



Directeur d'hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

Les coopérations territoriales public-privé : enjeux et bénéfices pour le patient

L'exemple du GCS Radiochirurgie Paris Nord

Noa BACH

Remerciements

Je tiens à remercier, en premier lieu, Madame Anna Sebbag – Directrice des Ressources Humaines de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal et Directrice déléguée de l'hôpital Fernand Widal - pour son accompagnement et pour la confiance qu'elle m'a accordée durant ces huit mois de stage. Je lui suis particulièrement reconnaissante pour son mentorat et ses conseils, ainsi que de l'opportunité offerte de participer et de porter des projets aussi divers qu'enrichissants. Ces expériences ont grandement participé à mon apprentissage mais ont également contribué à façonner ma vision du métier de Directrice d'hôpital, posant ainsi des bases solides à l'aune de mon début de carrière dans quelques mois.

Je souhaite également remercier Madame Bénédicte Isabey, Directrice de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, pour son accueil au cours de ces deux dernières années ainsi que ses conseils dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Sa vision dans le cadre du déploiement du GCS Radiochirurgie Paris Nord aura été un éclairage précieux et particulièrement utile pour conduire le raisonnement présenté dans ce mémoire.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur Vincent-Nicolas Delpech et Madame Hélène Gilardi, Directeur Général et Directrice Générale Adjointe pour leur accueil au sein du GHU APHP Nord.

Je tiens aussi à remercier Dr Marie-Pierre Dilly, Directrice Qualité du GHU Nord pour sa bienveillance, ses conseils avisés et son expertise dans le domaine de la qualité et de l'expérience patient.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe du Comité de Direction de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, en particulier Pierre-Etienne Carité et Nolwenn Jacob, pour leur accompagnement, leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordée dans la réalisation de différents projets.

Je souhaite aussi remercier les équipes de la Direction Qualité et de la Direction des Ressources Humaines de l'hôpital, pour leur accueil et leur sympathie.

Je suis également reconnaissante envers l'ensemble des professionnels de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, depuis le stage d'observation jusqu'à la fin de ces huit mois de stage de direction. Leurs témoignages, partages d'expérience et réflexions ont enrichi considérablement ces deux années d'expérience.

Enfin, je souhaite remercier chaleureusement mes collègues élèves-directeurs et élèves-directrices avec qui j'ai partagé ces deux années rennaises : Domitille, Inès, Manon, Marc et Nils, sans qui cette expérience n'aurait définitivement pas été la même.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	5
1 Les Groupements de Coopération Sanitaire : un levier de recomposition territoriale pour une offre de soins enrichie et adaptée aux besoins de la population.....	7
1.1 Genèse des coopérations territoriales en santé entre les secteurs hospitaliers public et privé	7
1.1.1 La Loi HPST, complétée par la Loi de modernisation de notre système de santé, place les coopérations territoriales au cœur de la stratégie d'amélioration des soins	7
1.1.2 Les coopérations territoriales constituent un levier de transformation de l'offre de soins d'un territoire, au service des patients.....	9
A) Structurer les filières et étendre l'offre de soins territoriale.....	9
B) Mutualiser les ressources pour optimiser l'efficacité économique	10
C) Optimiser l'organisation et les conditions de travail face à la raréfaction des ressources humaines	11
D) Renforcer la qualité et la sécurité des soins.....	13
1.2 Les Groupements de Coopération Sanitaire, mode de coopération privilégié pour l'amélioration de l'offre en santé	13
1.2.1 Cadre réglementaire et missions des GCS	13
1.2.2 Statut juridique et composition des GCS.....	15
1.2.3 Organisation et gouvernance des GCS.....	16
2 Le GCS Radiochirurgie Paris Nord : un projet au service de l'enrichissement de l'offre de soins du nord parisien	19
2.1 Une initiative médicale ambitieuse, alliant expertise clinique, défis techniques et enjeux financiers pour enrichir l'offre de neurochirurgie et de radiothérapie du territoire	19
2.1.1 Au cœur de l'hôpital Lariboisière, le GCS capitalise sur une expertise reconnue des services de neurochirurgie et de radiothérapie pour développer une offre innovante de radiochirurgie	19

2.1.2	Une nouvelle activité de radiochirurgie basée sur l'acquisition d'un équipement de pointe : le ZAP-X	21
2.1.3	L'acquisition du ZAP-X offre l'opportunité de créer un site unique de radiochirurgie en Île-de-France, au profit des patients du nord parisien et en cohérence avec les objectifs régionaux et de l'établissement	22
2.1.4	Évaluation des conditions de faisabilité du projet et projections d'activité du GCS	24
2.2	Du cadre juridique à la pratique clinique : structuration et opérationnalisation du GCS Radiochirurgie Paris Nord	27
2.2.1	La convention constitutive régit les modalités de collaboration entre l'AP-HP et l'Institut Hartmann	27
A)	Cadre juridique du GCS Radiochirurgie Paris Nord	27
B)	Investissements nécessaires à l'ouverture de l'activité de radiochirurgie	29
2.2.2	Le règlement intérieur du GCS pose les bases du fonctionnement et de l'organisation médicale et paramédicale autour de l'appareil.....	30
A)	Une organisation médicale pluridisciplinaire autour du ZAP-X	30
B)	Mise à disposition de personnel et recrutements nécessaires à l'opérationnalisation de l'appareil.....	31
2.2.3	La mise en place d'un parcours de soins fluide et lisible pour tous les patients pris en charge, toutes filières confondues	33
A)	Analyse du parcours patient pris en charge sur le ZAP-X.....	33
B)	Mise en place d'une démarche d'amélioration continue de l'activité.....	35
3	Capitaliser sur la coopération entre deux établissements de santé public et privé d'un même territoire : le rôle du directeur d'hôpital.....	39
3.1	La nécessité d'identifier et d'anticiper les écueils potentiels	39
3.1.1	Face aux différences organisationnelles, l'enjeu de bien intégrer et de communiquer pour favoriser l'adhésion des équipes au projet	39
3.1.2	Comprendre et apprivoiser les subtilités juridiques et réglementaires particulières aux GCS	41
3.1.3	Assurer une stabilité managériale	42
3.2	Le rôle du directeur d'hôpital dans l'établissement d'une coopération territoriale pérenne et efficiente : quelques bonnes pratiques et préconisations	43
3.2.1	Établir une organisation claire et une feuille de route partagée	44

3.2.2	Instaurer un management de proximité dès le lancement du projet, tout en renforçant en continu la communication interne	45
3.2.3	Adopter et promouvoir le développement d'une culture commune, de partage et de création de valeur	45
3.2.4	Maintenir un dialogue social actif et constructif	47
	Conclusion	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Panorama des coopérations territoriales en santé en France	I
	Annexe 2 : Illustrations complémentaires de l'équipement ZAP-X et de son fonctionnement.....	II
	Annexe 3 : Extrait du scénario d'implantation de l'équipement ZAP-X, au sein du site Lariboisière de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal.....	III
	Annexe 4 : Illustration du parcours-patient dans le cadre d'une prise en charge sur le ZAP-X	IV

Liste des sigles utilisés

AMA : Assistant Médico-Administratif

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

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière

CPTS : Communauté Pluri professionnelle Territoriale de Santé

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CRPN : Centre de Radiochirurgie Paris Nord

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ETP : Équivalent Temps Plein

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHU : Groupement Hospitalier Universitaire

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : Hospitalisation Partielle

IDEC : Infirmier(e) d'État de Coordination

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MERM : Manipulateur en Électroradiologie Médicale

MTSS : Ministère du Travail, de la Santé et de la Solidarité

NRI : Neuroradiologie Interventionnelle

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PH : Praticien Hospitalier

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité

ROI : Return On Investment

Introduction

“ *Surmonter les clivages historiques entre les secteurs hospitaliers public et privé* ” : tel a été formulé l'appel de Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des Comptes lors de son discours de présentation des rapports de la Cour des Comptes sur le secteur hospitalier le 12 octobre 2023. Cet appel souligne l'une des recommandations principales du rapport *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité* (2023), mettant en exergue la **complémentarité des secteurs public et privé** et **l'urgence d'accroître la coordination des acteurs de santé à l'échelle des territoires**, particulièrement dans les zones où l'offre hospitalière s'y trouve limitée.

Cette intervention s'inscrit dans un contexte post-pandémique qui a mis en lumière l'importance d'opérationnaliser davantage le concept de réseau de santé et d'accroître les mécanismes de collaboration entre établissements de santé publics et privés. La crise du Covid-19 a en effet révélé une certaine disparité dans l'accès aux soins selon les régions, exacerbée par des faiblesses préexistantes dans la coordination territoriale. Face à des hôpitaux publics mis sous tension, submergés par un afflux massif de patients, la collaboration entre les secteurs public et privé s'est rapidement intensifiée pour pallier le capacitaire manquant, sous l'impulsion des pouvoirs publics. Au cours des phases les plus critiques de la pandémie, particulièrement durant la première vague d'avril 2020, de nombreux établissements privés ont en effet été mobilisés. L'ouverture des services de réanimation de plusieurs cliniques privées d'Île-de-France ou du Grand-Est notamment, ont joué un rôle clé, permettant de désengorger les soins critiques des hôpitaux publics déclarés en surcapacité. La pandémie a aussi été une période propice à l'émergence de nouvelles formes de collaboration, avec la mise en place de cellules de coordination entre les Agences Régionales de Santé, les hôpitaux publics et les structures privées, facilitant la répartition des patients et leur transfert et l'utilisation optimisée des équipements médicaux en période de pics épidémiques. Des conventions et accords temporaires ont aussi été mis en place ou mis à jour entre établissements de santé, permettant un accueil des patients en clinique privée et une prise en charge des coûts par l'État, afin de faciliter la collaboration et d'assurer la continuité des soins au niveau territorial. Ces modes de coopération, le plus souvent improvisés pour gérer l'urgence sanitaire, ont montré des synergies efficaces susceptibles d'être déployées à plus grande échelle hors contexte de crise, et d'être systématisées dans le cadre de la préparation aux crises sanitaires futures. Ce fonctionnement crée aussi un précédent, posant les bases d'une coordination territoriale renforcée à l'avenir, intégrée dans la planification stratégique des établissements publics de santé. En somme, la crise du Covid-19 a pu apparaître comme un catalyseur de la dynamique de coopération territoriale enclenchée au sein du système de santé.

Pourtant, il subsiste des réticences historiques à la coopération entre structures hospitalières publiques et privées, le plus souvent de la part des acteurs du public, faisant jouer le classique antagonisme entre le service public et la logique lucrative et inégalitaire du privé. Cette méfiance repose principalement sur des préoccupations liées aux valeurs d'égalité et d'équité en santé : d'une part, le service public est perçu comme garant de l'égalité d'accès aux soins et de la fourniture de services aux populations les plus vulnérables, indépendamment des considérations financières. De l'autre, le secteur privé est souvent associé à une recherche de profit, pouvant nuire à la mission de santé publique et diluer les valeurs fondamentales portées par l'hôpital public. Par ailleurs, les acteurs du public craignent aussi que l'accroissement des coopérations entre établissements publics et privés de santé ne fasse que renforcer une dépendance du système à l'égard du privé, lequel pourrait jouir de ces collaborations pour asseoir des positions plus dominantes dans le paysage sanitaire et au sein du service public hospitalier, symbole de l'excellence de la médecine. Certains professionnels de santé redoutent aussi, à tort, que ces collaborations initient une privatisation progressive des services de santé, où les logiques de rentabilité prendraient le pas sur la qualité des soins prodigués. Cette perception, bien que contestable, tendrait à renforcer une méfiance déjà présente et persistante envers les approches gestionnaires dans le domaine hospitalier.

Il existe cependant un besoin de redimensionnement de l'offre de soins en France, compte-tenu de la densité d'établissements hospitaliers sur le territoire national. Avec 44,7 hôpitaux par million d'habitants (*Sénat, 2022*), la France possède le plus grand nombre d'établissements parmi les pays européens comparables. Cette situation, couplée à la diversité du paysage hospitalier français et aux logiques de regroupement d'activités souhaitées dans le cadre du développement des politiques de planification sanitaire, appelle à une réflexion approfondie. Alors que la crise a indéniablement démontré l'importance de mener des partenariats entre structures de santé, cette situation incite à reconsidérer ces réticences sous un nouvel angle, tout comme le sens et la forme donnée aux coopérations au sein du secteur hospitalier français.

La **coopération**, dans le cadre de la gestion de la santé à l'échelle d'un territoire, peut se définir comme un processus volontaire et organisé par lequel différents acteurs du système de santé et du système médico-social - établissements publics, structures privées, professionnels libéraux et autres parties prenantes - s'engagent à travailler ensemble afin d'atteindre des objectifs communs qu'ils ne pourraient réaliser seuls. Cette collaboration implique le partage de ressources, de compétences, d'informations, du temps de travail commun ainsi que la coordination d'actions et de stratégies communes. Quel que soit son objet, la coopération vise à optimiser l'offre de soins sur un territoire donné et à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé offerts à la population, de manière à ce qu'ils

répondent de la manière la plus adaptée à leurs besoins. Une coopération territoriale peut prendre diverses formes, allant de l'établissement de conventions classiques entre établissements de santé à des structures plus intégrées, s'inscrivant dans une logique de complémentarité plutôt que de concurrence entre acteurs d'un même territoire. Il s'agit d'ailleurs de l'un des axes prioritaires portés par la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) en 2016, qui a introduit les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui visent à renforcer la coopération entre établissements publics de santé sur un territoire donné, via une meilleure coordination des soins, une certaine mutualisation des ressources, une harmonisation des pratiques médicales et une fluidification des parcours de soins. Avec 136 GHT présents actuellement sur le territoire, la LMSS a fixé l'objectif de garantir une offre de soins plus cohérente et adaptée aux besoins locaux. De façon complémentaire, le législateur prévoit la création d'entités juridiques ouvertes à la collaboration entre différents acteurs de santé, à l'instar des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui réunissent des professionnels de santé des secteurs libéral, privé ou public pour coordonner les soins à l'échelon local. Les **Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)** constituent quant à eux un des modes privilégiés de coopération dans le milieu de la santé. Renforcés par la loi HPST de 2009, ils permettent la collaboration d'établissements publics et privés dans le cadre d'un projet commun de mutualisation de ressources ou de gestion d'activités communes, tels que des plateaux techniques, des unités de soins spécialisées ou des activités d'imagerie médicale. C'est précisément l'objet du Groupement de Coopération Sanitaire *Radiochirurgie Paris Nord* liant l'AP-HP et plus précisément l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, membre du Groupement Hospitalier Universitaire APHP Nord, et l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann. Ce GCS, constitué en 2022, prévoit l'ouverture conjointe d'une nouvelle activité de radiochirurgie sur le site de Lariboisière à compter de mars 2025, grâce à l'acquisition d'un équipement de radiothérapie stéréotaxique de dernière génération, le ZAP-X. Dans ce contexte, la constitution d'un groupement de cet ordre impacte plusieurs thématiques touchant à la gestion d'un établissement hospitalier : l'élaboration d'une stratégie commune renforçant le positionnement territorial ; la collaboration médicale entre structures ; la mutualisation de ressources humaines paramédicales ; le maintien de standards qualité élevés et la gestion des risques associés à la pratique de la radiochirurgie et l'optimisation financière et budgétaire de l'activité. Il revient généralement au Directeur d'hôpital, lorsqu'un établissement public est membre du GCS, d'agir sur ces multiples thématiques, de mettre en place une gouvernance partagée efficace et de poser les bases d'une confiance mutuelle et d'une communication transparente, pierre angulaire de la réussite d'un projet liant deux acteurs aux profils distincts.

