type « SOS main » ou « SOS genou », est une piste de développement à long terme. La structuration plus aboutie d'une filière autour de la chirurgie du sport, adossée à la médecine du sport sur le volet de l'activité de soins médecine, est également à envisager à moyen terme.

- Dans la catégorie des vaches à laits : Ces activités doivent également être confortées, notamment en prenant en compte la nécessité de proposer des évaluations de l'appareil locomoteur via un plateau technique spécialisé. Cela permettrait d'orienter des patients vers des parcours médicaux, de SSR ambulatoire en cas de difficulté rééducables où vers des options chirurgicales si nécessaire.

iii. *La mise en œuvre de la démarche collective : des apports méthodologiques et le dégagement de stratégies émergentes*⁴⁵

1) Des pistes méthodologiques peuvent être déduites de réunions préalables : concevoir les projets de manière plus décentralisée, sur un mode participatif et itératif

Pour communiquer ces pistes factuelles, il est possible d'utiliser les matrices présentées ci-dessus et d'offrir si nécessaire une contextualisation cartographique de ces éléments. Une fois ces faits posés, il est nécessaire d'engager la discussion sur les facteurs explicatifs de telle ou telle position concurrentielle.

Une réunion de pôle avait par exemple conduit à souligner, avec le chef de pôle, un facteur explicatif concernant les arthroscopies de l'épaule captées par la clinique Causse. Il s'agit d'un praticien spécialisé, doté d'un bon réseau d'adressage local, qui exerce préférentiellement sur cette activité ambulatoire. Cet avantage concurrentiel est facilité par l'absence de développement en volume de l'activité au sein du CH de Narbonne. La demande territoriale fait donc l'objet d'une fuite. Ce temps de concertation est l'exemple du dialogue préalablement évoqué entre appareil statistique factuel et expérience empirique structurée qui se complètent et peuvent aboutir à des préconisations pratiques : acheter si nécessaire le matériel pour réaliser des arthroscopies de l'épaule, motiver un praticien à exercer cette activité, souligner le rôle d'amont de ce type d'acte s'il est à visée diagnostique.

⁴⁵ MINTZBERG H. et alii, « Safari en pays stratégie », 2005, Pearson - Village Mondial

Cet exemple est néanmoins tiré d'une réunion où étaient présents : le chef de pôle, l'un des cadres de proximité du pôle, la DGA, le DAF, un contrôleur de gestion et l'élève DH. C'est donc dans un cadre restreint, quasi-confidentiel, qu'ont été abordées ces thématiques. Elles gagneraient en impact si elles faisaient partie intégrante de la vie quotidienne du pôle et relevaient d'un temps dédié à la réflexion stratégique, avec une acculturation progressive des acteurs de terrain aux outils de l'évaluation médico-économique.

2) La mise à disposition de temps dédiés : un préalable essentiel

L'aspect dédié des réunions éviterait la dilution de l'association à la conception de la stratégie dans d'autres thématiques inhérentes à la vie du pôle (gestion de l'absentéisme, programmation, gestion de plannings...). Ce temps dédié peut aussi permettre d'atténuer les prises de position influencées par le statut des acteurs en présence, pour reprendre l'expression de Thierry Nobre « de dépasser la hiérarchie informelle entre les différentes catégories d'acteurs »⁴⁶.

Comme évoqué plus haut concernant les réunions de direction où les portefeuilles fonctionnels sont fréquemment en bordure des débats occupant les réunions. Il s'agit, cette fois au niveau du pôle, de focaliser la réunion sur une optique stratégique commune et non sur les attributions de chacun. On s'inscrirait là dans la perspective décrite par Marie-José Avenier, d'un nécessaire décentrement pour penser en commun la stratégie : « Les capacités cognitives humaines étant limitées, il y a une relation croissante entre le temps dont un individu dispose pour mettre en œuvre ses capacités cognitives, et l'étendue potentielle des capacités susceptibles d'être exploitées. Afin de favoriser l'éclosion d'initiatives stratégiques, il importe donc que les acteurs disposent de temps (ou s'en ménagent) pour prendre du recul par rapport à leurs activités habituelles. »⁴⁷.

B. La mise en œuvre de la stratégie pourra se fonder à l'avenir sur l'utilisation d'outils de présentation et de la conception de la stratégie, tout en faisant fond sur une organisation polaire leur offrant un cadre de déploiement décentralisé.

1. Le processus de production et de rationalisation des liens de cause à effet, de la conception à la mise en œuvre de la stratégie, doit faire l'objet d'un partage plus large

- a. La communication de données et la formulation d'hypothèses de travail objectivées et mesurables : des éléments à prendre en compte dès une phase de conception collective.

1) Disposer d'un support de communication de la stratégie globale de l'établissement

⁴⁶ T. NOBRE, L'innovation managériale à l'hôpital « Changer les principes pour que rien ne change ? », Lavoisier | « Revue française de gestion » 2013/6 N° 235 | page 123 <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-113.htm>

⁴⁷ AVENIER, M.-J., « La complexité appelle une stratégie chemin faisant », article, 1999.

L'alignement stratégique des acteurs peut bénéficier d'une explication de la stratégie globale de l'établissement. C'est, le plus souvent au sein des établissements publics de santé, le projet d'établissement qui doit porter cette information. Cet outil présente l'avantage d'une présentation quasi-exhaustive des projets portés par l'établissement pour 5 ans. Le désavantage est, en regard, le temps d'appropriation important d'un document long, qui se présente parfois comme une collection agrégée de projets de services ou comme un document programmatique bien structuré et présenté, mais qui ne retiendra pas l'attention soutenue de chaque agent.

Décliner le projet d'établissement sous format abrégé, plus court, est une première piste intéressante. Cependant, la schématisation de liens de cause à effet entre des actions entreprises et leur finalité, la communication institutionnelle suivie sur des projets structurants, sont également des moyens probants pour parvenir à cette fin.

Enfin, la mise à disposition d'un bref argumentaire sur de grandes orientations, sous forme de schémas, peut être un élément de communication utile.

2) Développer un support de communication sur les projets segmentés de l'établissement

Dans la lignée de ce document transversal, pouvant servir à situer une action ou un projet ciblé dans un schéma global, peuvent être déclinés les projets segmentés de l'établissement. Cette idée ressort à ce qu'ont pu commenter Kaplan et Norton lorsqu'ils faisaient mention de la communication interne de Mobil, entreprise pétrolière qui avait décidé de communiquer sa stratégie à l'ensemble de ses salariés⁴⁸.

Cette communication s'opérait selon un schéma tenant sur une feuille A4 et détaillant l'ensemble des grands objectifs, avec des précisions sur leur application et leurs implications. L'idée était de mieux solidariser les employés avec la stratégie de groupe, de leur communiquer des objectifs stratégiques pour leur signifier en quoi leur action quotidienne pouvait contribuer à leur atteinte, mais également de pouvoir recueillir leurs observations, suggestions d'amélioration et les stratégies émergentes issues de leurs initiatives.

Ces éléments de communication ne valent pleinement que si les acteurs se voient confier des moyens structurés de contribuer à la stratégie. Par exemple, lorsqu'ils créent un projet au sein d'un service, ou le mettent en œuvre, avec une marge d'initiative. Il faut que les acteurs, en particulier les médecins et les cadres de proximité disposent à cet effet de données mais également d'outils d'organisation.

3) Mettre en œuvre des présentations visuelles et des outils standardisés adaptables pour la présentation et la réalisation de projets

Un effort de présentation des données et de contextualisation reposant pour beaucoup sur les personnels administratifs.

La présentation des données par le contrôle de gestion ou plus largement par des personnels administratifs doit faire l'objet d'une présentation visuelle accessible. A ce titre, un état des lieux chiffré des grandes masses T1, T2, T3, de la réalisation d'objectifs d'activité, de suivi de l'absentéisme est d'ores et déjà réuni sur un seul document et diffusé mensuellement aux cadres par la direction des affaires financières et de la performance.

⁴⁸ Kaplan R. S., D. P. Norton, Comment utiliser le tableau de bord prospectif, 2001, p.54

De même, dans la présentation des projets ou des données relatives à une activité donnée dans le cadre d'un pôle, la présentation des données comme les parts de marché via l'outil cartographique de scansanté permet une meilleure lecture et d'identifier par exemple les manques d'un réseau d'adressage. L'utilisation de la matrice BCG 1 lors de présentations en réunion de chefs de pôle a par ailleurs permis de situer le portefeuille d'activité de l'établissement. L'adaptation au vocabulaire médical et la transcription des GHM en code CCAM lors du dialogue de gestion avec les médecins permet une transmission plus claire des données.

La nécessité corrélative d'acculturer les soignants et cadres de proximité à une utilisation des notions médico-économiques et à une logique de projet objectivée par des données.