Ainsi, dans quelle mesure le directeur d'hôpital impulse-t-il et pilote-t-il la mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire, tout en veillant à préserver les intérêts de son établissement, à favoriser une collaboration efficace entre les acteurs et à donner une priorité indéfectible aux intérêts du patient et à l'amélioration de sa qualité de prise en charge ?

Le présent mémoire s'attachera tout d'abord à analyser le cadre réglementaire et le fonctionnement global des Groupements de Coopération Sanitaire, en tant que levier de transformation et d'amélioration de l'offre de soins sur un territoire **(I)**. Il se basera ensuite sur l'expérience du GCS Radiochirurgie Paris Nord, en examinant sa mise en place, son fonctionnement et les défis spécifiques liés la mutualisation d'un équipement lourd et l'organisation autour d'une activité mutualisée **(II)**. Il se concentrera enfin sur le rôle du directeur d'hôpital dans la conduite efficiente d'un projet de coopération territoriale, en identifiant les écueils évitables et les bonnes pratiques, notamment en matière de gouvernance et d'adaptation aux évolutions du contexte sanitaire **(III)**.

Méthodologie

Ce choix de traiter pour mon mémoire, des coopérations territoriales entre établissements de santé, et plus particulièrement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Radiochirurgie Paris Nord, s'inscrit dans la continuité de l'une des missions de mon stage de direction, qui portait sur l'opérationnalisation du GCS et la mise en route de l'activité de radiochirurgie, en lien avec la Directrice de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal ainsi que des représentants médicaux et paramédicaux porteurs du projet. Ce sujet se distingue par sa richesse et sa complexité, avec des enjeux aussi variés que le déploiement d'instances dédiées et d'un nouveau mode de gouvernance atypique, la définition d'une organisation médicale et paramédicale solide et soutenue de tous, la soutenabilité financière du projet ainsi que l'atteinte des objectifs stratégiques fixés en cohérence avec les axes définis dans le projet d'établissement. Le GCS représente par ailleurs un modèle innovant de coopération entre établissements de santé, répondant à des enjeux cruciaux dans un contexte de raréfaction des moyens, d'évolution des besoins médicaux et de nécessité d'édifier un réseau de santé entre acteurs d'un même territoire. L'étude de ce sujet permet non seulement de comprendre les mécanismes financiers et juridiques d'un GCS, mais aussi d'appréhender les dynamiques humaines et organisationnelles qui en assurent le succès. Par ailleurs, l'approche stratégique de ce projet, qui vise à développer une activité de pointe unique en France au sein d'un établissement public de santé, en fait un sujet pertinent et actuel, directement en lien avec les politiques de santé publique et les évolutions du système hospitalier français.

Le travail accompli dans le cadre de la réalisation de ce mémoire combine à la fois recherches théoriques et académiques et enquêtes de terrain, afin d'appréhender de manière exhaustive l'ensemble des dynamiques de coopération territoriale et des enjeux propres à la mise en place du GCS Radiochirurgie Paris Nord.

L'étude s'appuie tout d'abord sur une revue de littérature approfondie, de textes législatifs relatifs à la création et la régulation des GCS en France, de rapports institutionnels ainsi que de guides élaborés par diverses agences telles que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). J'ai également consulté des articles académiques et des revues hospitalières, avec une attention particulière sur les coopérations orientées vers la mutualisation d'activité de radiothérapie ou vers les coopérations entre établissements publics et privés. Ces recherches m'ont permis de réaliser un état des lieux des coopérations territoriales en France et de comprendre les leviers, divers, ayant motivé la construction de ces partenariats.

Ce mémoire s'appuie aussi sur l'étude de documents stratégiques et institutionnels mis à disposition par l'établissement, réalisés dans le cadre de la mise en route de l'activité de radiochirurgie et de l'argumentation exercée auprès des autorités de tutelle pour justifier de l'opportunité stratégique d'un tel projet. Dans ce cadre, j'ai étudié le modèle médico-économique réalisé en 2022, la note de chiffrage réalisée fin 2023 compte-tenu du début d'activité retardé du projet ainsi que les documents stratégiques médicaux faisant état des liens qui seront tissés et la quantification des files actives de patients qui pourront avoir accès au parcours de radiochirurgie sur l'hôpital Lariboisière.

La conduction de ce mémoire a pu aussi être menée à bien par une implication constante sur ce dossier, en tant qu'élève-directrice, de décembre 2023 à juillet 2024. L'organisation et le suivi des décisions prises en comités de pilotage dédiés, la contribution à la rédaction de différents documents et la recherche d'éléments juridiques et réglementaires m'ont permis de suivre l'évolution stratégique et opérationnelle de ce projet en continu et d'en comprendre les leviers et freins éventuels.

En complément de cette recherche documentaire et de mon engagement dans ce projet, j'ai conduit une série d'entretiens avec des acteurs clés du GCS Radiochirurgie Paris Nord, qui m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur le projet mené. Ceux-ci ont été réalisés avec des responsables administratifs et médicaux, de l'AP-HP et de l'Institut Hartmann. L'objectif de ces entretiens était de recueillir des données qualitatives sur les processus de décision, les enjeux organisationnels, et les défis opérationnels rencontrés lors de la création et de la gestion du GCS. J'ai aussi pu bénéficier du retour d'expérience de deux autres collaborations public-privé menées antérieurement au sein du GHU Nord, qui m'ont permis d'identifier les écueils à éviter dans le cadre d'un tel projet. Ceux-ci seront abordés dans la dernière partie de ce mémoire.

L'ensemble de cette démarche méthodologique m'a donc permis de développer une compréhension approfondie du fonctionnement du GCS alliant l'AP-HP et l'Institut Hartmann, en abordant à la fois ses dimensions théoriques et pratiques, et en offrant une vision globale des enjeux financiers, organisationnels, et stratégiques liés à ce type de coopération inter-établissements.

1 Les Groupements de Coopération Sanitaire : un levier de recomposition territoriale pour une offre de soins enrichie et adaptée aux besoins de la population

1.1 Genèse des coopérations territoriales en santé entre les secteurs hospitaliers public et privé

Les coopérations territoriales en santé apparaissent aujourd’hui essentielles pour améliorer l’offre de soins et la prise en charge des patients. Soutenues par des lois successives, elles visent à décloisonner les acteurs publics et privés, afin de répondre à des enjeux variés tels que l’optimisation des ressources et le partage de certaines activités.

1.1.1 La Loi HPST, complétée par la Loi de modernisation de notre système de santé, place les coopérations territoriales au cœur de la stratégie d’amélioration des soins

En affichant l’ambition de moderniser et d’améliorer les soins tout en plaçant le patient au cœur de la réforme, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a porté une volonté de rupture : **décloisonner l’action des acteurs du sanitaire et du médico-social, au profit des personnes soignées et accueillies**. La loi porte une politique forte d’amélioration de l’accès aux soins, de l’offre de proximité et de la réponse aux besoins de santé sur le territoire, laquelle nécessite souvent l’intervention de plusieurs acteurs du système de santé, de manière complémentaire et coordonnée. En ce sens, la loi HPST a conforté la notion de **“territoire de santé”** et a restructuré l’organisation territoriale du système de santé avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS - anciennement Agences Régionales d’Hospitalisation, ARH), chargées de définir et de mettre en œuvre une politique régionale de santé cohérente et répondant au plus près des besoins de la population d’un bassin de vie.

Avec ce même objectif, la loi HPST souhaite **“favoriser les coopérations entre établissements de santé”** et s’inscrit dans le sillon de la réforme hospitalière du 31 décembre 1970 dite “Loi Boulin” et des autres lois hospitalières suivantes qui ont fait naître et ont renforcé les premières formes de coopération hospitalière territoriale. Parmi ces différentes législations, la loi Evin de 1991 consacre les conventions de coopérations avec la formalisation des Groupements d’intérêt économique (GIE) et public (GIP) et instaure les conférences sanitaires de secteur visant à faciliter les rapprochements entre les secteurs public et privé. L’ordonnance Juppé du 24 avril 1996 ajoute aux formes de coopérations

préexistantes, la communauté d'établissements et le groupement de coopération sanitaire (GCS), lequel est renforcé par la loi du 2 janvier 2002 portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, et celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En s'inscrivant dans cette dynamique d'incitation à la coopération entre établissements de santé, la loi HPST réforme et rénove les outils de coopération existants pour améliorer leur efficacité et celle du système de santé plus largement. Certains outils de coopération sont supprimés, au profit de la création ou du renforcement d'autres : ainsi les cliniques ouvertes, les communautés d'établissements de santé et les syndicats inter hospitaliers sont abrogés au profit de la création des **Communautés Hospitalières de Territoires (CHT)** et du renforcement des **Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)**. La loi structure par ailleurs les modalités de coopération entre établissements de santé en deux modes distincts (ANAP, 2022). La **coopération dite "fonctionnelle"** en est la forme la plus souple ; matérialisée par la signature d'un contrat entre plusieurs établissements et structures de santé, elle n'entraîne pas de création d'une nouvelle entité juridique ni ne permet de recruter du personnel et d'avoir un budget autonome. Au contraire, la **coopération dite "organique"** implique la création d'une structure juridique dotée d'une personnalité morale et permet aux membres une coopération plus marquée et la mise en place d'une structure commune (Annexe 1).

Outre le renforcement et l'incitation à la coopération, la loi HPST consacre le principe des **coopérations entre professionnels de santé**, avec un objectif triple : favoriser la coordination des professionnels pour une prise en charge rationalisée des patients, encourager à l'évolution de l'exercice et des pratiques des professionnels de santé et d'optimiser et accroître le gain médical, en centrant l'activité des professionnels sur des missions d'exercice. Ainsi, dans une démarche de réorganisation de la prise en charge globale du patient, les professionnels sont autorisés à transférer des actes et des activités de soins à un autre corps de métier.

La dynamique de coopération en santé s'est accrue au fil des années, notamment avec la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui a introduit les **groupements hospitaliers de territoires (GHT)**, en tant que nouveau mode de coopération entre entités juridiques de santé et prolongement de certaines communautés hospitalières de territoire déjà construites. Dans ce cadre, la **vocation mixte des GCS** apparaît complémentaire au renforcement des collaborations entre structures publiques, ces deux modes de coopération concourant tous deux à des enjeux d'amélioration de la qualité de prise en charge, d'avantages économiques et de mutualisation des ressources dans un contexte de raréfaction des ressources humaines et matérielles.

1.1.2 Les coopérations territoriales constituent un levier de transformation de l'offre de soins d'un territoire, au service des patients

En préférant la logique de complémentarité à la concurrence et la défiance entre acteurs d'un même territoire, les projets de coopération constituent un des **leviers de réorganisation et de renforcement de l'offre de soins**, en resserrant les liens entre les acteurs et les secteurs d'un même territoire. La concrétisation et la réussite de ces projets permettent le partage d'une responsabilité populationnelle entre les différents acteurs de santé d'un territoire et peuvent être une des réponses apportées face aux difficultés d'un établissement, sans se substituer à des mesures d'amélioration du fonctionnement interne. Si chaque projet de coopération reste un cas unique lié à un contexte particulier d'histoire commune, de proximité géographique ou de la présence d'une offre de soins particulière, le point d'entrée des acteurs dans une démarche de coopération est, de façon générale, fréquemment lié à l'identification de difficultés rendant difficile la réalisation d'un projet seul (*Routelous et al, 2011*). En revanche, cette collaboration est indissociablement liée à une ambition et une **volonté commune de coopérer**, bien qu'elle puisse parfois naître d'une demande de l'ARS. Situation économiquement déficitaire, ouverture d'une nouvelle activité, fiabilisation des parcours, les raisons pour lesquelles les établissements s'engagent dans une coopération sont souvent multiples et récurrentes (*ANAP, 2022*).

A) Structurer les filières et étendre l'offre de soins territoriale

Les outils de coopération fonctionnelle ou organique permettent aux établissements partenaires de **mieux se coordonner et de développer des synergies territoriales** permettant d'**améliorer les parcours de soins** et de créer ou de **rénover les filières de soins** existantes (*Routelous et al, 2011*). L'optimisation de ces filières de soins basée sur la complémentarité des acteurs de santé d'un même territoire peut impliquer des structures publiques exclusivement, dans le but de développer une stratégie commune entre établissements publics pour **limiter le taux de fuite** et maintenir une **offre locale de soins publique équilibrée et compétitive**. Le développement de filières de soins implique aussi le développement de complémentarités avec les établissements privés du territoire, tout comme les établissements médico-sociaux, les acteurs ambulatoires ou les praticiens libéraux, apportant une plus grande visibilité sur l'offre de soins du territoire et permettant ainsi de la réguler.

Par ailleurs, la mise en place de modes d'organisation innovants, tels que les consultations avancées ou la télémédecine, sont un levier pour améliorer davantage la coordination et l'efficacité des parcours de soins sur un territoire donné et **favoriser l'accessibilité aux**

soins. Ces innovations permettent de répondre de manière plus flexible aux besoins des patients et d'optimiser les ressources disponibles au sein du territoire.

B) Mutualiser les ressources pour optimiser l'efficacité économique

Les démarches de coopération peuvent répondre à des **objectifs de maîtrise des coûts de fonctionnement** des établissements, notamment dans le domaine des **fonctions achats et logistiques** qui présentent un intérêt à mutualiser certains processus et certains moyens de production ou d'achats (ANAP, 2022). Il peut s'agir de l'**achat de matériels coûteux** pour un seul établissement, pour lequel l'activité générée ne permettrait pas de compenser le déficit engendré. Cela peut aussi concerner les **processus d'approvisionnements et de stockage**, avec une organisation repensée à l'échelle du territoire pour optimiser les coûts de production et de la chaîne logistique d'approvisionnement (massification des flux physiques produits ou transportés, réduction des stocks par une gestion mutualisée, harmonisation des conditions logistiques, amélioration de la gestion des pénuries ...). Si les projets de coopération sont motivés par une logique d'efficacité économique liée à la mutualisation de certains processus entre établissements, ils doivent intégrer certaines contraintes pour conditionner leur réussite. Cela concerne notamment la garantie d'un niveau de qualité égal ou supérieur à celui des établissements individuels, la capacité d'adaptation aux éventuelles variations d'activités, la vigilance quant au respect des délais d'approvisionnements ou les éventuels surcoûts générés par l'achat d'équipements supplémentaires pour compenser l'éloignement entre les lieux de production et de consommation des produits et dispositifs de santé, à l'instar du matériel de bloc opératoire stérilisé (ANAP, 2022). Ces contraintes doivent être prises en compte en amont du projet, par la réalisation de différents scénarios d'optimisation des flux et des organisations : ces enjeux sont des facteurs essentiels de justification d'une approche territoriale des fonctions logistiques.