L'effort d'adaptation dans la présentation de la donnée doit susciter un effort corrélatif, qui peut être guidé notamment via des fiches projets standardisées, rappelant les éléments d'analyse médico-économique à appliquer dès la conception d'un projet. L'idée est de mettre à disposition des référentiels de pré-cadrage des projets afin que soient envisagés plusieurs aspects comprenant notamment l'analyse des données d'activité, la prise en compte de la perspective inter-temporelle (prospective) des projets, le recouplement avec les données empiriques (prévalence de la pathologie visée, dimensionnement en lits, données de benchmark...), la vérification de la disponibilité de matériel ad hoc, la vérification des ressources humaines disponibles et les conditions de faisabilité matérielles. A cet égard, une fiche synthétique avait été conçue en 2018. Elle comportait 4 prérequis : la contextualisation et intérêt du projet et identification de synergies avec d'autres activités (1), l'analyse médico-économique succincte reposant sur le calcul du nombre de lits correspondant à un projet en tenant compte du paramètre de saisonnalité (2), la détermination du coût du projet en investissement et le calcul des ETP correspondant à sa mise en œuvre (3), la construction d'une matrice SWOT invitant à une analyse multidimensionnelle de la problématique (4).

Ce document a fait l'objet d'une appropriation relative et inégale. L'association plus collective des cadres à la stratégie et la volonté de réunir les acteurs en groupes de travail orientés sur des stratégies précises de segments pourrait permettre de relancer ce type d'initiative, de façon plus complète et plus souple.

- b. Le travail débuté sur le développement de l'obstétrique montre un enrichissement de la conception et des perspectives de déploiement par une meilleure appropriation de la part des acteurs de terrain

i. L'appui technique et factuel

1) La mesure des effectifs et des dynamiques au niveau du domaine d'activité permettent une vision fine de la territorialisation de l'activité via les indicateurs localisés

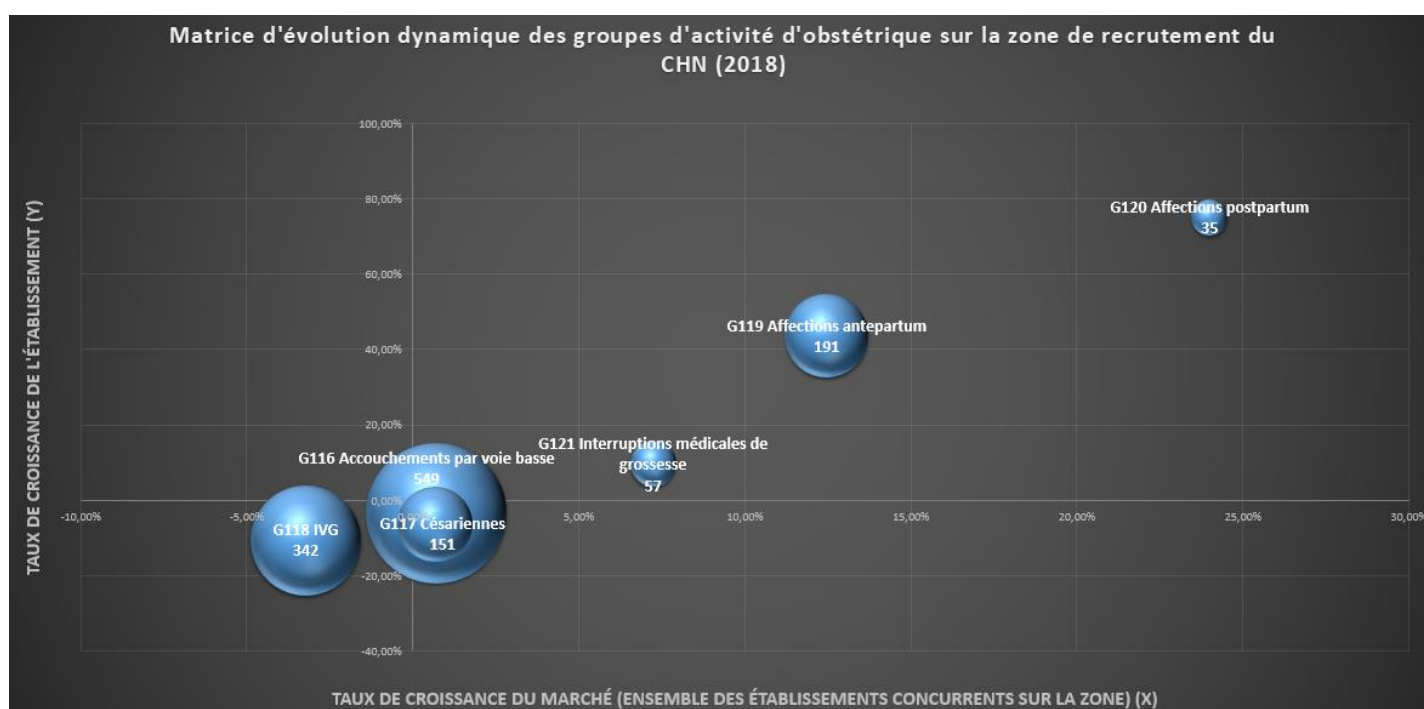
L'analyse au niveau du DoAC⁴⁹ montre une position nettement dominante pour le CH de Narbonne sur l'ensemble des codes géographiques, à l'exception de Coursan. Le taux de fuite global est faible (14,76%), en revanche les taux localisés démontrent l'attraction d'un hôpital de référence, le CH de Carcassonne pour le code géographique de Lézignan-Corbières (taux de fuite de 20,67%, pour un total de 105 séjours), le plus à l'ouest de la zone de recrutement.

⁴⁹Cf Annexe 11 : Tableau DoAc Obstétrique sur la zone de recrutement de Narbonne

Le taux de fuite de Fleury d'Aude est également important (26,87%) mais concerne de faibles volumes (18 séjours). Il est polarisé sur deux établissements du département voisin : la polyclinique Champeau et le CH de Béziers situés dans l'Hérault.

2) Une analyse au niveau des GA permet d'avancer des pistes de développement opérationnelles en même temps qu'une analyse de l'état du marché en statique et en dynamique

Au global, la matrice d'évolution fait apparaître, en conformité avec la faible natalité du territoire, un taux de croissance des accouchements atone (0,71%) et des GA qui sont pour la plupart stagnants ou en décroissance. Font exception les affections antepartum et postpartum.



Cadran des activités en croissance sur le territoire et au sein de l'établissement :

Les affections antepartum (G119 : 191 séjours) ainsi que les affections postpartum (G120 : 35 séjours) sont faibles en valeur absolue mais connaissent une forte croissance au plan territorial. Le CH de Narbonne enregistre sur ces deux groupes d'activité une croissance de ses séjours supérieure à la croissance du nombre de séjours sur le territoire : il capte ainsi des parts de marché.

Cadran des activités en hausse sur le territoire mais en baisse au sein de l'établissement :

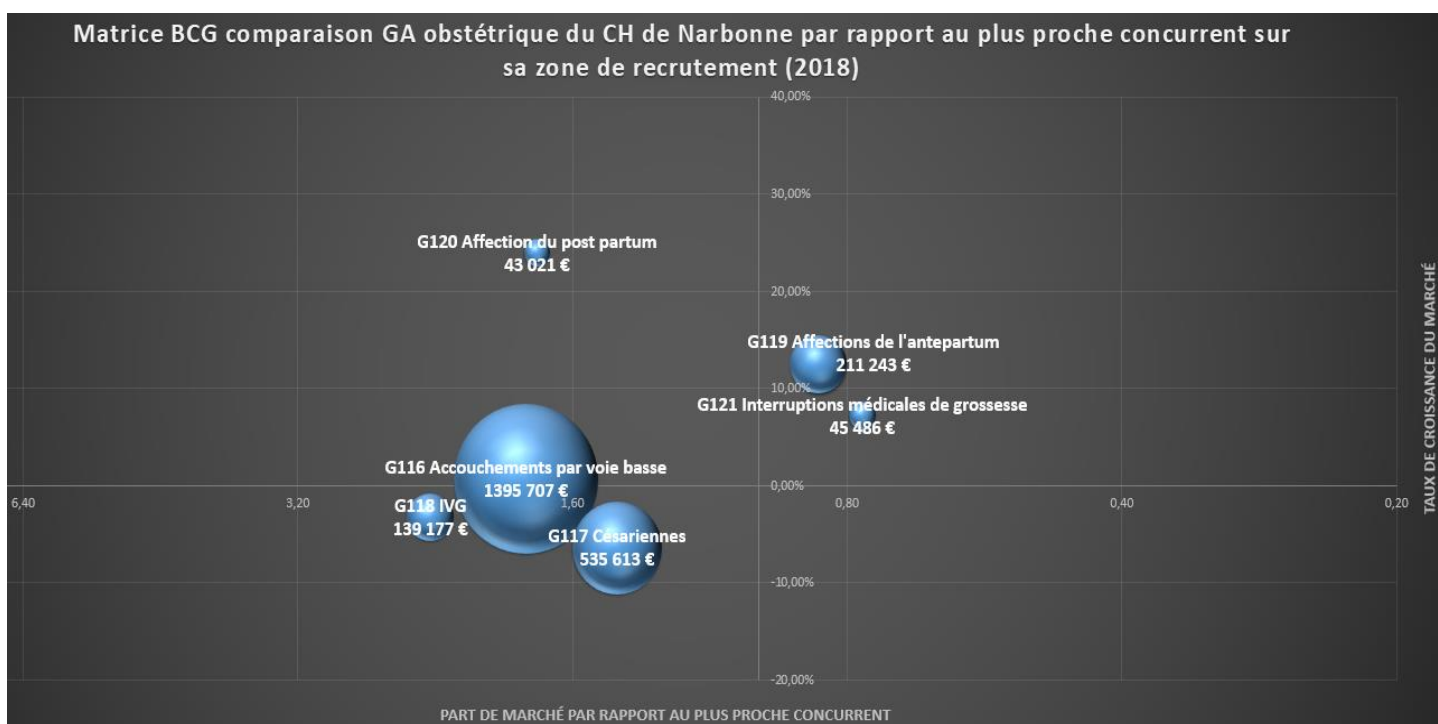
Le nombre de séjours du CH de Narbonne sur le G116 (accouchements par voie basse) décroît légèrement avec -3,3% (soit -20 séjours) sur un territoire dont le nombre de séjours stagne. La légère perte de parts de marché ne s'effectue pas vers le concurrent local mais de manière éparse sur une offre publique et privée hors la zone de recrutement. Elle alimente donc une fuite disséminée, qui peut être récupérée via