Outre la mutualisation de certaines fonctions logistiques et achats, la coopération entre structures de santé peut aussi répondre à un objectif de **maîtrise des dépenses de l'assurance maladie** et contribuer ainsi à l'**amélioration de la situation financière** des établissements de santé. La réduction par la mutualisation de certains équipements et plateaux techniques, la coordination d'activités cliniques et l'optimisation des parcours et des filières de soins impactent les recettes générées par la tarification à l'activité (T2A) et contribuent à **améliorer l'efficacité des soins**. De même, le développement de stratégies communes de prise en charge et de gradation des soins impacte la Permanence des Soins en Santé (PDSES). En mutualisant les moyens et en évitant les hospitalisations

inappropriées, la logique de coopération territoriale contribue à réduire les dépenses en santé des structures de soins.

Dans ce contexte, le GCS se présente comme une opportunité supplémentaire pour **renforcer le contrôle de gestion** (Kerzause, 2010). Ce mode de coopération permet de mutualiser les ressources et les compétences en matière de gestion, en prenant aussi en compte la diversité des établissements membres et les différentes cultures organisationnelles. Un système de pilotage commun doit être élaboré, accompagné d'indicateurs de performance partagés à l'ensemble des membres et d'une analyse des coûts et des activités à l'échelle du groupement. En procédant ainsi, cela permet d'identifier des synergies et des leviers d'amélioration de l'efficacité au sein du GCS, contribuant à une maîtrise optimisée des coûts et des ressources à l'échelle du territoire.

C) Optimiser l'organisation et les conditions de travail face à la raréfaction des ressources humaines

Une démarche de coopération entre établissements de santé peut intervenir en raison d'une volonté de **mutualiser les équipes soignantes** entre structures et d'**optimiser l'emploi des ressources** (ANAP, 2022). Elle apparaît tout d'abord comme une source d'attractivité et un moyen de maintenir une activité, dans un contexte de raréfaction des moyens humains, médicaux et paramédicaux particulièrement présent. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) projette certes une stagnation des effectifs des médecins jusqu'en 2030 avant une hausse importante de 1,5% des effectifs jusqu'en 2050 (DREES, 2021), mais aussi une diminution importante de la densité médicale au cours des prochaines années. Cette baisse apparaît d'autant plus forte si elle rend compte de la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. La densité médicale standardisée retrouverait son niveau actuel à l'horizon 2030 puis augmenterait ensuite, pour être supérieure de 23 % à la densité actuelle en 2050 (DREES, 2020). L'analyse des données de démographie médicale fait aussi apparaître une hétérogénéité claire entre les territoires, certains d'entre eux connaissant des difficultés à recruter et à fidéliser les praticiens. L'une des causes les plus importantes du déficit démographique de certaines zones réside dans le manque d'attractivité de leurs structures de soins. En effet, si la France possède le nombre d'établissements de santé publics et privés le plus élevé par rapport à sa population (Sénat, 2022), nombreux connaissent un phénomène important de fuite des patients et des praticiens. A titre d'exemples, la démographie médicale en zone rurale diminuerait de 25,1% d'ici 2030 et augmenterait de 5,5% dans les zones urbaines disposant d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) sur son territoire (DREES, 2020). Les médecins

y recherchent une qualité d'outils de prévention, de diagnostic et de thérapeutique et la présence d'une population potentielle de patients suffisante.

Face à ces constats, tout en les mettant en parallèle du vieillissement croissant de la population française, mener une réflexion sur l'organisation du système de santé et les politiques de coopération entre structures et professionnels de santé apparaît nécessaire pour **renforcer l'attractivité** de certaines structures pour les professionnels médicaux et tenir les objectifs fixés de permanence des soins et de santé publique au sein d'un territoire. La mise en place de coopération entre établissements publics et privés d'un territoire, dans un objectif d'assurer une permanence des soins répondant aux besoins de ses habitants, nécessite de disposer d'une vision exhaustive de la région permettant d'identifier les zones blanches ou les doublons par spécialité et les activités des établissements de santé et d'amorcer une réflexion sur l'adéquation éventuelle entre les gardes et astreintes existantes et le niveau d'activité. Cette analyse vise à identifier les écarts, les mettre en perspective du maillage territorial et des besoins de la population du bassin de vie et de construire ainsi le schéma cible d'organisation de la permanence des soins hospitalière, qui enveloppe l'ensemble des disciplines exercées dans les établissements de santé.

Par ailleurs, mutualiser les équipes soignantes dans le cadre d'un projet de coopération entre structures apparaît comme un levier d'amélioration de l'organisation du temps de travail et des conditions de travail des professionnels (ANAP, 2022). C'est le cas des Groupements d'Employeurs médico-social, social et sanitaire (GE M3S), à l'image de celui initié en Bretagne à proximité de Morlaix par des établissements médico-sociaux, sanitaires et des structures d'aide à domicile (Caisse des dépôts, 2013). Ce Groupement d'Intérêt Public (GIP) se présente comme un modèle pertinent d'optimisation de la gestion des ressources humaines et de recomposition d'emplois à temps plein ou à temps partiel choisi à partir des besoins récurrents des établissements. A titre d'exemples, des emplois d'ergothérapeute, de psychologue et d'infirmière hygiéniste ont pu être mutualisés ; la limite de temps de trajet entre le domicile des salariés et les structures où ils interviennent est fixée à trente minutes ; les salariés ont l'obligation de travailler *a minima* par journée complète dans chaque établissement ; le planning d'intervention des salariés est fixe ; le groupement facilite la prise de poste et les échanges avec les équipes sur place en organisant une phase initiale d'intégration dans chacun des établissements employeurs. Ces différents arrangements présentent des avantages à plusieurs niveaux (ANAP, 2022) : **(i)** en termes de qualité de service en permettant au groupement d'employeurs l'embauche de compétences spécifiques et en favorisant la formation des employés ; **(ii)** en matière d'organisation du temps de travail pour le personnel, en réduisant la rotation des fonctions au sein des établissements, en stabilisant les plannings, en facilitant la gestion des congés et en contribuant, de fait, à améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient

et (iii) en permettant aux structures engagées de stabiliser leur masse salariale, limitant autant que possible les frais liés aux contrats d'intérim et autres contrats courts et les coûts associés au recrutement et à la formation des nouveaux employés pour chaque structure.

D) Renforcer la qualité et la sécurité des soins

Enclencher une politique de coopération apparaît aussi comme un atout dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de soins. Parmi ces engagements figurent en effet la lisibilité et la fluidité des parcours de soins, de la prévention à la prise en charge médicale à l'hôpital et dans les structures médico-sociales. Dans ce cadre, la coopération permet la coordination des acteurs et de leurs actions, jusqu'au développement de protocoles communs de prise en charge et d'amélioration des pratiques. Elle est aussi susceptible d'élever le niveau de compétences des équipes soignantes, en permettant de garantir des conditions d'exercice satisfaisantes et sécurisantes pour les professionnels et les patients (*Routelous et al, 2011*). Pour les établissements de petite taille et/ou souffrant d'un déficit démographique médical, les outils de coopération peuvent aider à constituer des équipes soignantes complètes et à rentabiliser le matériel technique mis à disposition des médecins (*Rapport de M. Vallancien, 2006*), avec un impact sur l'attractivité de la structure et sur la qualité des soins délivrés, déterminé par les compétences des médecins et leur fréquence de pratique des actes médicaux. Les modalités de coopération entre établissements de santé favorisent aussi la constitution d'une équipe soignante complète, considérée comme un facteur d'attractivité pour les soignants en garantissant des conditions satisfaisantes d'exercice pour les professionnels médicaux et paramédicaux. En palliant la pénurie de professionnels par une mutualisation des ressources humaines, cela peut contribuer à diminuer la probabilité de survenue d'un risque lié au non-respect partiel des formalités et protocoles de sécurité, faute de temps ou de moyens.

1.2 Les Groupements de Coopération Sanitaire, mode de coopération privilégié pour l'amélioration de l'offre en santé

1.2.1 Cadre réglementaire et missions des GCS

Dans le sillon de la loi du 31 décembre 1970 qui a introduit la notion de service public hospitalier et a placé le principe de **coopération inter hospitalière** entre structures publiques et cliniques privées au cœur des politiques d'organisation des soins, les **Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)** ont été instaurés par l'ordonnance du 24

avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dans l'objectif de favoriser les coopérations entre établissements publics et privés de santé. Le GCS y est ainsi décrit comme une entité dotée de la **personnalité morale** et d'**autonomie financière**.

Le GCS est ensuite révisé par la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST) du 20 juillet 2009, qui a simplifié et gradué les outils de coopération existants et érigé le GCS en tant qu'outil privilégié dans le milieu de la santé pour construire des coopérations entre secteurs public et privé mais aussi entre l'hôpital et la médecine de ville (DRESS, 2022). Selon l'article L.6133-1 du Code de la Santé Publique (CSP), les GCS peuvent en effet être constitués d'établissements de santé publics et privés (un *a minima*), de professionnels de santé libéraux individuels ou collectifs, de laboratoires de biologie médicale, de centres et pôles de santé, d'établissements sociaux et médico-sociaux ou de toute autre personne morale assurant des prestations de services de santé (sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS). A travers cette réglementation, l'objectif principal du GCS est triple : **dépasser les logiques concurrentielles entre secteurs et favoriser les complémentarités** entre professionnels, établissements et structures afin d'**améliorer l'organisation et la coordination des soins** entre acteurs d'un même territoire, notamment par le partage de moyens et/ou de compétences.

En 2018, la Direction Générale de l'Offre de Soins recensait 684 Groupements de Coopération Sanitaire en France, soit une augmentation de +97% par rapport aux données recueillies en 2010, évaluant le nombre de GCS à 347. Parmi eux, 90% sont des **GCS dits "de moyens"**, premier type de GCS qui affiche l'objectif principal de mutualisation des ressources matérielles et humaines entre les membres constituant le groupement. Cela inclut notamment le partage d'équipements médicaux coûteux, d'infrastructures ou de moyens humains dans l'objectif de constituer des équipes communes de professionnels médicaux et non médicaux. Ces usages sont accessibles à la quasi-totalité des secteurs hospitaliers, à savoir **(i)** les activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, blocs opératoires, laboratoire, imagerie), **(ii)** les activités support mutualisables (services informatiques, les fonctions logistiques, immobilières ou administratives) et **(iii)** les activités d'enseignement, de recherche ou de soins, comme la permanence des soins notamment (DREES, 2022). Ces coopérations poursuivent toutes des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, performance interne et opérationnelle, réalisation d'économies d'échelle (via la gestion commune d'achats et d'approvisionnements notamment), acquisitions d'équipements innovants. Le GCS de moyens est aussi **qualifié d'exploitant**, si la coopération amène à exploiter des autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML) par le GCS lui-même, sur un site unique ou pour le compte de ses membres qui restent titulaires des autorisations (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024).

Focus : Le GCS de moyens titulaire de l'autorisation d'équipement matériel lourd

Un Groupement de Coopération Sanitaire a la possibilité d'être **titulaire d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds**, conformément aux dispositions de l'article L. 6133-1 du Code la Santé Publique. Cela concerne notamment des équipements d'imagerie médicale, tels qu'une IRM ou un scanner. A ce titre, il bénéficie du forfait technique versé par l'assurance maladie (CNEH, 2021). Selon son objet, le GCS a la possibilité de mutualiser le risque financier du partenariat, de mutualiser les moyens humains et matériels et permet des interventions communes de radiologues par exemple.

Les GCS peuvent être également constitués en établissement de santé : ils sont alors qualifiés de **Groupement de Coopération Sanitaire - Établissement de santé (GCS-ES)**, deuxième type de GCS introduit par la loi HPST en 2009 confirmant la possibilité, pour les GCS les plus intégrés et les plus aboutis, d'intégrer des missions de soins entre les établissements de santé publics et privés. Bien que peu développés à ce stade compte-tenu du degré d'intégration requis, ces GCS incluent notamment la coordination des parcours de soins, la mise en commun de compétences médicales et paramédicales favorisant la mise en œuvre de pratiques cliniques harmonisées et le partage d'expertise ou l'organisation de filières de soins spécialisées. Les GCS-ES sont titulaires d'une autorisation d'activité de soins, au même titre qu'un établissement de santé classique, et sont tenus aux mêmes règles que tout établissement de santé, en matière de qualité et de sécurité des soins, de système d'information, de suivi des données et d'obligation de certification HAS pour la qualité des soins.

1.2.2 Statut juridique et composition des GCS

Si le GCS peut comprendre tout acteur en santé du territoire, sous réserve de l'accord du Directeur Général de l'ARS, il reste une **entité juridique à part entière** qui doit inclure *a minima* un établissement de santé public ou privé et être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de l'objet de sa création (*Art. L 6133-1 du CSP*). Le GCS est par ailleurs une **structure de coopération qualifiée d'organique** : il est doté d'une **personnalité morale de droit public ou privé**, selon la nature des membres qui la composent (*Art. L 6133-3 du CSP*). Le GCS est en effet une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, et de droit privé lorsqu'à l'inverse, il est constitué exclusivement de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive et implique des normes différentes en termes de gestion du personnel, de comptabilité et de passation de marchés. La composition des GCS peut varier, associant structures publiques

et privées, professionnels médicaux libéraux ou établissements relevant du secteur médico-social notamment. Néanmoins, la majorité des GCS sont constitués uniquement d'établissements de santé, souvent au nombre de deux.

Par ailleurs, est désigné "**GCS de prestations médicales**", un GCS de moyens permettant des interventions communes de professionnels libéraux et professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements de santé membres du groupement (*CNEH, 2021*). Dans le cadre de prise en charge en radiologie notamment, visant à participer à la permanence des soins, les professionnels libéraux sont rémunérés par l'établissement sur la base des tarifs appliqués au secteur 1, et peuvent percevoir une indemnité forfaitaire au titre de la permanence des soins.

Enfin, la coopération s'exécutant dans le cadre d'un GCS est distincte d'un marché public (*Conseil d'État, 10 juillet 2020*) : le GCS peut, dans ce cadre, s'exonérer des procédures de mise en concurrence et de publicité définies par le Code de la Commande Publique.

1.2.3 Organisation et gouvernance des GCS

Le fonctionnement d'un GCS est défini par une **convention constitutive**, approuvée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il s'agit d'un document fondamental, incluant tous les éléments requis par la loi et qui fixe les droits des membres, précise les modalités de gouvernance du GCS, dont le périmètre de compétences de l'**Assemblée Générale**. Cette dernière est en effet l'organe décisionnel principal du GCS : elle est composée de l'ensemble des membres du groupement, et leurs droits sont proportionnels à leurs apports au capital ou à leur participation aux charges de fonctionnement. La convention constitutive doit préciser le nombre de représentants dont dispose chaque établissement membre du GCS et peut définir aussi les modalités spécifiques de représentation et d'exercice des droits de vote (*DGOS, 2018*). L'Assemblée Générale élit l'**administrateur du GCS**. Celui-ci met en place les décisions de l'assemblée générale et est compétent pour mettre en œuvre les missions du GCS fixées par la convention constitutive. L'administrateur élu assure quant à lui la gestion courante du groupement.

La convention constitutive peut également prévoir la création de comités spécialisés, pouvant traiter de questions spécifiques. Ceux-ci visent à renforcer l'expertise et l'efficacité de la gouvernance du GCS. L'approbation de cette convention par le directeur général de

l'Agence Régionale de Santé de la région au sein de laquelle est formé le GCS, est une étape indispensable, et parfois complexe.

**

Après l'analyse du cadre et des missions des Groupements de Coopération Sanitaire, en tant qu'outil stratégique de réorganisation de l'offre de soins, il apparaît opportun d'en étudier une application concrète : le GCS Radiochirurgie Paris Nord. Ce projet, liant l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann illustre la façon dont les coopérations territoriales peuvent répondre à des besoins de santé d'un territoire, et compléter l'offre de soins déjà existante. Ce GCS s'appuie sur un historique de collaboration entre établissements et l'acquisition d'un équipement de pointe : la deuxième partie de ce mémoire s'attachera donc à analyser la genèse, l'opérationnalisation et les impacts et défis d'un tel projet.

**

2 Le GCS Radiochirurgie Paris Nord : un projet au service de l'enrichissement de l'offre de soins du nord parisien

2.1 Une initiative médicale ambitieuse, alliant expertise clinique, défis techniques et enjeux financiers pour enrichir l'offre de neurochirurgie et de radiothérapie du territoire

L'objectif du projet porté par le GCS Radiochirurgie Paris Nord est de renforcer et d'élargir les activités et l'offre de soins, d'enseignement et de recherche de la neurochirurgie du Groupement Hospitalo-Universitaire AP-HP Nord (GHU AP-HP Nord), par l'acquisition d'un équipement de radiochirurgie, le ZAP-X, dédié au traitement des lésions intracrâniennes. Portée par l'équipe médicale du service de neurochirurgie de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal en premier lieu, l'arrivée de cet équipement de dernière génération embrasse l'un des axes stratégiques propres du groupe hospitalier consacré aux neurosciences et s'implante au sein d'un site hospitalier propice à la formation de collaborations interservices et au développement de projets cliniques et de recherche.

2.1.1 Au cœur de l'hôpital Lariboisière, le GCS capitalise sur une expertise reconnue des services de neurochirurgie et de radiothérapie pour développer une offre innovante de radiochirurgie

Avec le ZAP-X, la nouvelle activité de radiochirurgie s'intègre dans un **environnement particulièrement favorable** à son arrivée sur l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal. D'une part, l'hôpital dispose déjà d'une expertise dans le domaine de la radiochirurgie portée par le Dr François NATAF, neurochirurgien internationalement reconnu dans le domaine de la radiochirurgie et le traitement des malformations artérioveineuses et qui a contribué à construire, dès son arrivée dans l'équipe de neurochirurgie de l'hôpital en octobre 2021, le projet d'une nouvelle activité et d'un nouvel équipement de radiochirurgie sur site. La venue de ce praticien a permis de conserver, dans le périmètre du GHU APHP Nord, une **file active existante de patients** nécessitant un traitement par radiochirurgie et de **renforcer l'expertise reconnue de l'hôpital** dans la prise en charge des lésions de la base du crâne et des malformations vasculaires, à savoir les malformations situées sous le cerveau, en avant du tronc cérébral et dans les régions profondes de la face et de la charnière cranio-cervicale. L'hôpital Lariboisière dispose en effet d'un plateau technique chirurgical de pointe et du réseau pluridisciplinaire indispensable à ces activités, avec les services reconnus de neurochirurgie, d'Oto-Rhino-

Laryngologie (ORL), de neurologie, de neuroradiologie et neuroradiologie interventionnelle (NRI) et d'ophtalmologie qui travaillent d'ores et déjà conjointement au cours de plusieurs parcours de soins. Pour ces disciplines, la radiochirurgie est devenue une **modalité thérapeutique incontournable et complémentaire** à la pratique chirurgicale actuelle : si la chirurgie décomprime et éloigne les structures et malformations critiques et à haut risque pour le patient, la radiochirurgie vient stopper la croissance du résidu et réduire et éviter une chirurgie à haut risque. Alors que la radiochirurgie est **actuellement sous-utilisée** à Lariboisière, en raison de l'absence d'équipement dédié "Tête et cou" sur site, l'arrivée du ZAP-X se positionne en **atout pour de nombreux parcours** présents sur les hôpitaux du GHU Nord et en particulier pour le service de neurochirurgie de Lariboisière qui adresse chaque année et en augmentation depuis cinq ans, **plus de 100 patients** aux centres de Saint-Anne et Hartmann qui disposent d'un équipement de radiochirurgie. Le ZAP-X serait de fait un **vecteur de consolidation de l'expertise** de Lariboisière et plus globalement de l'APHP dans le domaine des traitements des lésions de la base du crâne et des malformations vasculaires intracrâniennes. Sous le prisme de l'ORL, le ZAP-X permettra le recrutement unique de pathologies rares (tumeurs malignes naso-sinusiennes et rhinopharyngées, certaines récurrences localisées non opérables de carcinome épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures ...) et une **collaboration nouvelle entre neurochirurgiens, radiothérapeutes et chirurgiens ORL**. De même, l'arrivée du ZAP-X permettra au service de neuroradiologie interventionnelle existant sur l'hôpital de traiter davantage de patients sur site, d'éviter leur éventuel transfert et de **ré-internaliser une activité** aujourd'hui adressée à d'autres structures publiques ou privées hors Île-de-France.

Enfin, ce projet s'appuie aussi sur une certaine proximité avec le **service de neuro-oncologie et de radiothérapie de l'hôpital de Saint-Louis**, pour lequel les praticiens sont indispensables à la mise en route et au fonctionnement de l'appareil qui requiert une expertise mixte, neurochirurgicale et radiochirurgicale. Cette proximité entre les deux établissements résulte d'une part d'un historique collectif entre les deux hôpitaux, formant un même groupe hospitalier de territoire avant la création du GHU Nord et rendant particulièrement propice la création d'une extension du service de radiothérapie de l'hôpital Saint-Louis sur le site de Lariboisière. Ce projet résulte d'autre part d'une collaboration déjà enracinée entre les services de neurochirurgie des hôpitaux Lariboisière et Beaujon, dans le cadre de la prise en charge de nombreuses lésions cérébrales malignes.

2.1.2 Une nouvelle activité de radiochirurgie basée sur l'acquisition d'un équipement de pointe : le ZAP-X

L'entièreté du projet de Groupement de Coopération Sanitaire associant l'hôpital Lariboisière et l'Institut Hartmann repose sur l'acquisition d'un appareil de radiochirurgie de dernière génération, visant à proposer à la population une nouvelle offre de radiochirurgie dans le nord parisien, sur l'un des sites de l'AP-HP. La **radiochirurgie**, aussi appelée radiothérapie stéréotaxique, est une technique de traitement de certaines lésions profondes intracrâniennes, telles que les tumeurs de la base du crâne, les méningiomes, les neurinomes, les malformations artério-veineuses (MAV), la maladie de Parkinson, les troubles se manifestant par des tremblements, l'épilepsie... Concrètement, la radiochirurgie consiste à utiliser de **multiples et fins faisceaux de rayonnements ionisants** convergents très précisément en un **foyer unique**, correspondant à la lésion à traiter (IRSN, 2019). Au niveau de cette cible concentrant l'ensemble des faisceaux, les doses de rayonnement délivrées s'ajoutent, générant une dose d'irradiation élevée dès la première séance, suffisante pour certains effets thérapeutiques escomptés (Annexe 2). Quant aux tissus environnants et éloignés de la zone cible, ils ne sont traversés que par un petit nombre de faisceaux, générant une dose d'irradiation non délétère (Institut Curie, 2017). La radiochirurgie possède l'avantage d'éviter les risques, les complications ou les éventuelles contre-indications inhérents à une intervention neurochirurgicale classique pour traiter ces lésions profondes. Elle se positionne aussi comme un **complément à l'acte chirurgical**, lorsque celui-ci n'a pas permis de retirer l'ensemble de la tumeur, en raison des risques induits par la chirurgie. La radiochirurgie est aussi une solution en cas de croissance d'un résidu ou d'une récurrence tumorale, afin d'éviter une nouvelle intervention chirurgicale.

A ce jour, trois équipements ont ponctué l'histoire de la pratique radiochirurgicale : (i) le **GammaKnife** dédié à la zone "tête et cou" développé dans les années 1960, (ii) le **Cyberknife** "polyvalent et multi-organes (colonne vertébrale, foie, poumons, prostate)" développé à la fin des années 1980 et majoritairement utilisé aujourd'hui dans les structures partenaires de l'hôpital Lariboisière comme le CHU de Lille ou l'Institut Hartmann et (iii) le **ZAP-X** dédié "tête et cou" (Figure N°1), équipement de dernière génération développé par le Pr John Adler à l'Université de Stanford en 2018 et ciblé par l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal dans le cadre du développement de son activité de radiochirurgie.

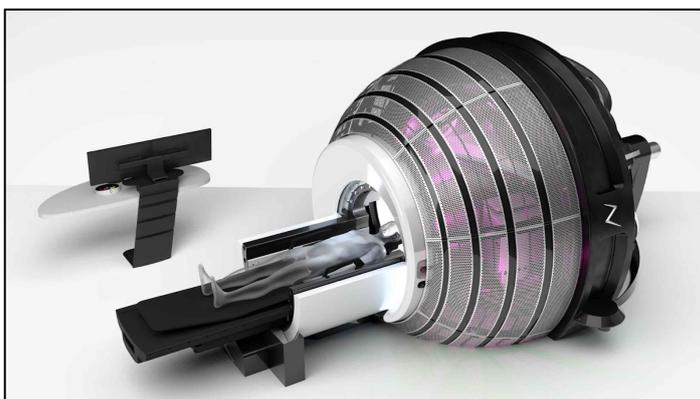


Figure N°1 : Modélisation de l'appareil ZAP-X en fonctionnement

Source : zapsurgical.com

Ce dernier possède un double avantage : d'une part, celui d'être **auto blindé**, en intégrant son propre bouclier de protection et ne nécessitant pas l'installation d'une infrastructure particulière et coûteuse de type Bunker. Malgré un poids important (27,5 tonnes) nécessitant l'installation d'un socle adapté, le ZAP-X s'intègre ainsi plus facilement dans les espaces existants. D'autre part, ce type d'équipement de dernière génération est basé sur une **technologie de type "Linac"**, c'est-à-dire qu'il utilise des rayons X de haute énergie d'un accélérateur linéaire de particules, **sans recourir à des sources radioactives de Cobalt** (ZapSurgical, 2024). Cela présente des atouts notables, en éliminant la problématique de remplacement des sources radioactives actives tous les cinq ans et en supprimant certaines contraintes réglementaires, organisationnelles et sécuritaires liées à l'utilisation de sources radioactives, à l'impact écologique par ailleurs non négligeable.

2.1.3 L'acquisition du ZAP-X offre l'opportunité de créer un site unique de radiochirurgie en Île-de-France, au profit des patients du nord parisien et en cohérence avec les objectifs régionaux et de l'établissement

L'arrivée du ZAP-X représente un **atout stratégique**, alors que l'Île-de-France et plus globalement la France restent sous-dotés en équipements de radiochirurgie "Tête et cou". La France dispose actuellement de **cinq équipements de radiochirurgie** dédiés "Tête et cou", dont deux en Île-de-France pour un bassin de vie de plus de 12 millions d'habitants. Il s'y trouve un appareil GammaKnife à l'hôpital Pitié-Salpêtrière et un ZAP-X récemment installé en 2023 au Centre de Cancérologie de la Porte de Saint-Cloud, une clinique privée dépendant de l'Hôpital Américain de Paris (Annexe 2). Notons par ailleurs que la région dispose aussi de 10 équipements de radiothérapie stéréotaxique polyvalents, principalement en établissements publics et centres de lutte contre le cancer.

Le GHU APHP Nord et plus largement le nord de l'Île-de-France ne dispose donc pas d'équipement de radiochirurgie "Tête et cou", alors que le groupement hospitalier possède une expertise reconnue et importante en neurochirurgie, neurologie et neuroradiologie et ORL. Avec une file active de patients justifiant l'implantation d'un tel équipement sur le site de Lariboisière, l'AP-HP opère ainsi un **rééquilibrage de l'offre de soins Nord-Sud** au sein de l'AP-HP mais aussi à l'échelle de l'Île-de-France, en offrant une prise en charge thérapeutique complète de qualité à tous les patients du GHU Nord et des hôpitaux du Nord de l'Île-de-France, hospitalisés notamment dans les établissements de Saint-Denis, de Gonesse (93) et de Pontoise (95).

L'acquisition du ZAP-X et le développement de l'activité de radiochirurgie s'inscrit pleinement au cœur des ambitions et **objectifs stratégiques du territoire**, avec au premier plan la **feuille de route de l'hôpital Lariboisière** et le **projet d'établissement 2021-2025 du GHU APHP Nord** où figure, parmi les cinq grands axes du projet médical, le renforcement de l'axe **Neurosciences** dans sa partie clinique mais également sur ses aspects recherche et enseignement. Le développement de cette nouvelle activité entre en adéquation avec la volonté du GHU Nord de moderniser ses infrastructures, d'accroître son attractivité et son indépendance vis-à-vis des établissements publics et privés auprès desquels sont adressés actuellement les patients nécessitant de la radiochirurgie, et de se positionner parmi les meilleurs établissements dans l'innovation médicale au niveau régional et national.

Ce projet est d'autre part en cohérence avec les orientations fixées par le **schéma régional de santé 2023-2028** de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS IDF), qui affiche un objectif de promotion et d'amélioration de l'organisation des parcours de prises en charge sur le territoire. L'ARS met en effet un accent particulier sur l'amélioration de l'**accès aux soins spécialisés**, notamment en matière d'oncologie, pour répondre aux besoins croissants de la population francilienne. La radiochirurgie, en tant que technologie de pointe offrant une alternative non invasive aux traitements traditionnels, permet non seulement de **réduire les délais de prise en charge** et d'**améliorer les résultats cliniques** pour les patients atteints de pathologies complexes, mais aussi de simplifier et de coordonner les parcours de soins en **limitant les hospitalisations prolongées**. Le développement de cette activité à l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal s'aligne ainsi sur l'objectif de **modernisation de l'offre de soins**, de **réduction des inégalités territoriales**, et d'amélioration de la **fluidité des parcours de soins**, garantissant un accès plus équitable aux innovations médicales sur l'ensemble du territoire.