un effort d'adressage structuré, une montée en gamme des prestations connexes et un parachèvement de la qualité d'accueil déjà bien développée.

Les césariennes, corrélées au nombre de naissances, sont en stagnation au plan territorial (+0,67%) et en baisse pour le CH de Narbonne (-6,38%), ce qui reflète une qualité de prise en charge (recours aux césariennes raisonné).

Cadran des activités en baisse sur le territoire et dans l'établissement :

Les IVG constituent une activité en baisse pour le CHN au sein d'un environnement territorial également marqué par une baisse. Ce constat est à relativiser car cette activité ne constitue pas un levier de développement.



La matrice BCG fait état d'un bon positionnement du CH de Narbonne par rapport à son concurrent territorial : la polyclinique le Languedoc.

Vaches à lait : Deux activités majeures dans le domaine obstétrique se trouvent dans ce cadran (G117, G118).

Stars : Les accouchements (G116), activité cœur de métier, totalisent le volume financier le plus important et connaissent une faible croissance territoriale .Le CH de Narbonne dispose d'un avantage concurrentiel conséquent sur ce domaine, cela appelle une croissance future par gains de parts de marché. Les affections du postpartum (G120), faibles en volume, montrent néanmoins une forte croissance et un avantage concurrentiel du CH de Narbonne.

Dilemmes : Les affections de l'antepartum (G119) et les IMG (G121) se trouvent dans cette catégorie, mais avec une position concurrentielle proche de 1 : le CH réalise ici quasiment le même volume d'activité que son concurrent. Un gain d'efficience est possible sur le segment des affections antepartum. Pour gagner en attractivité, une communication ciblée et des partenariats renforcés avec les sages-femmes de ville sont des solutions à favoriser, notamment sur les localités où la fuite est plus prononcée : Lézignan et Fleury d'Aude.

Plus globalement, la prise en charge des étapes amont (éducation thérapeutique, affections antepartum) et aval (affections du post-partum, suivi post-accouchement), est un gisement d'attractivité. Un développement constituerait un approfondissement de la filière obstétrique permettant aux patientes une continuité et une cohérence de leur prise en charge. Ce processus amène des réponses plus complètes à un besoin de soin et d'accompagnement global, tout au long de la grossesse et dans ses suites.

Au titre du développement d'activité, les parturientes constituent une demande particulière. Ces dernières attachent en effet une grande importance à la qualité de prise en soin, mais également aux dimensions plus subjectives de l'accueil.

En réponse à cela, il est possible de mettre en avant un élargissement horizontal de la gamme des prestations donnant aux patientes des possibilités de choix supplémentaires pour leur accouchement. Un projet de « salle nature » en vue d'accueillir les parturientes dans des conditions où elles peuvent accoucher de manière peu artificialisée dans un cadre apaisant est envisagé. Des études de faisabilité ont été réalisées. La portée d'attractivité du projet a été mesurée, via un benchmark empirique, à environ 100 naissances supplémentaires, avec un effet d'attraction spécifique les premières années puis une stabilisation des naissances. Le coût en est modéré, environ 50K€.

Dans le même temps, une montée en gamme des prestations hôtelières doit permettre de soutenir et développer l'attractivité. De ce fait, il est important de réaliser la montée en gamme des prestations connexes : hébergements, déjà rénovés mais devant faire l'objet d'améliorations supplémentaires et restauration, avec le développement d'offres de menus plus qualitatives.

Eléments de prospective :

Dans la mesure où le seul concurrent local est la polyclinique le Languedoc, cette dernière présente une matrice BCG inversée par rapport au CH de Narbonne. Faible sur les activités cœur de métier (accouchements et césariennes), elle réalise néanmoins plus de séjours sur les G119 et G120. Cette situation reflète un faible volume d'accouchements : 359 en 2018, dont 305 dans sa zone de recrutement. A comparer avec le CH de Narbonne réalisant 549 accouchements dans la zone et 632 au global. Compte tenu de la position concurrentielle importante du CH de Narbonne et du faible volume de séjours de la polyclinique, approchant des limites basses autorisées (300 accouchements par an), des interrogations se font jour sur la reprise de l'activité par le seul CH de Narbonne qui disposerait de la capacité en lits et personnels pour accueillir, à iso-moyens, l'ensemble de la demande territoriale.

ii. Les apports de la démarche collective : un début de stratégie émergente sur le déploiement

Au cours de la première réunion du cycle concernant l'association à la stratégie des responsables au sein des pôles, le cadre supérieur de santé du pôle mère-enfant et un cadre de proximité du service de pédiatrie ont relevé que cette démarche d'association à la conception et à l'exécution de la stratégie via le support d'un tableau de bord est utile pour réaliser un alignement stratégique des acteurs, chacun pouvant « savoir où il va » pour reprendre les termes de la cadre présente, quelles sont les actions prioritaires du pôle ou du service. Ces deux agents ont noté l'importance du gain de sens apporté par la démarche, le travail quotidien étant enrichi de la perspective stratégique de plus long terme décrite.

Une utilisation managériale est également repérée par les cadres de proximité, elle réside dans la dimension descriptive des priorités et dans le caractère opposable du tableau de bord. Ils envisagent l'utilisation de l'outil dans la relation aux personnels encadrés et aux médecins, pour fixer des objectifs et des étapes intermédiaires et servir de support à un engagement des praticiens et du PNM. Les acteurs relèvent qu'un outil permettant de garder une trace inter-temporelle des engagements pour rappeler les acteurs à un alignement stratégique collectivement déterminé serait souhaitable.

Il s'agit en fait ici d'introduire deux types de cohérence : une cohérence des objectifs et une cohérence des choix dans le temps. A propos de la cohérence des objectifs, Thierry Nobre fait observer que « à l'hôpital les logiques individuelles sont fortement prégnantes et les objectifs découlent davantage d'une agrégation de démarches individuelles que d'une approche collective et structurée »⁵⁰. Il en déduit une « forte nécessité de renforcer la cohérence des objectifs pour mettre en œuvre une dynamique centrifuge visant à focaliser les acteurs sur les mêmes objectifs et remplacer la tendance naturelle à la divergence stratégique [...en impliquant les différentes catégories d'acteurs au sein de projets identifiés et en coordonnant les différents projets. ». C'est ici ce que l'on s'est proposé de réaliser via la création d'un groupe de travail, avec des objectifs suivis via un tableau de bord.

La cohérence des choix dans le temps est une problématique d'égale importance, qui fait l'objet de dispersions multiples ; certains acteurs faisant oeuvre de « divergence stratégique » après avoir accepté des objectifs.

Le cadre supérieur du pôle d'obstétrique a, à cet égard, l'idée d'une exploitation managériale d'un outil d'abord axé sur le développement de projet. On assiste ici à la naissance d'une stratégie émergente sur le déploiement de la stratégie. Le cadre supérieur de santé voit dans le tableau de bord et la démarche qui l'entoure une opportunité d'entériner des choix préalablement pris : il revêt l'outil de suivi d'objectif d'une dimension contractuelle opposable. En fait, ce cadre vient, sans le formuler explicitement, porter l'idée d'une contractualisation. Un recours officiel plus systématique à ce type de fonctionnement, assis sur l'organisation polaire et donc généralisé à l'ensemble des segments stratégiques de l'établissement est une piste de facilitation de l'implémentation globale de la stratégie.

2. L'application est en grande partie fonction de l'association des parties prenantes aux projets, qui doit être améliorée et institutionnalisée au sein de l'organisation polaire

⁵⁰ NOBRE T., L'innovation managériale à l'hôpital « Changer les principes pour que rien ne change ? », Lavoisier | « Revue française de gestion » 2013/6 N° 235 | pages 113 à 127 <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-113.htm>

- a. L'organisation polaire comme cadre de diffusion et d'application de ces outils au niveau décentralisé

1) L'organisation polaire actuelle est mature au plan institutionnel mais peut encore progresser en matière de contractualisation

L'application de la stratégie est très liée aux pôles qui manquent actuellement, du fait de leur constitution récente, d'une dimension de contractualisation tangible. Comme le confirmait la préoccupation du cadre supérieur évoqué *supra*, la difficulté de mise en œuvre d'un projet peut tenir à des conflits de légitimité ou de problèmes de cohérence des objectifs et à des contestations *a posteriori* de choix validés *a priori* par les acteurs soit des problèmes de cohérence inter-temporels. L'instauration d'une véritable gouvernance autour de choix pris en commun, au besoin autour d'un outil de formalisation de type tableau de bord, tend à stabiliser les projets en atténuant les éventuelles incohérences inter-temporelles des choix. La contractualisation ajoute à cette dimension organisationnelle des incitations bienvenues.

2) Le pôle serait l'échelon pertinent d'association à la conception et au déploiement, dans le cadre d'une contractualisation plus efficiente

L'échelon du pôle permet un dialogue décloisonné sur le cadrage médico-économique d'un projet. Il assure un suivi dans une logique de proximité. La dimension de recueil de l'information au niveau global est apportée par le contrôle de gestion. L'analyse de l'activité pourra s'effectuer de manière privilégiée lors de réunions où le contrôle de gestion réalise un accompagnement, mais devra également être abordée de manière autonome par le pôle.

La mise en place d'indicateurs sur des objectifs finaux et des objectifs intermédiaires, avec un suivi constant au niveau polaire et des analyses ponctuelles concises communiquées aux instances de direction permettra des remontées d'informations plus régulières.

Les indicateurs seront évidemment fonction des pôles considérés et des axes de développement arrêtés. On peut ici indiquer quel serait le fonctionnement pour l'obstétrique. Il s'agirait d'établir des indicateurs concernant 4 dimensions principales. Premièrement, le volume d'activité et l'occupation des lits d'obstétrique. Deuxièmement la qualité médicale de la prise en charge approchée par le taux de césariennes, la DMS et les taux de prises en charge en matière de consultations ante-partum et post-partum. Troisièmement, les dimensions subjectives de la satisfaction, notamment l'accueil à l'entrée et au cours du séjour, l'hôtellerie, la qualité des repas fournis. Quatrièmement, la thématique du travail sur l'adressage : la fréquence des réunions avec les sages-femmes de ville, le nombre d'accouchements que l'établissement a permis à des maïeuticiennes libérales d'exercer dans le service, le but final étant d'augmenter l'adressage.

Ces quelques indicateurs pourraient faire l'objet d'un suivi rigoureux, en laissant au pôle la capacité de discuter de leur pertinence, la possibilité d'adapter le référentiel en rajoutant des mesures. Il est essentiel que les cibles soient clairement définies par le top management, mais qu'une marge importante soit laissée sur les moyens d'y parvenir. Un consensus doit à cet égard être obtenu auprès du pôle et devra servir de base à la contractualisation. La contractualisation doit être la voie de l'institutionnalisation des procédures de suivi, en même temps que la garantie de l'atteinte des objectifs stratégiques de l'établissement. Une

adaptation des compétences via la formation doit accompagner cette mutation institutionnelle de renforcement de la gestion au niveau du pôle.

- b. La formation dimensionnée à l'utilisation des outils managériaux à plusieurs niveaux doit être un axe de développement majeur pour améliorer la co-construction et la transmission de la stratégie.

1) Développer une maîtrise des outils de la stratégie : des outils communs aux plus systématisés en fonction de la nature des projets

Le niveau de systématique des outils doit être modulé en fonction des usages.

Pour tout type de projet, l'approche médico-économique classique est nécessaire : une pré-évaluation objectivée par des chiffres est un prérequis essentiel. Qui plus est, une dimension descriptive dépassant la première mesure des besoins, les évaluations d'occupation des lits et des besoins en ETP peut apporter une crédibilité supplémentaire à un projet : la transcription d'objectifs globaux en caractéristiques techniques, la conversion d'un projet en besoins, y compris d'investissements et de logistique, l'identification de synergies avec d'autres projets ou de facteurs bloquants, une vue prospective tenant compte de facteurs d'évolution, sont autant d'éléments susceptibles de s'y ajouter.

S'il s'agit d'un projet global ou sectoriel requérant des éclairages sur le contexte, les personnels pourront mettre à profit le SWOT après une étude quantitative et qualitative permettant de l'alimenter avec des données objectivées. A cet égard, le contrôle de gestion pourra être sollicité sur les questions de méthode ou de recueil de données précises via des requêtes.

L'utilisation de la matrice BCG pourrait être mise en avant sectoriellement, lorsqu'il est nécessaire de réaliser un point sur le portefeuille d'activités du pôle. Elle peut aussi permettre de mesurer sur une base factuelle, une progression dans la conquête de parts de marché, dans l'atteinte d'objectifs d'activité ou l'impact de décisions de coopération inter-établissements. Elle peut refléter une spécialisation que le pôle entend mettre en place. Son utilisation ne doit pas se départir d'une analyse qualitative qui met en avant des synergies éventuelles entre activités.

L'évolution vers des démarches stratégiques plus systémiques et globales, aboutissant à un degré de systématique supérieur comme le balanced scorecard ou l'EFQM peut également prendre forme. La mise en œuvre d'un système de pilotage est néanmoins conditionnée par une adhésion institutionnelle globale et peut être envisagée sous la forme d'une montée en charge progressive. L'acculturation à des raisonnements médico-économiques et le recours à des outils correspondants : matrices, indicateurs, objectifs à moyen terme, doivent créer une demande d'outils et de méthodes additionnels.

2) Des formations plus spécifiques selon les acteurs visés

Pour répondre aux besoins managériaux, d'utilisation des outils de la stratégie et d'acculturation médico-économique, des formations sont indispensables. A cet égard, on peut noter une double structuration en cours dans l'établissement.

Des formations internes, collectives et sur une base volontaire doivent donner des éléments de réflexion, citer des outils et orienter sur des formations plus abouties. La direction des soins a impulsé l'organisation

mensuelle de telles réunions autour de thèmes choisis par les cadres eux-mêmes via un sondage en ligne. Le thème arrivé en tête de la sélection relève de la conduite de projet, le second a trait à la communication. Des formations réalisées par des consultants extérieurs doivent concrétiser la montée des compétences et offrir des éclairages théoriques et pratiques au public cadre. Le recrutement d'une responsable dédiée à la formation est à ce titre un signal non négligeable. Cela permettra de mieux cibler les formations en fonction du public visé et de son rôle institutionnel. On pourra ainsi graduer les formations : les cadres de proximité pourraient au premier chef bénéficier de formations au management, à la conduite de projet et à l'objectivation médico-économique des projets.

Les médecins chefs de pôle et les cadres supérieurs disposeraient quant à eux de cycles de formation relevant du management et de leur rôle institutionnel dans l'implémentation d'outils stratégiques plus systématisés.

Une fois ce type de compétences rassemblées, la communication de la stratégie et de sa base factuelle sera facilitée. Les remontées d'informations et les projets d'émanation bottom-up emprunteront une démarche analytique tenant compte de l'optimisation sous contrainte budgétaire. Dans le même temps, elles seront plus à même de formuler des stratégies émergentes qui pourront interagir avec la stratégie globale, en vue de l'atteinte d'indicateurs mieux définis en commun. La montée en compétences vaut autant pour elle-même que pour l'acculturation au changement qu'elle met en œuvre. Elle doit permettre par ce biais d'assouplir les rigidités organisationnelles et de réduire les temps de latence dans l'application de la stratégie.

Conclusion

La conception et l'application de la stratégie sont deux dimensions essentielles et indissociables qui concourent au développement des établissements de santé. Leur importance est allée croissant avec la complexification de l'environnement réglementaire, tarifaire et concurrentiel.

Ce contexte contemporain nécessite des adaptations des structures, des modes d'analyse, une inventivité organisationnelle et du management. Elle requiert aussi une capacité de réaction face à des concurrences qui se restructurent plus aisément, de manière plus offensive que défensive.

La stratégie et son application sont donc un véritable levier d'action, probablement le plus puissant restant à la disposition des établissements de santé⁵¹.

Reste que la conception de la stratégie et son application ont trop longtemps été dissociées, menant à des décalages de vues, des difficultés d'application, des temps de latence, qui ont pu être interprétés comme affectant structurellement les hôpitaux. En fait, ces effets non souhaités peuvent être infléchis par un management qui s'appuie sur deux dimensions complémentaires.