Enfin, la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire avec l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann pour l'acquisition de cette modalité thérapeutique de pointe permet la création d'un **site unique et de référence en Île-de-**

France, avec des avantages multiples : tout d'abord le regroupement des équipes de radiothérapeutes et de chirurgiens sur un même site, en bénéficiant de l'expertise des radiothérapeutes d'Hartmann couplée à celle des neurochirurgiens des hôpitaux Lariboisière et Beaujon. Cela permet de fluidifier le parcours patient et de renforcer la lisibilité de l'activité pour les patients ainsi que pour les professionnels. Ce partenariat permet également de développer des champs nouveaux d'innovation thérapeutique, en permettant aux équipes de coopérer au quotidien dans l'élaboration de **nouveaux protocoles de bascule** entre la chirurgie et la radiothérapie, et de maintenir plus globalement une **collaboration médicale et scientifique** déjà très avancée entre les deux parties. Cela concerne notamment le maintien d'un accès privilégié au CyberKnife de l'institut Hartmann pour le traitement radiochirurgical d'autres organes mais aussi la poursuite du suivi commun de cohortes de patients initiées depuis 2013 à des fins de recherche clinique.

Enfin, si l'hôpital Lariboisière s'est initialement interrogé sur sa capacité à développer seul une activité de radiochirurgie, l'intérêt d'un projet partagé en commun avec l'Institut Hartmann dépendant du groupe ELSAN, a rapidement prédominé pour des enjeux financiers et de gestion des ressources humaines. La constitution d'un **GCS de moyens** présente en effet plusieurs avantages : partage des charges d'équipement médical et des travaux d'implantation de l'équipement sur Lariboisière, optimisation des plages horaires d'utilisation de l'appareil, recrutement facilité et mutualisé de professionnels issus des métiers en tension (notamment manipulateurs en électroradiologie médicale - MERM).

La formation de ce Groupement de Coopération Sanitaire *Radiochirurgie Paris Nord* a donc été motivée par une volonté d'enrichissement de l'offre de soins présente sur le territoire au bénéfice des patients du bassin de vie, par la possibilité de mutualisation des ressources financières et humaines et par un partage accru des compétences entre équipes médicales, le tout basé sur un historique de collaboration entre le GHU Nord et l'institut Hartmann qui a instauré un climat de confiance et de coopération propice au renforcement des liens partenariaux.

2.1.4 Évaluation des conditions de faisabilité du projet et projections d'activité du GCS

L'acquisition du ZAP-X et le lancement de la nouvelle activité de radiochirurgie inhérente représente un coût technique et financier particulièrement conséquent, évalué à près de **6,5 millions d'euros**, en prenant en compte le coût de l'appareil, les travaux et les

dépenses inhérentes à la main d'œuvre nécessaires à sa mise en route (*Source : Documents internes*).

L'**ouverture du Nouveau Lariboisière**, extension de l'hôpital actuel, au printemps 2026 occasionne la libération d'espaces permettant d'installer l'appareil de façon simple et rapide sur le site initial de l'hôpital et de l'intégrer de façon optimale dans les flux de soins existants. La disponibilité de ces nouveaux espaces offre l'opportunité de créer un environnement dédié à la radiochirurgie, des espaces d'accueil et de prise en charge adaptés aux patients admis et une surface permettant l'installation de consoles de contourage et autres matériaux adaptés à la pratique collaborative. Ce contexte favorable permet de maximiser l'impact du ZAP-X sur la qualité des soins tout en s'alignant avec les objectifs d'expansion et de modernisation de l'hôpital.

La pratique de la radiochirurgie est une activité particulièrement **rémunératrice** pour un établissement de santé. L'activité de radiochirurgie est en effet facturée sous forme de séances d'**hospitalisation partielle** (HP), auxquelles sont associées un tarif variant selon le nombre de fractions délivrées selon le diagnostic formulé (**traitement en mono-fractionné ou pluri-fractionné**).

Par ailleurs, bien que la majorité des patients traités avec le ZAP-X proviendront de l'hôpital Lariboisière à partir de mars 2025, la viabilité et l'efficacité du projet de lancement d'une nouvelle activité de radiochirurgie sur ce site reposent sur l'établissement de partenariats solides et de filières d'activité clairement définies avec d'autres établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, appartenant au GHU Nord ou situés en dehors de l'AP-HP, impliqués dans la prise en charge des lésions intra cérébrales malignes. Outre l'enjeu de viabilité financière du projet, cette démarche répond à un **objectif de santé publique et d'amélioration des parcours de soins et de l'accès à la radiochirurgie** sur le territoire nord-francilien. La réalisation d'une étude médico-économique, sur la base des données d'activité réelles des chirurgiens de l'hôpital Saint-Anne, a d'ores et déjà permis de définir la cible annuelle de patients à traiter ainsi que le nombre de séances prévisibles, fixée à **800 patients annuellement** représentant environ **2000 séances de radiothérapie** (soit 2,5 séances en moyenne par patient) selon les pathologies traitées et les patients issus des établissements de santé visés (*Tableau N°1*).

Tableau N°1 - Prévission des segments d'activités et des volumes de patients pris en charge sur le ZAP-X, à partir de mars 2025

Source : Note interne

Filières de patients (établissement et service de soins d'origine)	Centres actuels de traitement hors APHP	Projection du volume de patients absorbés par l'activité ZAP-X
AP-HP		
Lariboisière - Service de neurochirurgie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann Centre de protonthérapie d'Orsay (Institut Curie)</i>	120 à 140 patients
Lariboisière - Service ORL	<i>Institut de radiothérapie Hartmann</i>	20 à 30 patients
Lariboisière - Service de neuroradiologie interventionnelle	<i>CHU de Lille</i>	30 patients
Lariboisière - Service de neurologie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann</i>	20 à 30 patients
Lariboisière - Centre des Urgences Céphalées		20 patients
Beaujon - Service de neurochirurgie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann</i>	60 à 70 patients
Saint-Louis - Service de radiothérapie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann, en raison de la saturation actuelle du plateau technique de Saint-Louis</i>	100 patients
Saint-Louis - Service de neuro oncologie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann</i>	20 patients
Saint-Louis - Service de dermatologie	<i>Institut de radiothérapie Hartmann, avec un partenariat déjà établi avec le Dr NATAF</i>	50 patients
Necker - Service de neurochirurgie pédiatrique et jeunes adultes		10 à 15 patients (a minima 1 an après le début de l'activité adultes)
Autres structures hors APHP		
Saint-Joseph - Pôle Oncologie		10 patients
Saint Anne		20 patients
Hôpitaux du Nord de l'Île-de-France (Pontoise, Gonesse, Argenteuil, Montmorency, Saint-Denis, Aulnay-sous-bois)		10 patients
Recrutement national (CHU Rennes, CHU Poitiers)		10 patients
Filière internationale (notamment Tunisie, Maroc)	<i>Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, en partie</i>	5 à 20 patients
Institut de radiothérapie et de radiochirurgie Hartmann		
Institut de radiothérapie Hartmann		220 patients

Le modèle médico-économique réalisé prévoit une **valorisation de l'activité** de radiochirurgie par des recettes importantes d'hospitalisation partielle, dont l'effet sera majoré en première année d'exploitation complète de l'équipement ZAP-X (2025). Les premières hypothèses prudentes d'utilisation de la machine sur 45 semaines à hauteur de 8 séances par jour laissent envisager une **marge d'optimisation** permettant de dégager des recettes supplémentaires. La constitution du GCS démontre un fort intérêt en termes de partage de charges d'investissement, d'exploitation et d'atteinte d'une masse critique d'activité permettant de rentabiliser l'investissement. La **mutualisation des charges d'exploitation** présente un intérêt particulier dans un contexte où le cadre réglementaire qui entoure l'activité impose la présence d'un radiophysicien, d'un radiothérapeute et de 2 MERM lors des séances de radiochirurgie. Les charges importantes de Titre 2 et Titre 3 (achat du ZAP-X, maintenance, consommables médicaux, travaux) feront également l'objet d'un partage dans le cadre du GCS.

Ces différents éléments permettent d'afficher, pour le GCS, un ROI dépassant 2,1 millions d'euros lors de la première année complète d'exploitation et un **ROI positif de 2,8 millions d'euros** au total du projet de développement de la radiochirurgie dès 2030. A l'échelle de Lariboisière et compte-tenu des charges facturées au GCS, le ROI s'élève à 1,6 million d'euros dès 2030.

2.2 Du cadre juridique à la pratique clinique : structuration et opérationnalisation du GCS Radiochirurgie Paris Nord

2.2.1 La convention constitutive régit les modalités de collaboration entre l'AP-HP et l'Institut Hartmann

A) Cadre juridique du GCS Radiochirurgie Paris Nord

Signée en juin 2023 suite à la réception de l'autorisation d'activité par l'ARS en juillet 2022, la **convention constitutive du GCS Radiochirurgie Paris Nord** établit les fondements réglementaires essentiels pour le fonctionnement harmonisé du groupement. Elle définit les modalités de coopération entre l'AP-HP et l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann pour l'exploitation conjointe de l'activité de soins de radiothérapie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques, se matérialisant par l'utilisation commune de l'appareil ZAP-X, à des fins cliniques et de recherche.

La convention constitutive établit en premier lieu le **principe de priorité** des patients issus des filières du GHU Nord. La répartition des plages horaires d'utilisation de l'appareil est définie au prorata des droits sociaux, détenus par chaque membre : **l'AP-HP bénéficie de 70% des plages horaires, tandis que l'Institut Hartmann en dispose de 30%**. Par

ailleurs, dans l'hypothèse où les plages affectées au GHU Nord ne seraient pas suffisantes pour la programmation des patients du GHU, ces derniers seraient prioritairement pris en charge sur les plages affectées à l'Institut Hartmann et exploitées par leurs équipes.

La convention acte ensuite le principe de constitution d'un **GCS de moyens de droit privé**, reposant sur une coopération médicale et scientifique favorisant la mutualisation de moyens matériels, humains et immobiliers, le tout dans un but non lucratif répondant à une mission de service public. L'achat du ZAP-X est supportée par l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal, résultat de nombreuses concertations avec le siège de l'AP-HP. Néanmoins, les autres charges du Groupement sont assumées par les membres selon leurs parts, et comprennent notamment les **coûts en consommables médicaux et non médicaux**, en petites fournitures, ou en produits d'entretien, les coûts de maintenance et d'entretien des équipements, la bureautique et l'informatique mais aussi la **mise à disposition de personnel non médical** qui est qualifiée réglementairement de "**statutaire**". Cette charge de fonctionnement à la charge du GCS lie l'établissement employeur et le GCS par une clause qui prévoit le remboursement de la rémunération des professionnels mis à disposition.

Par ailleurs, conformément au droit d'option figurant à l'article L. 6133-8 du Code de la Santé Publique, la convention constitutive fixe le principe d'une facturation directement par le GCS de l'ensemble des séjours et des actes liés à l'activité de radiochirurgie selon **l'échelle tarifaire publique** applicable à l'hôpital Lariboisière, en tant que détenteur de l'autorisation. Les membres du Groupement ne sont pas autorisés à facturer pour leur propre compte les prestations remboursables délivrées aux patients, dans le cadre de l'activité exploitée en commun. Le Groupement facture les soins et reçoit les recettes des caisses d'assurance maladie pour le compte de ses membres. Quant à la rémunération des radiothérapeutes libéraux exerçant pour le compte de l'Institut Hartmann, ils sont rémunérés par l'institut sous forme d'honoraires, dans les conditions prévues aux contrats d'exercice libéral qui les lient à leur établissement de rattachement.

Enfin, la convention constitutive introduit l'**Assemblée Générale** comme l'organe de gouvernance du GCS, représentatif de l'ensemble des membres du groupement. La répartition des voix délibératives au sein de l'Assemblée Générale est établie dans des proportions identiques à celle des parts de capital du GCS dont dispose chaque membre, soit quatre membres pour l'APHP et deux membres pour l'Institut Hartmann. Ceux-ci participent au vote de l'administrateur du GCS, élu pour 2 ans et membre obligatoirement de l'APHP, le secrétaire général et directeur financier du GCS, le directeur médical et directeur médical adjoint du GCS ainsi que le contrôleur de gestion du groupement. L'Assemblée générale est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement, et

délibère notamment sur le budget prévisionnel, l'approbation des comptes et l'affectation des résultats, le règlement intérieur ou toute modification éventuelle de la convention constitutive. Il a néanmoins été voté au cours de l'Assemblée Générale du 19 janvier 2024, le mandat donné à l'administrateur d'effectuer toute formalité nécessaire au fonctionnement courant du GCS, ne relevant pas des compétences de l'Assemblée Générale.

B) Investissements nécessaires à l'ouverture de l'activité de radiochirurgie

L'**obtention de l'autorisation de l'activité de radiochirurgie** par l'Agence Régionale de Santé (ARS) a marqué un tournant décisif pour l'opérationnalisation du GCS Radiochirurgie Paris Nord, permettant de lancer une série d'investissements stratégiques. Ces investissements ont été rendus possibles grâce au capital mobilisé par le GCS, lequel a été orienté vers l'acquisition d'équipements de pointe et la réalisation de travaux importants et indispensables pour accueillir le ZAP-X.

Les investissements en équipements représentent une part significative des dépenses engagées dès 2023. L'acquisition la plus conséquente concerne l'équipement ZAP-X, **acheté par l'AP-HP** pour un montant total de **4 564 398 euros (TTC)**. Cet équipement de pointe, pierre angulaire du développement de l'activité de radiochirurgie sur GHU Nord, fait l'objet d'un amortissement prévisionnel sur 10 ans, soit environ 456 000 € par an. Pour le GCS, cet amortissement se traduit par une facturation échelonnée sur une décennie, permettant de lisser l'impact financier de cet investissement majeur. Par ailleurs, le GCS a également consacré **15 000 euros à l'achat d'équipements hôteliers**, destinés à l'aménagement de l'accueil des patients. Concernant les dépenses en matériel informatique, l'AP-HP a également investi 10 000 € dans l'achat d'un PC, tandis que le GCS a acquis pour 60 000 € de licences pour le logiciel WISEO, crucial pour la gestion des données et la planification des traitements, avec un total de 6 licences. Ces dépenses en informatique et en équipements, combinées aux investissements en matériel et aux aménagements, illustrent l'engagement du GCS à **offrir un environnement technologique avancé et fonctionnel** pour les activités de radiochirurgie tout en assurant une gestion financière rigoureuse.

Par ailleurs, les **travaux nécessaires à l'installation du ZAP-X** ont représenté un investissement important pour le GCS (*Annexe 3*). Après révision, le coût total des travaux s'élève à **1 860 816 euros**, une somme financée initialement par l'AP-HP puis facturée au GCS. Cette somme couvre la réalisation de travaux d'envergure pour un plateau de 100 m² dédié à l'activité de radiochirurgie. En plus de la création de différents espaces, tels qu'un local technique, un bureau médical de consultation et une salle d'attente pour les patients, ces travaux incluent également la construction d'une dalle au niveau 0 pour accueillir l'appareil, le renforcement du sol, ainsi que les aménagements nécessaires pour

l'acheminement du ZAP-X, qui pèse près de 28 tonnes. Conformément à la convention constitutive, la répartition des charges entre les partenaires est de 70 % à la charge de l'AP-HP et 30 % à celle de l'Institut Hartmann. Ces travaux sont amortis sur des périodes différentes selon leur nature : 1 624 331,44 € sont amortis sur 15 ans, tandis que 236 485,02 € sont amortis sur 5 ans. La facturation de ces montants au GCS est prévue sur une durée de 14 ans, permettant ainsi de répartir l'impact financier sur le long terme. Cet investissement en travaux assure non seulement la bonne installation du ZAP-X, mais également l'adaptation des infrastructures pour accueillir cet équipement de haute technologie.