Premièrement, un diagnostic stratégique approfondi. Celui-ci comportant une dimension territoriale et concurrentielle, doit être, en particulier pour les établissements de taille moyenne et les établissements de santé de proximité, affiné par l'adaptation des indicateurs classiquement utilisés. La démarche analytique sous-jacente doit être autant qualitative que quantitative, et se mettre en relation avec les facteurs d'évolution de la demande (évolution de la population, taux de recours, taux de croissance des séjours sur la zone de recrutement) tout autant que de l'offre de soins (déménagement d'un établissement, fermeture d'un établissement, ouverture ou redimensionnement d'un concurrent, changement de spécialisation) territoriales. Ce diagnostic, mené par paliers progressifs, doit aboutir à des préconisations appuyées sur des outils d'analyse variés : discursifs, chiffrés, matriciels et pouvant s'appuyer sur des présentations visuelles accessibles à tous les acteurs en présence dans l'établissement. L'ensemble de ces éléments constitue une base factuelle lisible qui forme le paradigme de la stratégie d'établissement, qui établit des données et des points de comparaison servant de fondement au dialogue stratégique au sein de l'établissement.

Deuxièmement, une culture, des outils et une volonté d'implémentation qui se fonde sur l'interaction pour appliquer la stratégie de manière souple et adaptée au terrain. Le diagnostic stratégique ne peut rien à lui seul, s'il n'est assorti d'une réflexion et d'une action sur l'association des personnels à la conception et l'application de la stratégie. En l'absence d'une telle perspective, la base factuelle s'inscrit, pour reprendre l'expression de Capgras et alii, dans une logique de « tout savoir pour peu pouvoir ». Le socle factuel doit donc être impérativement associé à des actions managériales fortes, en interaction croissante avec les acteurs de terrain. Les acteurs doivent pouvoir disposer des compétences et de la pratique professionnelle

⁵¹ DELAS A., « l'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques : le cas de la Haute-Normandie », Bibliothèque numérique Paris 8. <https://octaviana.fr/document/182114627>

pour manier les outils leur permettant de comprendre la stratégie globale, délibérée, pour formuler les projets à leur initiative dans un même cadre conceptuel partagé. Les bases de l'alignement stratégiques étant posées, ils doivent également pouvoir bénéficier de temps dédiés à la réflexion stratégique, et voir leurs observations prises en compte au sein d'une stratégie délibérée qui laisse place aux stratégies émergentes en les intégrant au besoin, jetant par-là les bases d'une « stratégie chemin faisant »⁵². Pour autant, la stratégie globale doit disposer d'une ligne directrice, celle-ci pourrait résider dans les objectifs finaux, fixés en vue d'un développement d'activité et clairement communiqués. Une marge serait laissée aux acteurs pour l'atteinte de ces objectifs. L'institutionnalisation d'un tel mode de management peut passer par une organisation polaire qui atteindrait par là une pleine maturité.

Une telle démarche peut amener à renforcer le levier d'action qu'est la stratégie.

En maîtrisant les temps de latence, elle peut dynamiser la marche des projets et renforcer la confiance dans le management directorial.

En mettant en avant l'association à la conception et à l'application de la stratégie, elle consolide l'alignement stratégique et l'adhésion des agents.

En « faisant de la stratégie l'affaire de tous », elle remet au premier plan la mission essentielle de l'hôpital : répondre le mieux possible à un besoin de santé territorial.

La mise en œuvre de la perspective évoquée ici peut emprunter différents niveaux de systématisme. A terme, l'objectif serait la mise en place d'un système de pilotage plus intégré et plus complexe. Pour cette raison, ce travail est plus la cristallisation d'une réflexion organisationnelle en cours de construction, susceptible d'améliorations, qu'une conclusion définitive et prescriptive. Si la mise en œuvre n'est pas immédiate, le chemin déjà parcouru dans cette voie incite à poursuivre les innovations.

⁵² AVENIER, M.-J., « La complexité appelle une stratégie chemin faisant », article, 1999.

Bibliographie

Réglementation :

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Ouvrages :

KAPLAN R. S., NORTON D. P., Comment utiliser le tableau de bord prospectif, 2001, p.54

MINTZBERG H. et alii, « Safari en pays stratégie », 2005, Pearson - Village Mondial

Rapports :

IGAS, 2012, « l'Hôpital », rapport remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, la Documentation française.

VALLANCIEN G., « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », Rapport, la documentation française, 2008

Articles :

AVENIER, M.-J., « La complexité appelle une stratégie chemin faisant », article, 1999.

BOSTON CONSULTING GROUP, « les activités de volume » Perspective et stratégie, document BCG

BOSTON CONSULTING GROUP, « les activités de spécialisation » Perspective et stratégie, document BCG

CAPGRAS J-B, PASCAL C., BOTTON J-F, CLAVERANNE J-P., 2009, « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé, illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité », Journal d'Economie Médicale 2009, Vol.27, n°1,000-000

CAPGRAS, J-B, PASCAL C., GUILHOT N., CLAVERANNE J-P, 2011, « L'information économique entre décision stratégique et action publique : tout savoir pour peu pouvoir ! », Politiques et management public, Vol. 28/1, pp. 57-82. <http://journals.openedition.org/pmp/4167>

CHAUCHAT A. « La modélisation économique des coopérations hospitalières en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public », mémoire EHESP, 2009.

DELAS A., « l'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques : le cas de la Haute-Normandie », Bibliothèque numérique Paris 8. <https://octaviana.fr/document/182114627>

LORINO, Philippe. « Le management de l'action complexe : contrôler ou explorer ? », *Projectique*, vol. 19, no. 1, 2018, pp. 13-22.

NOBRE T., L'innovation managériale à l'hôpital « Changer les principes pour que rien ne change ? », Lavoisier | « Revue française de gestion » 2013/6 N° 235 | pages 113 à 127 <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2013-6-page-113.htm>

PAUL E., COLLIN A., DEMANET Q., « L'analyse territoriale en santé au service de la stratégie d'établissement », Techniques Hospitalières, 2005, pp.50-54

Sites internet, ressources en ligne :

<https://france-decouverte.geoclip.fr>

<http://hospidiag.atih.sante.fr/>

Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2006 au RP2016 exploitations principales. POP T2M – Indicateurs démographiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-11262>

INSEE, 2014, dispositif d'analyse « Filosofi », <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/niveau-de-vie-des-francais-par-commune/>

Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2006 au RP2016 exploitations principales. POP T2M – Indicateurs démographiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-11262>

<http://ressources.anap.fr/pf-test/publication/1369-analyser-son-activite-et-son-positionnement-territorial>

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

<https://www.scansante.fr/>

<https://www.scansante.fr/applications/flux-entre-etablisements-orfee>

Liste des annexes

Annexe 1 : Carte des pôles d'attraction du CH de Narbonne, de la polyclinique le Languedoc et des établissements voisins en 2018.

Annexe 2 : Composition et structure de la population des codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Narbonne

Annexe 3 : Composition et structure de la population sur les codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Lézignan

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des taux de pauvreté par tranche d'âge dans la ville de Lézignan Corbières

Annexe 5 : Parts de marché et concentration d'activité du total des séjours MCO sur la zone de recrutement du CH de Narbonne

Annexe 6 : Représentation du casemix en CMD du CH de Lézignan, en radar

Annexe 7 : Carte part de marché localisée sur l'ASO Médecine du CH de Lézignan sur la zone de recrutement du CH de Narbonne :

Annexe 8 : Répartition des parts de marché et taux de fuite localisés pour l'activité de soins C