2.2.2 Le règlement intérieur du GCS pose les bases du fonctionnement et de l'organisation médicale et paramédicale autour de l'appareil

En reprenant les dispositions légales et réglementaires de la convention constitutive signée par les deux parties, le règlement intérieur du GCS *Radiochirurgie Paris Nord* formalise les principes de gouvernance et de fonctionnement du groupement, les modalités de gestion opérationnelle, l'organisation des activités, des vacations ainsi que de la coordination des équipes médicales issues des différents établissements. Seront abordées prioritairement dans cette partie, les modalités d'organisation médicale au sein de l'unité de radiochirurgie ZAP-X ainsi que le recrutement spécifique de personnels médical et paramédical nécessaires à l'activité de radiochirurgie.

A) Une organisation médicale pluridisciplinaire autour du ZAP-X

L'installation et l'utilisation du ZAP-X nécessitent une **organisation médicale rigoureuse**, en raison de la complexité technique inhérente à la radiothérapie stéréotaxique et des exigences réglementaires strictes qui encadrent cette pratique. Clarifier cette organisation médicale autour du ZAP-X est d'autant plus important qu'elle repose sur une **collaboration inter établissements et interdisciplinaires**, entre l'Institut Hartmann et l'AP-HP, intégrant à la fois les radiothérapeutes et les neurochirurgiens.

Tel que désignés en Assemblée Générale, le GCS dispose d'un **directeur médical neurochirurgical**, issu de l'APHP, et d'un **adjoint radiothérapeute** issu de l'Institut Hartmann). Tous deux définissent, pour l'ensemble des activités du GCS, les principes et enjeux de l'organisation médicale, les protocoles de prise en charge et les modalités d'évaluation de leur bonne application. Conformément aux obligations fixées par l'Autorité de Sûreté Nucléaire, **l'Unité Fonctionnelle (UF) de radiochirurgie de l'APHP est dirigée par un radiothérapeute**, suppléé par un neurochirurgien. Au sein de l'APHP, il s'agira d'une unité tri-site qui reflétera et qui aura pour objectif de faire remonter l'activité de Lariboisière, Saint-Louis et de l'établissement Beaujon, pour lequel l'équipe de

neurochirurgie est aussi très impliquée sur ce projet. Avec le radiothérapeute désigné référent pour l'institut Hartmann, ils mettent en œuvre au quotidien l'organisation médicale et veillent au respect des principes et protocoles définis par le directeur médical du GCS et son adjoint, assurent l'évaluation et la bonne application des protocoles de radiothérapie et assurent un reporting trimestriel, et plus fréquent si besoin, auprès du directeur médical. Tel que défini enfin dans le cadre de la convention constitutive, un **comité médical restreint** a été formé, regroupant des représentants médicaux des services impliqués et partenaires au sein de l'activité de radiochirurgie. Ce comité a pour fonction de préparer et d'adopter les protocoles de fonctionnement et d'organisation de l'activité, de préparer annuellement un rapport médical et scientifique intégré au rapport d'activité et de donner des avis sur des questions relatives à la pratique médicale.

Par ailleurs, la définition du planning, des besoins en temps médical et la répartition des plages horaires d'utilisation du ZAP-X ont été fixés en concertation avec les médecins de l'AP-HP et de l'Institut Hartmann, dans le respect des parts sociales dont disposent les deux parties, à savoir 70% pour l'AP-HP et 30% pour la clinique Hartmann. Les besoins en temps médical ont été formalisés en décompte en demi-journée, dans la limite du temps de travail réglementé des professionnels hospitaliers (praticien contractuel, praticien hospitalier, praticien attaché et praticien associé), fixé à 10 demi-journées par semaine, soit une obligation de service de 416 demi-journées par an (ANAP, 2023). En termes de répartition par demi-journée, ceci implique une activité réservée à l'Institut Hartmann les lundis et mardis après-midi et le jeudi matin. Le reste de la semaine est réservé pour le traitement de patients issus de l'AP-HP, ou d'autres établissements externes de façon plus marginale.

Enfin, la direction médicale du GCS a opté pour la constitution d'un **conseil scientifique**, lequel réunira les praticiens de l'hôpital Lariboisière et de l'Institut Hartmann pour échanger sur les opportunités de recherche universitaire autour de cette nouvelle activité et de cette technologie et pour faire progressivement évoluer les pratiques sur la base des résultats de ces recherches. Ce comité adoptera aussi un rôle dans la communication externe du GCS, avec la veille et la gestion des contenus scientifiques à publier régulièrement pour rendre compte et mettre en valeur l'activité réalisée.

B) Mise à disposition de personnel et recrutements nécessaires à l'opérationnalisation de l'appareil

En complément de l'achat du ZAP-X et des différents moyens matériels supplémentaires à allouer pour développer cette nouvelle activité, le déploiement de la radiochirurgie sur le site de Lariboisière requiert le **recrutement de personnels médical et paramédical supplémentaire**, afin de garantir le bon fonctionnement de l'unité et le respect des normes réglementaires en vigueur. Ces recrutements détaillés ci-dessous sont

associés aux prévisions financières réalisées, précisant les besoins en temps de travail, les coûts de recrutement et la planification budgétaire sur les cinq prochaines années.

La **phase initiale** du recrutement s'est tout d'abord centrée sur la constitution de l'équipe médicale essentielle pour le lancement de l'activité. Le **recrutement du Dr Nataf**, référence dans le domaine de la radiothérapie stéréotaxique, sur un poste de praticien hospitalier dès 2021, a enclenché le début du projet d'activité de radiochirurgie sur le site, sur lequel il est porteur. Engagé par l'APHP, celui-ci sera affecté à hauteur de 80% à une activité de radiochirurgie, et 20% de son temps d'exercice sera consacré à des activités au sein du service de neurochirurgie de Lariboisière (*Tableau N°2*). Dans un second temps, le projet comprend le recrutement de deux autres postes de **praticiens hospitaliers spécialisés en radiothérapie** et de **deux radio-physiciens**, conformément aux exigences de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN). Leur présence est en effet indispensable pour gérer d'une part le traitement et le suivi des patients et pour assurer, d'autre part, le contrôle qualité des dispositifs radiologiques et le maintien des standards cliniques.

Qualification	Nom	ETP	Coût moyen	2025	2026	2027	2028	2029
Praticien Hospitalier (Temps Plein)	Radiothérapeute APHP hors GCS	2	134 000 €	268 000 €	268 000 €	268 000 €	268 000 €	268 000 €
Praticien Hospitalier (Temps Plein)	Neurochirurgien Neurochirurgie (20%) Activité APHP	1	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €
	Radiochirurgie GCS (80%)		120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €
TOTAL				388 000 €				

Tableau N°2 : Prévisions financières quant aux charges générées par le recrutement de personnel médical supplémentaire

Source : Note de chiffrage interne (confidentiel)

Outre le recrutement médical nécessaire au développement de l'activité de radiochirurgie, ce projet prévoit une phase de **recrutement de personnel paramédical**, par ailleurs actuellement engagée (*Tableau N°3*). Ce recrutement prévoit l'intégration de **cinq techniciens de radiothérapie MER**, chargés de l'entretien et de la maintenance des équipements radiologiques. Ces techniciens assureront non seulement le bon état de fonctionnement des appareils, mais aussi le respect des exigences de sécurité, en accord avec les normes de l'ASN. En complément, afin d'optimiser l'organisation des soins et améliorer l'expérience patient, **un poste d'Infirmier d'État de Coordination (IDEC)** sera créé pour gérer les parcours des patients, coordonner les interventions entre les équipes médicales et paramédicales, et veiller à une prise en charge cohérente et continue. Celui-ci sera accompagné d'un **cadre manipulateur en électroradiologie sur le ZAP-X**, chargé

de superviser les techniciens de radiothérapie et de garantir le respect des procédures de maintenance et des normes de sécurité. Enfin, un **Assistant Médical Administratif (AMA)** sera engagé pour soutenir les équipes médicales en charge des tâches administratives, de la gestion des dossiers patients, et de l'organisation des rendez-vous.

L'AMA ainsi que les techniciens prévus seront recrutés dans le cadre du GCS au titre de charges d'exploitation mutualisées, alors que les autres professionnels seront recrutés par l'APHP. En fonction de la montée en charge de l'activité, un second assistant pourrait être recruté, en accord avec les deux parties.

Qualification	Temporalité des coûts	ETP	Coût moyen	2025	2026	2027	2028	2029
Radio physicien	A partir de janvier 2025 = APHP	2	101 216 €	202 431 €	202 431 €	202 431 €	202 431 €	202 431 €
MER	A partir de janvier 2025 = GCS	5	75 000 €	375 000 €	375 000 €	375 000 €	375 000 €	375 000 €
MER de coordination	A partir de janvier 2025 = APHP	1	79 000 €	79 000 €	79 000 €	79 000 €	79 000 €	79 000 €
Cadre MER	A partir de janvier 2025 = APHP	1	81 311 €	81 311 €	81 311 €	81 311 €	81 311 €	81 311 €
AMA	A partir de janvier 2025 = GCS	1	56 039 €	56 039 €	56 039 €	56 039 €	56 039 €	56 039 €
TOTAL				388 000 €				

Tableau N°3 : Prévisions financières quant aux charges générées par le recrutement de personnel paramédical supplémentaire

Source : Note de chiffrage interne (confidentiel)

En conclusion, le recrutement structuré de personnels médical et paramédical pour l'activité de radiochirurgie est essentiel pour assurer une mise en œuvre efficace du ZAP-X. Les prévisions financières associées, qui détaillent les coûts de recrutement, de formation et de gestion de ce personnel, sont cruciales pour une planification budgétaire adéquate et pour garantir le succès du projet dans son ensemble.

2.2.3 La mise en place d'un parcours de soins fluide et lisible pour tous les patients pris en charge, toutes filières confondues

A) Analyse du parcours patient pris en charge sur le ZAP-X

Définir un parcours patient clair et structuré en radiochirurgie, particulièrement dans le cadre d'un exercice conjoint entre plusieurs structures, est essentiel pour garantir la **qualité des soins** et assurer une **coordination optimale** entre les différents acteurs impliqués.

Dans ce cadre, un **parcours patient** a été réfléchi collégalement avec l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et services impliqués dans ce projet (*Annexe 4*). La première étape du parcours consiste en la validation, en **Réunion de Concertation**

Pluridisciplinaire (RCP) et sur la base d'un dossier clinique et d'imagerie, de l'indication de traitement par le ZAP-X. Une fois cette validation obtenue, le dossier médical du patient est transmis par le secrétariat du praticien prescripteur à l'équipe administrative du ZAP-X. Cette équipe est composée d'un secrétaire et d'un manipulateur coordinateur, tous deux placés sous la supervision d'un cadre de santé référent sur le plateau de radiochirurgie. Le parcours est alors soigneusement programmé, incluant plusieurs étapes essentielles :

1. La **préparation du dossier administratif et médical** du patient,
2. La **programmation d'une consultation** avec un neurochirurgien et un radiothérapeute ayant pour but d'expliquer au patient le traitement proposé, ses modalités, ses bénéfices et ses risques ainsi que de lui remettre son **plan personnalisé de soins**,
3. La **programmation de l'IRM et du scanner de simulation et de repérage**, ainsi que la récupération des imageries et comptes rendus associés. Ces examens permettent de définir la cible, la dose nécessaire pour la traiter ainsi que le nombre de séances à réaliser,
4. La **phase de traitement au niveau du ZAP-X**, à raison de 30 minutes par séance. Si les séances sont fractionnées, celles-ci sont consécutives sur plusieurs jours,
5. L'étape de **suivi du patient** au sein de son établissement de référence et selon le diagnostic formulé. Le suivi des étapes dosimétriques est assuré jusqu'à la transmission du compte rendu de fin de traitement au secrétariat du praticien prescripteur.

L'ensemble du parcours est soutenu par une **interface numérique intégrée, WISEO**, qui permet une **gestion centralisée et fluide des dossiers médicaux**, qu'ils soient issus du logiciel Instamed de l'Institut Hartmann ou du système Orbis de l'AP-HP. Le dossier médical et technique du patient est alimenté en continu par l'équipe du Centre de Radiochirurgie Paris Nord (CRPN). WISEO est essentiel pour la gestion des flux de données, la gestion du planning, et l'accès à la documentation, assurant ainsi une coordination et une sécurité des soins optimale. À la fin du traitement, un compte rendu est envoyé et conservé dans Orbis, garantissant la traçabilité et l'accessibilité des informations médicales du patient dans son dossier. Ce processus est soutenu par une cartographie détaillant l'ensemble des flux applicatifs.

B) Mise en place d'une démarche d'amélioration continue de l'activité

Dans le cadre du déploiement de l'activité de radiochirurgie, l'hôpital Lariboisière a pour mission d'assurer annuellement et de façon continue, le **suivi de la qualité de la pratique de l'activité de soins**, conformément au Code de la Santé Publique (Art. R. 6123-95) et aux critères fixés par la Haute Autorité de Santé pour certifier la qualité des soins et la sécurité des patients pris en charge au sein de l'établissement de santé.

L'activité de radiochirurgie exercée sur l'hôpital Lariboisière fait l'objet d'une **autorisation délivrée par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France**, suppléée par l'**autorisation de l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN)** nécessaire à l'exercice de la radiothérapie. Actuellement en cours d'évaluation, le processus d'autorisation de l'ASN a donné lieu à de nombreuses réunions avec l'équipe de radiophysiciens et de physiciens de l'hôpital Saint-Louis, où l'accent a été mis sur les enjeux de continuité entre les plages d'exercice de l'APHP et de l'Institut Hartmann. En effet, en conformité avec la décision du 6 avril 2021 de l'Autorité de Sûreté Nucléaire, il est du ressort du responsable de l'activité nucléaire d'établir et de s'assurer qu'un système de gestion de la qualité soit défini et mis en œuvre. Si le respect des objectifs de qualité implique l'engagement et l'implication de toutes les composantes professionnelles du service, des professionnels médicaux et paramédicaux aux personnels technique et administratif, la mission de responsable opérationnel de la qualité du GCS a été confiée au cadre de l'unité, en Assemblée Générale du GCS.

Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (Art. L. 6122-5), la direction qualité et gestion des risques de l'hôpital Lariboisière a engagé une réflexion quant à la **démarche d'évaluation quantitative et qualitative**, applicable à l'activité de radiochirurgie.

Concernant l'**évaluation quantitative** de l'activité, elle sera suivie à travers plusieurs indicateurs clés, tels que le nombre de patients et le nombre de séances pour chacun d'eux, le nombre de traitements, le nombre de préparations, l'origine géographique des patients, et le taux de lésions bénignes, mis en parallèle du taux de lésions malignes. Ces données seront suivies dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) par le médecin d'information médicale du GHU Nord. D'autres indicateurs seront identifiés et suivis de manière plus ponctuelle, en fonction des résultats des différents audits réalisés. Si leur pertinence est confirmée, ces indicateurs ponctuels pourront être intégrés de manière permanente au processus d'évaluation quantitative.

En matière d'**évaluation qualitative** de l'activité de radiochirurgie, l'élaboration de la démarche d'amélioration continue de la qualité mise en place au sein du plateau de radiochirurgie s'inscrit au cœur de la politique d'amélioration continue et des engagements qualité de l'hôpital.

(I) L'organisation systématique de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) avant la réalisation de tout traitement sur le ZAP-X est une étape cruciale pour garantir la qualité du parcours et la sécurité des soins dispensés. En réunissant les diverses spécialités concernées, la RCP permet une évaluation collective du dossier de chaque patient avant la validation d'une indication de traitement par le ZAP-X. Cette concertation multidisciplinaire assure que la décision thérapeutique repose sur une analyse rigoureuse, prenant en compte l'ensemble des données cliniques et d'imagerie. Cette étape contribue à minimiser les risques et à optimiser la précision du traitement, garantissant une prise en charge sécurisée et personnalisée.

(II) De manière opérationnelle, le Règlement Intérieur du GCS régissant l'organisation médicale, paramédicale et technique autour du ZAP-X fixe les **conditions de fonctionnement et les normes qualité à respecter pour la mise en route de l'appareil**, conformément aux recommandations fixées par l'IRSN (*Guide pour l'appropriation d'un changement technique ou matériel en radiothérapie*, 2021). Dans ce cadre, plusieurs mesures de contrôle qualité et de maintenance sont prévues, de manière à **être incluses dans la maquette** de fonctionnement quotidienne de l'appareil. Par ailleurs, un jour de fermeture par mois sera dédié aux contrôles qualité réglementaires de l'installation, conformément à la décision de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) du 28 février 2023, qui implique une vérification complète des paramètres mécaniques, dosimétriques et d'imagerie des installations de radiothérapie externe et de radiochirurgie. Enfin, des maintenances annuelles de l'appareil, requises par le constructeur, seront réalisées sur quatre périodes de deux jours par an pour assurer un fonctionnement optimal.

(III) Dans le cadre du début d'activité autour de l'appareil ZAP-X, une **montée en charge progressive de l'activité** est prévue au cours des deux premiers mois. Durant cette période, seuls les patients nécessitant un traitement en pluri-fractionné seront pris en charge. Cette approche permettra de suivre attentivement ces patients de manière régulière tout en assurant une gestion rigoureuse des risques associés à ce nouveau dispositif. Cette phase initiale vise à garantir la **sécurité** des individus pris en charge et à **ajuster les protocoles** au besoin, en fonction des retours d'expérience.

(IV) Des objectifs de sécurité des soins ont été définis sur la base d'une **cartographie des risques** élaborée avec les professionnels médicaux et paramédicaux qui participent au repérage et au traitement des patients. L'identification des différents risques a été recensée sur la base du parcours détaillé des patients, de son arrivée sur le plateau depuis son établissement de prise en charge initiale à son départ.

(V) Un protocole d'amélioration et d'analyse des pratiques a également été mis en place, définissant le cadre des **Comités de Retour d'Expérience (CREX)**, qui seront le lieu de discussion des événements indésirables déclarés par le personnel. Ces réunions se tiendront tous les deux mois. Réunissant médecins et membres de l'unité de physique, des **Revue de Morbidité et de Mortalité (RMM)** dédiées à la radiochirurgie seront organisées de façon mensuelle afin d'échanger sur des effets secondaires éventuels inattendus. Celles-ci s'articuleront avec le programme des RMM neurochirurgicales, dont l'organisation est déjà bien établie avec les médecins du service (internes, chefs de clinique, assistants, praticiens hospitaliers et professeurs des universités-praticiens hospitaliers).

De façon globale, les directions Qualité de l'hôpital Lariboisière et de l'institut Hartmann s'attacheront à suivre les **indicateurs nationaux de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS)** fixés par la Haute Autorité de Santé, notamment les indicateurs de prévention des infections nosocomiales et les indices de satisfaction des patients quant à leur prise en charge et leur parcours de soins.

**

Dans le cadre de la mise en place du GCS Radiochirurgie Paris Nord, le rôle du Directeur d'hôpital a été déterminant pour coordonner efficacement la collaboration. Cette expérience met en lumière l'importance de la fonction de directeur dans le développement de telles initiatives. La troisième partie de ce mémoire s'attachera donc à analyser plus en détails comment ce positionnement stratégique permet de capitaliser sur les coopérations entre établissements de santé publics et privés, au sein d'un même territoire.

**

3 Capitaliser sur la coopération entre deux établissements de santé public et privé d'un même territoire : le rôle du directeur d'hôpital

Fruit de la collaboration entre les équipes de Lariboisière, de Saint-Louis et de l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann, le GCS Radiochirurgie Paris Nord est un exemple de coopération réussie entre établissements public et privé, dans le but d'acquérir un équipement de pointe et d'enrichir l'offre de soins disponible pour la population du territoire. Dans ce cadre, les équipes de direction de Lariboisière et de l'Institut Hartmann ont pu bénéficier de l'expérience d'un autre GCS actif au sein du GHU Nord (le GCS BIM liant les hôpitaux Bichat et Beaujon à l'Institut Hartmann), ainsi que de ses parties prenantes aussi investies dans le projet de GCS Radiochirurgie Paris Nord. Cette expérience antérieure a contribué à permettre d'identifier et d'éviter certains écueils, tout en favorisant le développement de nouvelles bonnes pratiques.

3.1 La nécessité d'identifier et d'anticiper les écueils potentiels

3.1.1 Face aux différences organisationnelles, l'enjeu de bien intégrer et de communiquer pour favoriser l'adhésion des équipes au projet

La coopération entre établissements de santé publics et privés présente des défis significatifs en termes d'intégration et d'harmonisation entre deux modes de fonctionnement différents, d'autant plus lorsqu'elle implique **l'intégration d'une activité** dans une des deux structures et la **mutualisation de ressources humaines**. Cela requiert en effet de redoubler d'attention et de communication envers les équipes afin de s'assurer de leur compréhension et de leur adhésion aux éventuels changements d'organisation qui s'annoncent.

Dans le cadre d'une collaboration entre un établissement de santé public et une structure privée, l'un des premiers obstacles à surmonter est la **divergence des pratiques**, généralement ancrées dans le fonctionnement quotidien de chaque structure et pouvant se manifester à plusieurs niveaux. Cela peut notamment concerner les processus de travail, en termes de gestion des flux de patients, de gestion des ressources humaines et matérielles, mais aussi les protocoles de soins. Si les standards et engagements de qualité des soins restent identiques, les structures publiques comme privées étant toutes deux soumises aux mêmes exigences de la Certification pour la qualité des soins de la Haute Autorité de Santé (HAS), les procédures médicales ou certains protocoles de traitement peuvent différer. Il y a donc un enjeu d'harmonisation des protocoles sans aliéner les

professionnels de santé habitués à certaines pratiques ou créer un sentiment de perte d'identité professionnelle ou institutionnelle.

Les **différences d'outils et de logiciels informatiques** utilisés peuvent aussi constituer un défi technique important, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une activité collaborative telle que celle mis en place sur le site Lariboisière. Anticiper cet écueil est particulièrement nécessaire pour assurer une fluidité des parcours de soins, garantir la communication des données de santé du patient mais aussi pour assurer la remontée des données d'activité. Dans le cadre du GCS Radiochirurgie Paris Nord, la gouvernance a choisi d'investir dans un **logiciel d'interfaçage** permettant aux logiciels propres à chaque établissement d'accéder aux dossiers médicaux des patients pris en charge sur le ZAP-X.

Enfin, **appréhender différentes cultures organisationnelles** représente aussi un défi significatif, avec des valeurs, des normes comportementales et des critères de performances pouvant varier entre établissements publics et privés (*Perry et al., 1998*). Ceci est particulièrement le cas lors d'une collaboration menée dans le cadre d'une reprise d'activité, comme ce fut le cas à l'hôpital Bichat-Claude Bernard (AP-HP) où, en raison de difficultés aiguës à recruter des manipulateurs en électroradiologie médicale pour le fonctionnement du scanner, la direction de l'hôpital a fait le choix de coopérer plus largement avec l'Institut Hartmann dans le cadre d'un partenariat déjà installé, pour mutualiser les ressources humaines et maintenir l'activité. Des inégalités peuvent être perçues entre les personnels des secteurs public et privé, liées aux différences de statuts, de rémunération ou d'éventuels autres avantages. Sans une communication adaptée et un accompagnement personnalisé des équipes touchées par ce changement organisationnel, ces différences culturelles peuvent amener des tensions, des malentendus et d'éventuels conflits entre les membres de l'équipe, et peuvent constituer un obstacle à une collaboration efficace.

“Au départ, la cheffe de service était particulièrement réfractaire à l'intégration d'un nouvel équipement au sein de son service, mais géré par une équipe de professionnels paramédicaux recrutés dans le cadre du GCS BIM. Finalement, au fil de multiples échanges et de son inclusion dans tous les processus décisionnels et d'implémentation de l'activité, celle-ci a eu un rôle moteur dans l'intégration des nouveaux membres et dans la cohésion d'équipe” -

Extrait d'entretien

Par ailleurs, il est nécessaire de gérer et d'anticiper un **phénomène de résistance au changement** pouvant émerger au sein des équipes médicales et paramédicales. Cela nécessite des efforts d'autant plus importants de communication auprès d'elles mais aussi

des actions favorisant l'engagement et l'implication des équipes dans l'accompagnement au changement induit.

3.1.2 Comprendre et apprivoiser les subtilités juridiques et réglementaires particulières aux GCS

La mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) impliquant un établissement de santé public implique de s'imprégner des **notions juridiques et administratives particulières** s'appliquant à ce type de coopération. La compréhension approfondie par tous les membres du groupement est indispensable pour éviter les erreurs de mise en œuvre et assurer la conformité du groupement.

Les premiers défis administratifs peuvent apparaître au moment de la constitution du GCS, nécessitant une coordination des différents acteurs, un accord sur les différentes modalités réglementaires et la répartition des droits sociaux notamment. Lorsqu'il s'agit d'une coopération impliquant la mutualisation de personnels, la gestion des ressources humaines peut s'avérer délicate, particulièrement lorsqu'il s'agit de gérer du personnel issu des secteurs public et privé au sein d'une même structure.

“ La répartition des droits sociaux au sein du GCS a fait l'objet de plusieurs discussions ayant abouti à une attribution majoritaire des parts en faveur de l'AP-HP. Cette répartition a fini par recevoir un avis favorable de notre part, dans un cadre où la convention constitutive est possiblement évolutive” -

Extrait d'un entretien

La gouvernance du GCS représente par ailleurs un autre défi : cela implique dans un premier temps et dans le cadre de sa constitution, la prise en compte de différentes structures hiérarchiques et de **différents processus de prise de décisions**. Les niveaux d'autonomie peuvent varier, de même que certains mécanismes de responsabilités. Une gouvernance efficace nécessite dans un second temps l'entente de l'ensemble de ses membres au sein de l'Assemblée Générale, de professions - administratives ou médicales- et de structures différentes. Selon sa nature juridique, le GCS doit par ailleurs appliquer les règles de la comptabilité publique ou privée. Dans le cadre du GCS Radiochirurgie Paris Nord, le choix s'est porté sur une **qualification de droit privé**, bien que l'AP-HP soit détenteur majoritaire des droits sociaux du groupement, afin d'opter pour une gestion facilitée de la comptabilité du groupement. Anticiper les différentes normes et définitions administratives propres à la coopération entre deux établissements de santé est ainsi essentielle pour le fonctionnement efficient du GCS. La mise en place de dispositifs de

simplification du cadre légal et d'accompagnement de la structure, telle que la formation d'une équipe dédiée à la gestion administrative du GCS composée de professionnels des deux entités, peut être l'une des initiatives prises en ce sens.

Enfin, le maintien d'un **dialogue constant avec les autorités de tutelle**, notamment l'Agence Régionale de Santé mais aussi l'Autorité de Sûreté Nucléaire dans le cadre de l'autorisation d'une activité de radiochirurgie, est essentielle. Cela permet d'anticiper les éventuelles difficultés et d'assurer un suivi du dossier qui faciliteront son avancement ensuite.

3.1.3 Assurer une stabilité managériale

La **stabilité managériale** est un facteur déterminant pour assurer le succès et la pérennité d'une coopération entre établissements de santé, et ceci pour éviter des retards d'organisation, des pertes d'efficacité ou une perte de confiance parmi le personnel engagé dans le cadre de cette collaboration. Ce **leadership** doit inspirer confiance et incarner la vision et les objectifs du projet, tout en s'adaptant continuellement aux défis qui pourraient surgir à l'instar de toute activité hospitalière.

Dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire initié par un projet médical et au portage médical fort, comme celui de Lariboisière, la stabilité managériale passe avant tout par un leadership médico-administratif stable. Cela repose sur une collaboration étroite entre la direction de l'hôpital et les responsables médicaux porteurs du projet, formulant la garantie que les décisions prises prennent en compte à la fois les impératifs cliniques et les contraintes organisationnelles. Cela nécessite une communication fluide et continue, facilitée par un schéma de gouvernance clair et bien défini, mettant en place des comités restreints pour les discussions et prises de décisions.

Cet enjeu de stabilité managériale contribue aussi à renforcer les **mécanismes de contrôle et d'amélioration de la performance** au sein du GCS, en tant que **méta-organisation** (V. Leys, P Joffre, 2014). Ce type de structure caractérisant une organisation dont les membres sont eux-mêmes des organisations et non des individus, facilite en effet la mise en place de standards communs, la diffusion de bonnes pratiques et favorise l'amélioration continue.

“Le turn over de l'équipe de direction est un phénomène fréquent, nécessitant de remettre à jour régulièrement les connaissances de chacun et de réexpliquer le fonctionnement d'un GCS. J'ai tout de même remarqué, à l'occasion du dernier changement de direction, un virage dans la volonté d'accompagner le GCS sur le plan stratégique mais aussi

opérationnel. Il y a désormais des échanges très réguliers entre la direction de l'hôpital et l'équipe opérationnelle du GCS, et un vrai accompagnement". -

Extrait d'un entretien

Si assurer une stabilité managériale est capitale, en garantir la continuité l'est aussi, en cas de départ inopiné d'un des membres de l'équipe restreinte, de l'administrateur du GCS ou du directeur médical notamment. Ceci passe par l'inclusion de plusieurs membres de l'équipe de direction des structures dans les réunions restreintes, en tant que personnes susceptibles de reprendre le leadership du projet. Une bonne communication entre membres de l'équipe de direction est nécessaire pour assurer un remplacement inopiné. De plus, la stabilité et la continuité managériale facilitent les échanges avec les pouvoirs publics, et permettent de maintenir une certaine cohérence dans les relations entretenues avec les autorités de tutelle. Le recrutement de nouvelles personnes engagées dans le GCS peut aussi faire l'objet de programmes de mentorat, ou de formations ciblées (*Leys et al., 2014*).