Annexe 9 : Parts de marché et taux de fuite localisés ASO C

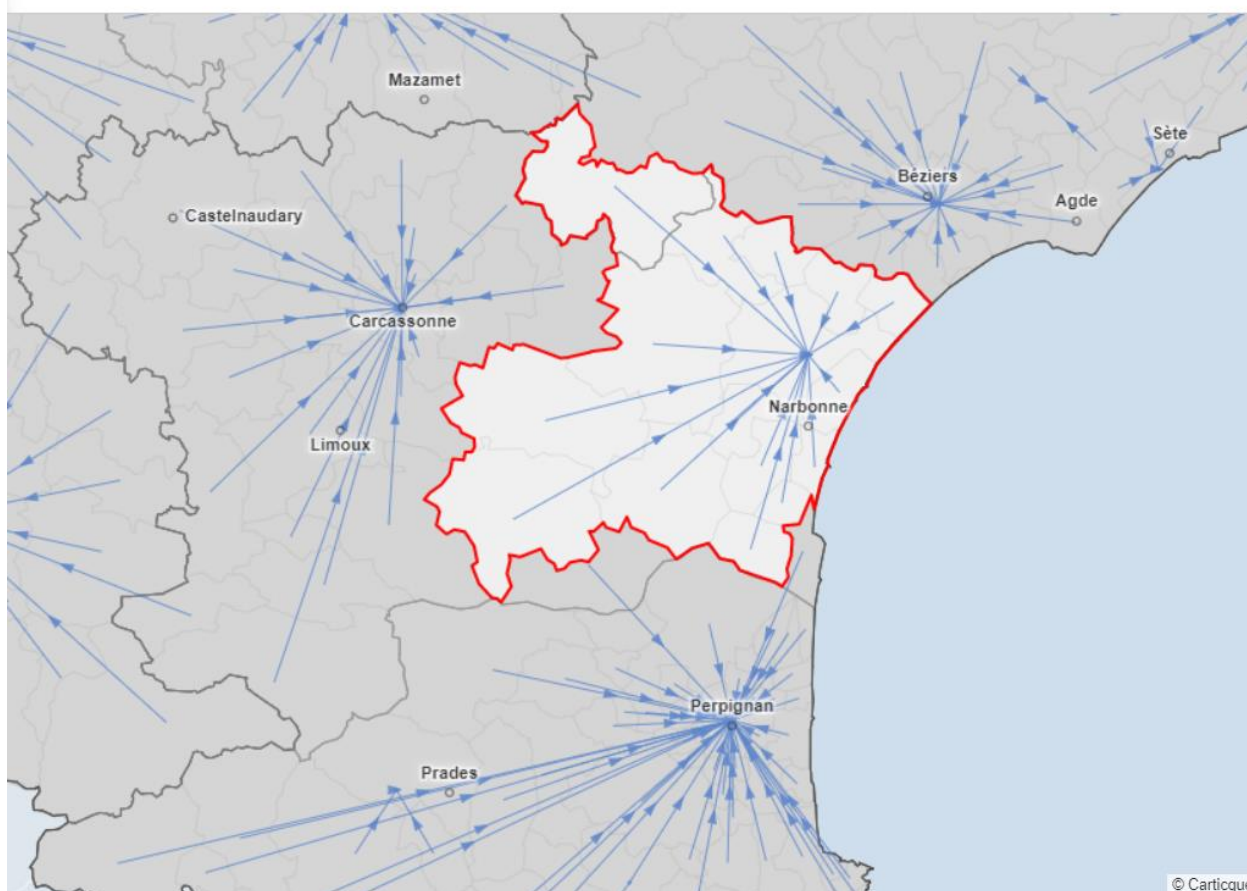
Annexe 10 : FFOM (SWOT) du CH de Lézignan

Annexe 11 : Tableau DoAc Obstétrique sur la zone de recrutement de Narbonne :

BERNET	Jean-Laurent	Octobre 2019
Filière DH Promotion 2019		
Poser un diagnostic stratégique et appliquer ses conclusions à l'hôpital : l'expérience des CH de Narbonne et Lézignan-Corbières		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP		
<p>Résumé :</p> <p>Dans le champ hospitalier, des contraintes croissantes : concurrentielles, réglementaires, tarifaires et budgétaires affectent les établissements publics de santé. En réponse à cet environnement, la stratégie est un élément essentiel permettant de structurer les efforts organisationnels, de développer l'activité et de satisfaire le besoin de santé territoriale en intégrant des raisonnements d'optimisation sous contrainte.</p> <p>Un grand nombre de données publiques concernant l'offre et la demande localisées de soins sont disponibles. D'autres travaux ont d'ores et déjà détaillé la manière dont les outils d'analyse de l'économie industrielle pouvaient être appliqués avec succès aux données concernant les marchés hospitaliers, en particulier une analyse fondée sur les parts de marché et les taux de fuite. Des travaux ont également réalisé des points précis sur les différentes stratégies de coopération ou d'inscription dans un environnement concurrentiel.</p> <p>Ce mémoire examine la conception et l'application de la stratégie d'établissement en appliquant les techniques d'analyse examinées à un terrain. Il insiste sur deux dimensions d'analyse majeures : D'abord, il propose une méthode pour mener le diagnostic territorial qui doit aboutir à une base factuelle partagée, comprenant des indicateurs dont la granularité est revue pour éclairer au mieux l'activité des établissements de moyenne et petite taille. Ensuite, il affirme qu'une partie de la stratégie réside dans sa propre applicabilité. La principale conséquence de cette affirmation est que la stratégie doit être communiquée aux niveaux macro et micro, et surtout construite collectivement, ce qui implique le développement d'outils et de compétences partagés, pour assurer que la stratégie sera effectivement appliquée, sans temps de latence trop important et en suscitant une adhésion des agents.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Diagnostic territorial. Cartographie. Analyse stratégique. Mise en œuvre stratégique. Concurrence. Activité. Approche pragmatique. Indicateurs.</p>		
<p><i>L'École 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></p>		

A. Annexe 1 : Carte des pôles d'attraction du CH de Narbonne, de la polyclinique le Languedoc et des établissements voisins en 2018.

1 Vue globale des pôles d'attraction MCO - Total activité 2018 ▼



B. Annexe 2 : Composition et structure de la population des codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Narbonne

Libellé	Population 2016	% des moins de 6 ans 2016 (France 7,1%)	% des 6 à moins de 12 ans 2016 (France 7,5%)	% des 12 à moins de 18 ans 2016 (France 7,4%)	% des moins de 20 ans 2016 (France 24,4%)	% des 18 à moins de 65 ans 2016 (France 59%)	% des 65 ans et plus 2016 (France 19%)	% des 75 ans et plus 2016 (France 9,3%)
NARBONNE	55897	6,5	6,6	6,8	22,2	55,9	24,3	12,2
COURSAN	13268	6	7,2	7,6	22,6	55,2	23,9	10,9
ARGELIERS	14817	6,9	7,8	8,2	24,4	54,6	22,4	10
LÉZIGNAN-CORBIÈRES	29994	6,9	7,8	7,6	23,8	54	23,8	11,3
PORT-LA-NOUVELLE	5600	5,2	5,6	6,7	19,3	50,6	31,9	14,4
GRUISSAN	5011	4,1	5	5,5	16,2	55,3	30	11,6
FLEURY	3866	4,2	6,1	6	17,9	50,4	33,4	12
CUXAC-D'AUDE	9255	5,9	7,9	8	23,5	54,3	23,9	11,8
SIGEAN/ROQUEFORT-DES-CORBIÈRES	6511	5,4	6,8	7,7	21,9	53,5	26,5	11,2
Total	144219							

C. Annexe 3 : Composition et structure de la population sur les codes géographiques composant la zone de recrutement du CH de Lézignan :

Libellé	Population 2016	% des 65 ans et plus 2016	% des moins de 20 ans 2016	% des 75 ans et plus 2016	% des moins de 6 ans 2016	% des 6 à moins de 12 ans 2016	% des 12 à moins de 18 ans 2016	% des 18 à moins de 65 ans 2016
NARBONNE	55897	24,3	22,2	12,2	6,5	6,6	6,8	55,9
ARGELIERS	14817	22,4	24,4	10	6,9	7,8	8,2	54,6
LÉZIGNAN-CORBIÈRES	29994	23,8	23,8	11,3	6,9	7,8	7,6	54
CAPENDU	9853	26,2	20,7	13,4	5,9	7	6,2	54,7

D. Annexe 4 : Tableau récapitulatif des taux de pauvreté par tranche d'âge (2016) dans la ville de Lézignan Corbières

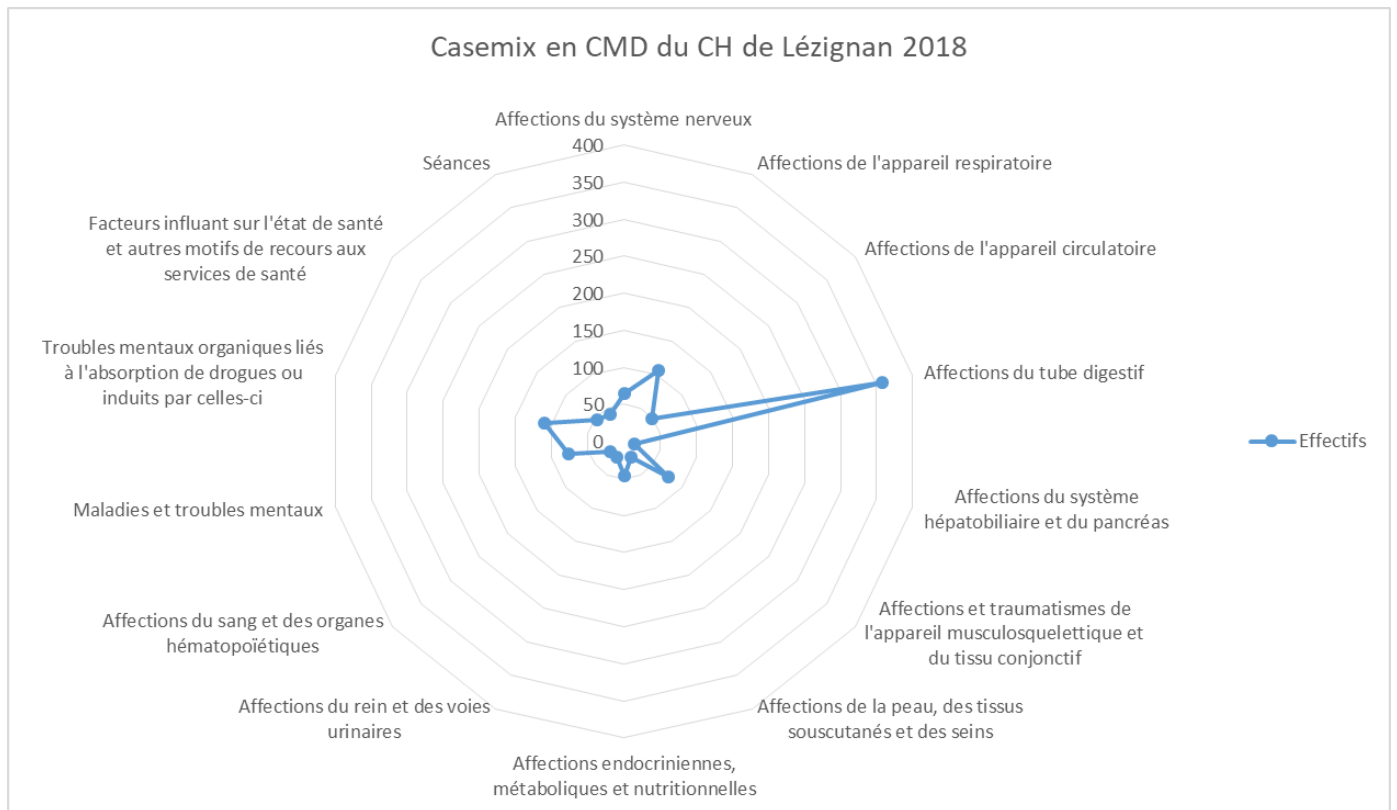
Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2016, en %	
Ensemble	26,8
Moins de 30 ans	40,1
De 30 à 39 ans	41,9
De 40 à 49 ans	32,3
De 50 à 59 ans	26,7
De 60 à 74 ans	15,4

**E. Annexe 5 : Parts de marché et concentration d'activité pour le total des séjours
MCO sur la zone de recrutement du CH de Narbonne**

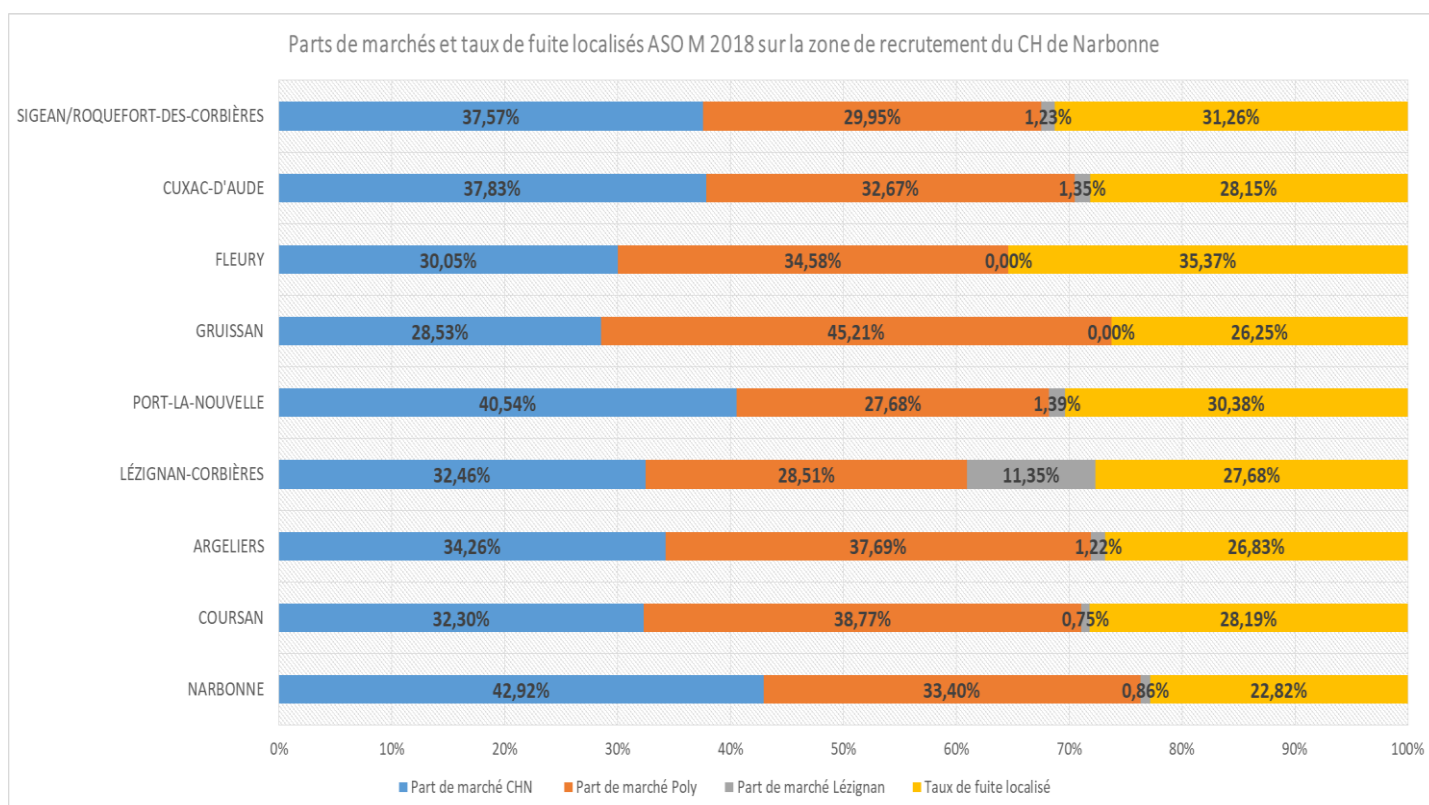
Finess	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché		Indice de concentration	
		2017	2018	2017	2018	2018	
1	110780228	POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC	16 442	17 007	35,80%	36,30%	36,30%
2	110780137	CH NARBONNE	15 695	15 515	34,20%	33,20%	69,50%
3	340780477	CHU MONTPELLIER	2 857	2 882	6,20%	6,20%	75,70%
4	340780139	CLINIQUE DU DR. CAUSSE	1 789	1 868	3,90%	4,00%	79,70%
5	660780784	CLINIQUE SAINT PIERRE	1 117	1 170	2,40%	2,50%	82,20%
6	340780055	CH BEZIERS	900	919	2,00%	2,00%	84,20%
7	110780772	CH LEZIGNAN-CORBIERES	915	862	2,00%	1,80%	86,00%
8	660780180	CH PERPIGNAN	634	721	1,40%	1,50%	87,50%
9	110780061	CH CARCASSONNE	545	594	1,20%	1,30%	88,80%
#	310781406	CHR TOULOUSE	649	580	1,40%	1,20%	90,00%
#	340000207	INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER	466	548	1,00%	1,20%	91,20%
#	340009885	POLYCLINIQUE CHAMPEAU	465	427	1,00%	0,90%	92,10%
#	340015502	CLINIQUE LE MILLENAIRE	330	398	0,70%	0,90%	93,00%
#	340015965	SAS POLYCLINIQUE SAINT PRIVAT	294	313	0,60%	0,70%	93,70%
#	660006305	LA CLINIQUE MUTUALISTE CATALANE	248	281	0,50%	0,60%	94,30%
#	340780667	CLINIQUE DU PARC	178	242	0,40%	0,50%	94,80%
#	340022979	POLYCLINIQUE ST ROCH	246	238	0,50%	0,50%	95,30%
#	110780483	CLINIQUE MONTREAL	133	156	0,30%	0,30%	95,60%
#	340780634	POLYCLINIQUE SAINT-JEAN	183	149	0,40%	0,30%	95,90%
#	310780259	SA CLINIQUE PASTEUR	122	119	0,30%	0,30%	96,20%
#	660790387	POLYCLINIQUE SAINT ROCH	102	113	0,20%	0,20%	96,40%
#	660780669	CLINIQUE NOTRE DAME D ESPERANCE	91	97	0,20%	0,20%	96,60%
#	310781000	CLINIQUE DES CEDRES	98	89	0,20%	0,20%	96,80%
#	310780150	CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	109	78	0,20%	0,20%	97,00%
#	300780038	CHU NIMES	93	76	0,20%	0,20%	97,20%
#	999999999	Autres Finess (328 établissement(s) en 2018 / 306 é	1 228	1 345	2,70%	2,90%	100,10%
			45 929	46 787	100,00%	100,00%	

Taux de croissance du marché
1,87%
Taux de croissance CHN
-1,15%

F. Annexe 6 : Représentation du casemix en CMD du CH de Lézignan, en radar :

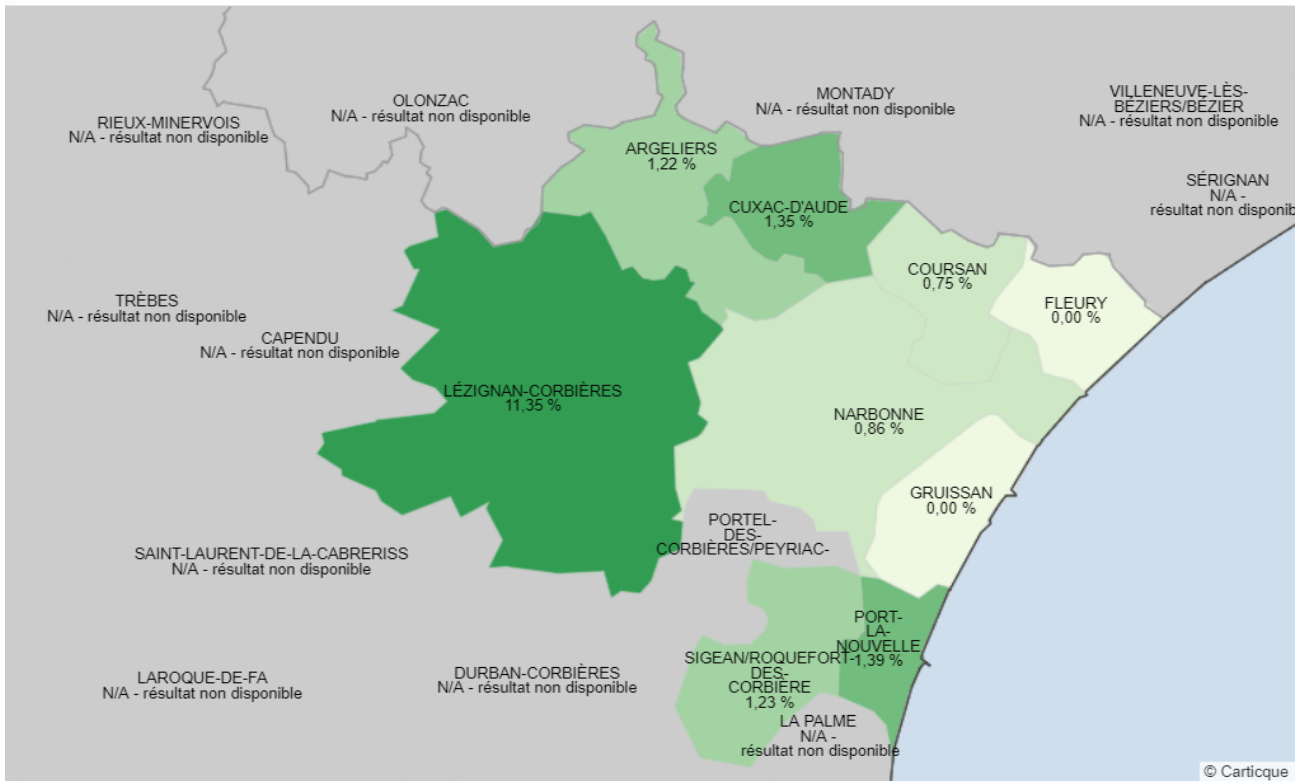


G. Annexe 7 : Répartition des parts de marché et taux de fuite localisés pour l'activité de soins M

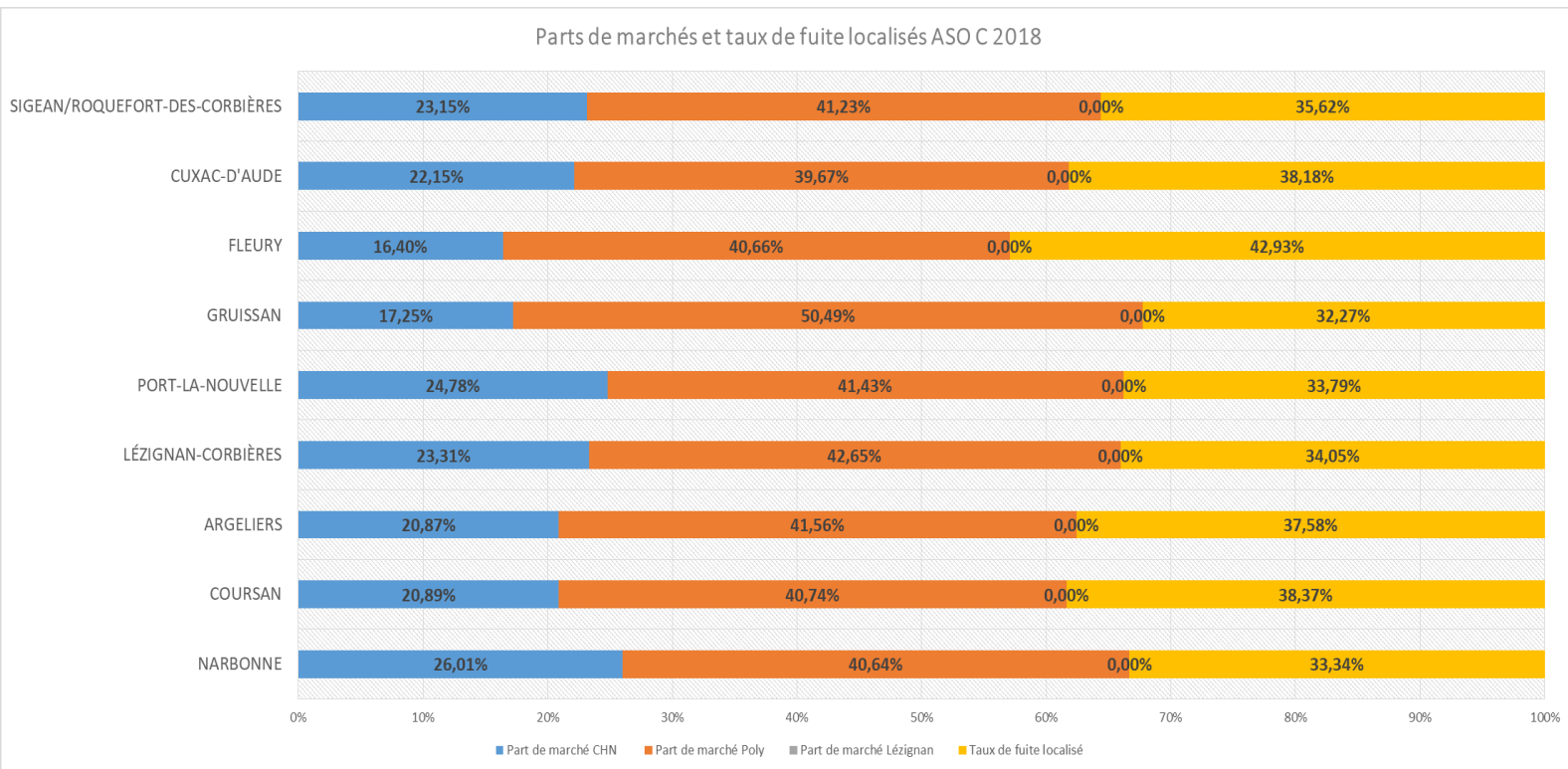


H. Annexe 8 : Carte part de marché localisée sur l'ASO Médecine du CH de Lézignan sur la zone de recrutement du CH de Narbonne

1 Parts de marché CH de Lézignan ASO M 2018 (%)



I. Annexe 9 : Parts de marché et taux de fuite localisés ASO C :



J. Annexe 10 : FFOM (SWOT) du CH de Lézignan :



K. Annexe 11 : Tableau DoAc Obstétrique sur la zone de recrutement de Narbonne

Libellés	Effectifs zone	Effectifs CHN	Effectifs Polyclinique	Effectif CH Lézignan	Part de marché CHN	Part de marché Poly	Part de marché Lézignan	Taux de fuite localisé	Part de marché relative CHN	Part de marché relative polyclinique	Part de marché globale CHN	Part de marché globale Polyclinique	Part de marché globale Lézignan	Taux de fuite global sur DoAc 13 obstétrique
NARBONNE	1165	671	360		57,60%	30,90%	0,00%	11,50%	1,863888889	0,53651267	51,34%	33,90%	0,00%	14,76%
COURSAN	225	90	95		40,00%	42,22%	0,00%	17,78%	0,947368421	1,05555556				
ARGELIERS	220	108	77		49,09%	35,00%	0,00%	15,91%	1,402597403	0,71296296				
LÉZIGNAN-CORBIÈRES	508	237	166		46,65%	32,68%	0,00%	20,67%	1,427710843	0,70042194				
PORT-LA-NOUVELLE	93	40	37		43,01%	39,78%	0,00%	17,20%	1,081081081	0,925				
GRUISSAN	55	27	21		49,09%	38,18%	0,00%	12,73%	1,285714286	0,77777778				
FLEURY	67	27	22		40,30%	32,84%	0,00%	26,87%	1,227272727	0,81481481				
CUXAC-D'AUDE	163	85	63		52,15%	38,65%	0,00%	9,20%	1,349206349	0,74117647				
SIGEAN/ROQUEFORT-DES-CORBIÈRES	85	40	34		47,06%	40,00%	0,00%	12,94%	1,176470588	0,85				