Enfin, la stabilité managériale est l'une des conditions nécessaires au passage d'une **coopération inter-individuelle** à une **coopération inter-organisationnelle** (*Yatim et al., 2021*). La coopération entre individus est régie par trois dimensions principales, à savoir politique - *relative à la légitimité et au projet personnel* -, identitaire - *relative à l'identification professionnelle* - et représentationnelle, en jouant un rôle dans l'avancée de la coopération (*Soparnot et al., 2018*). La coopération inter-organisationnelle considère davantage les enjeux liés à la rareté des ressources, au pouvoir et à la légitimation, et implique la création et l'organisation de savoirs et de savoirs-faire nouveaux pour rendre les ressources productives. Dans un contexte de GCS, ces dynamiques s'entremêlent, créant un environnement où la stabilité managériale et la confiance inhérente jouent un rôle important. Gérer ces dimensions facilite la création d'une vision commune et d'une coordination efficace, essentielle au maintien d'une qualité des soins optimale pour les patients.

3.2 Le rôle du directeur d'hôpital dans l'établissement d'une coopération territoriale pérenne et efficiente : quelques bonnes pratiques et préconisations

Dans le cadre du développement d'une coopération territoriale associant un établissement public de santé, le rôle du directeur d'hôpital est pivot et multifacette. Les bonnes pratiques et préconisations présentées dans cette partie s'appuient sur l'expérience

concrète acquise au cours de la mise en route du GCS Radiochirurgie Paris Nord, appuyée par des éléments et outils mis à disposition par les agences de santé dans le cadre de la construction de collaborations entre acteurs de santé.

3.2.1 Établir une organisation claire et une feuille de route partagée

Dans le cadre de la mise en route d'un Groupement de Coopération Sanitaire ayant pour objet l'ouverture d'une nouvelle activité, la définition d'une organisation claire et le partage d'une feuille de route aux objectifs lisibles et compris de tous, est une étape fondamentale.

Le directeur d'hôpital doit s'atteler dans un premier temps à la définition d'objectifs clairs et mesurables, en lien avec la direction des autres structures associées dans le GCS et les porteurs médicaux du projet. Cette approche collaborative permet de garantir un alignement des priorités entre les différents acteurs investis dans le GCS et de définir des objectifs dits SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, et Temporellement définis), à l'image des ambitions du projet médical à l'origine du GCS. Cela peut notamment concerner l'amélioration de la qualité des soins ou de l'optimisation des ressources, mais aussi les objectifs d'accès aux soins et de répartition de l'offre sur le territoire.

La définition de ces objectifs permet de structurer l'organisation du GCS, ainsi que les rôles et les responsabilités de chaque acteur impliqué au sein de cette coopération. Un point crucial de cette structuration reste **le bon fonctionnement et l'intégration d'un binôme médico-administratif**, permettant d'équilibrer les perspectives administratives et médicales dans la prise de décision et de s'assurer de l'alignement des arbitrages pris. La cohésion médico-administrative, entre la directrice d'hôpital, administratrice du GCS et le directeur médical du GCS a été et reste l'un des éléments fondamentaux à la bonne conduite de ce projet complexe mené à Lariboisière. Cette relation se traduit de manière informelle et formelle, lors de la présentation et de la tenue des réunions et instances du GCS notamment.

Dans la continuité de ce processus, l'élaboration d'une **feuille de route détaillée et partagée** à tous permet d'associer le travail collaboratif mené et de faire valider collectivement les objectifs énoncés et les différentes étapes intermédiaires et nécessaires à mener pour conduire ce projet à son terme. La feuille de route doit inclure les échéances précises des actions à mener, les ressources nécessaires, les responsables de chaque action, des indicateurs de suivi ainsi que les critères réglementaires éventuels pour chaque étape, notamment si l'une d'elles nécessite un vote en Assemblée Générale du GCS. Ce document stratégique permet d'asseoir la vision commune de la trajectoire à suivre.

3.2.2 Instaurer un management de proximité dès le lancement du projet, tout en renforçant en continu la communication interne

Dans le cadre d'une coopération territoriale alliant plusieurs acteurs au fonctionnement distinct, il est important de ne pas sous-estimer l'impact d'une mauvaise communication interne entre les membres de l'équipe restreinte pilote du GCS. Ainsi, le directeur d'hôpital doit s'attacher à mettre en place des **canaux de communication efficaces**, incluant à la fois les représentants médicaux et administratifs mais aussi les autres parties prenantes du projet si le sujet traité vient à impliquer leur organisation propre. Dans ce cadre, la structuration de **réunions thématiques**, à l'ordre du jour prédéfini, est un point important pour l'amélioration de la dynamique des échanges. La définition claire des rôles et des missions de chacun résulte d'un **management de proximité** qu'il apparaît nécessaire d'exercer durant la phase de lancement du projet. Cette approche s'apparentant parfois au micro-management, est nécessaire pour s'assurer de l'avancement des sujets et de la tenue des délais. C'est l'orientation prise par la Directrice de l'hôpital Lariboisière en systématisant la tenue de réunions restreintes bimensuelles, visant à traiter des sujets courants en amont des Comités de Pilotage réunissant une assemblée plus large. La tenue de ces réunions en petit comité, très appréciées des équipes et notamment des porteurs médicaux, a commencé lors de la rédaction de la convention constitutive et s'est maintenue dans le cadre de l'opérationnalisation du GCS. Elles favorisent une communication fluide et une proximité entre les différents collaborateurs, une **prise de décision agile** et un **suivi rapproché** du projet sur ces différents axes.

Fournir un soutien et une présence constante aux équipes va de pair avec la promotion d'une communication transparente, qui contribue à renforcer la confiance et l'engagement des acteurs impliqués dans le projet de coopération. Cela peut se traduire par la systématisation des "feedback" ou des retours réguliers de la part du directeur d'hôpital mais aussi des différents professionnels en charge d'actions spécifiques, permettant d'ajuster les stratégies en temps réel et de les rendre adaptables. Une communication "fréquente, opportune et précise" (*Gittell et al., 2010*) est un élément clé de la coordination relationnelle, qui contribue à l'amélioration de l'efficacité organisationnelle et, *in fine*, à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge.

3.2.3 Adopter et promouvoir le développement d'une culture commune, de partage et de création de valeur

Une coopération territoriale entre deux établissements ne peut être construite sans se fonder sur des valeurs communes, motivées par le partage et la création de valeur. La volonté de "travailler ensemble" est d'ailleurs la pierre angulaire de la réussite d'un projet

de coopération territoriale, notamment dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

“Il ne fait aucun doute que l'avancement de ce projet repose sur l'envie de tous de travailler ensemble et de proposer à nos patients, une offre de soins améliorée. Une coopération territoriale est guidée par un objectif d'amélioration de la qualité de prise en charge de patients. Tant que cela reste notre objectif N°1, nous avancerons dans le même sens.” -

Extrait d'un entretien

Dans ce cadre, le directeur d'hôpital a un rôle moteur dans la **promotion de valeurs communes** qui guideront les différents avancements et arbitrages du projet. Implanter une culture commune ne se décrète pas, il s'agit d'une **démarche volontariste qui se construit progressivement**, sur la base de travaux continus de communication, de formation et d'échanges entre les équipes (Meriade et al., 2023). En d'autres mots, la coopération s'appuie en effet sur des notions de **“confiance mutuelle”** et d’**“objectifs communs”** : à ce titre, le projet d'une nouvelle activité de radiochirurgie, mené conjointement par les équipes médico-administratives, est guidé par l'innovation et une offre de soins enrichie pour la population francilienne. En cultivant cette synergie entre les acteurs, le directeur d'hôpital ne se contente pas de faciliter la réussite du projet immédiat, mais contribue aussi à façonner un modèle et un **esprit de coopération durable et efficace**, et place l'établissement au cœur d'une stratégie capable de répondre aux défis futurs du système de santé.

Sur le terrain, la réussite d'une coopération territoriale implique aussi la constitution d'un **collectif**, auquel prennent part les personnels médical, paramédical, technique et administratif intervenant dans le service. Cette dimension est particulièrement importante dans le cadre d'une coexistence de professionnels régis par deux fonctionnements différents au sein d'un même service.

*« Nous avons accordé beaucoup d'importance à l'**accompagnement des équipes**, dans le cadre de l'arrivée de l'équipement TEP Scan au sein du service de médecine nucléaire de l'hôpital. Les professionnels recrutés par le GCS dans le cadre de cette activité préciseront travailleront au sein d'un service de l'hôpital au fonctionnement classique. Avant la mise en route de l'activité, nous avons donc choisi de fermer le service totalement afin d'organiser une **journée d'intégration** et une « **Team Building** » afin de favoriser la connaissance de tous. Cet événement a réuni la cheffe de service, les*

équipes médicales et paramédicales et toute personne travaillant au service. Cela a été très apprécié par les équipes et a posé les bases d'un fonctionnement sain » -

Extrait d'un entretien

3.2.4 Maintenir un dialogue social actif et constructif

Dans le cadre d'une coopération territoriale impactant l'établissement de santé par des changements importants (impact sur l'activité, réalisation de travaux pouvant impacter le fonctionnement normal des unités ...), le maintien d'un dialogue social actif et constructif ne pourrait être sous-estimé dans la mise en place et la pérennisation d'une coopération territoriale efficace. Ceci est d'autant plus fondamental lorsqu'elle implique des investissements financiers conséquents et une collaboration avec un établissement privé à but lucratif, pouvant être mal comprise par les équipes soignantes à l'hôpital public. L'organisation de réunions régulières thématiques avec les partenaires sociaux apparaît être un moyen de communiquer ouvertement et de manière transparente sur le projet, tout en suscitant la compréhension et l'adhésion. Ces réunions peuvent se dérouler en amont d'un passage en Formation Spécialisée (F3SCT, équivalent du Comité Social d'Établissement à l'échelle du site, au niveau de l'AP-HP), sur des sujets précis à l'ordre du jour, notamment concernant les travaux.

Une **approche proactive** du dialogue social contribue aussi à créer un environnement de travail collaboratif. Elle peut se manifester de diverses manières, à l'instar de l'initiative prise par la direction de l'hôpital Lariboisière face à quelques plaintes de soignants concernant le niveau de bruit généré par les travaux nécessaires à l'installation de la nouvelle activité de radiochirurgie. La direction a pris l'initiative d'effectuer des tests acoustiques simulant les conditions de chantier, dans le but de déterminer le degré de nuisance sonore pour les services hospitaliers attenants et de s'assurer que le bruit occasionné n'affecte ni la qualité de vie au travail des professionnels, ni la qualité de prise en charge des patients. Cette initiative s'inscrit dans une double démarche : d'une part, une **approche préventive et participative au dialogue social** ; d'autre part, elle témoigne d'un **souhait d'anticiper les risques potentiels** liés aux changements organisationnels inhérents à la transformation d'activités au sein d'un site hospitalier.

Enfin, le maintien du dialogue social s'accompagne nécessairement d'une **communication externe efficace**, ouverte à l'ensemble des professionnels du site. Cette communication élargie poursuit un triple objectif : informer, susciter l'adhésion et favoriser la compréhension des enjeux et des décisions prises. L'intégration et la formalisation de points dédiés en instances de site, telles qu'en Bureau Exécutif (regroupant la direction, les

chefs de service et les cadres supérieurs) et en Assemblée de site, constituent une opportunité pour assurer une diffusion large et efficace de l'information.

Conclusion

Les mécanismes de coopération territoriale s'imposent comme des leviers incontournables de transformation et d'enrichissement de l'offre de soins à l'échelle du territoire, au profit de ses habitants. En permettant de surmonter les limites structurelles de la collaboration et d'optimiser les ressources disponibles dans chacune des structures collaboratrices, les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) jouent un rôle central dans cette dynamique. En ce sens, le GCS Radiochirurgie Paris Nord incarne particulièrement cette capacité à répondre efficacement aux besoins croissants de la population et du système de santé.

Fruit d'une collaboration entre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Institut de Radiothérapie et de Radiochirurgie Hartmann, ce projet démontre l'impact positif des coopérations territoriales sur l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés, lorsque celles-ci sont bien orchestrées et bien pilotées. En s'appuyant sur un historique de collaborations et en intégrant des équipements innovants comme le ZAP-X, le GCS Radiochirurgie Paris Nord répond à des besoins spécifiques médicaux et populationnels spécifiques, tout en s'inscrivant dans une logique de complémentarité avec l'offre existante.

Néanmoins, la mise en œuvre de tels projets comporte des défis, notamment en matière de gouvernance partagée claire et efficace, de communication transparente et une gestion rigoureuse des ressources financières lorsqu'il est question d'investissements conséquents. Dans ce cadre, le rôle du directeur d'hôpital est central : il agit comme un facilitateur pour instaurer une culture de collaboration et promouvoir une vision commune orientée vers l'amélioration continue de la qualité des soins et l'intérêt général. Les projets de coopération territoriale, particulièrement dans le cadre d'un GCS, requièrent des compétences stratégiques multiples, liées à la mutualisation des équipements et de personnel, à la soutenabilité économique et financière d'un projet et aux enjeux de gestion des ressources humaines. Ce mémoire a démontré les divers bénéfices d'un partenariat entre les secteurs hospitaliers public et privé, à condition qu'ils soient soigneusement gérés pour éviter les déséquilibres et garantir que les objectifs de santé publique et l'intérêt des patients restent prioritaires.

En conclusion, les Groupements de Coopération Sanitaire et particulièrement le GCS Radiochirurgie Paris Nord dont l'exemple a irrigué cet écrit, démontrent le potentiel des coopérations territoriales pour transformer l'offre de soins et relever les défis contemporains du système de santé. Ils représentent une voie prometteuse pour renforcer la complémentarité entre secteurs public et privé, tout en plaçant le patient au cœur des préoccupations. Le développement de telles initiatives doit être encouragé, pour répondre aux besoins immédiats de santé mais aussi pour anticiper les évolutions futures du paysage sanitaire. En ce sens, **les coopérations territoriales ne sont-elles pas l'une des**

réponses à apporter pour pallier certaines complexités inhérentes au service public ? « La mission du service public est de transformer la complexité en simplicité pour l'utilisateur », a souligné Didier Tabuteau, Vice-Président du Conseil d'État, lors des 29èmes rencontres des acteurs publics en octobre 2023. Dans cette perspective, les coopérations territoriales, en dépassant les logiques institutionnelles au profit d'une approche territoriale et de parcours de soins, offrent une opportunité de simplifier et d'améliorer l'accès des usagers aux services de santé.

Bibliographie

Articles scientifiques :

- GITTELL J. H., SEIDNER R., WIMBUSH J., 2010, « A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work », *Organization Science*, vol. 21, n° 2, p. 490-506.
- GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011, « La question des regroupements/mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management & Avenir*, vol. 7, n° 47, p. 147-164.
- MÉRIADE L., NAUTRE B., ROCHETTE C., 2023, « Public-Privé, les frontières tombent : quelle construction d'une culture commune au sein d'un groupement de coopération sanitaire ? Les apports d'une recherche-action », *Gestion et management public*, vol. 11, n° 2, p. 31-54.
- PÉREZ A., 2014, « Méta-organisations et évolution des pratiques managériales », *Revue française de gestion*, vol. 40, n° 241, p. 121-136.
- PERRY J. L., RAINEY H. G., 1988, « The Public-Private Distinction in Organization Theory: A Critique and Research Strategy », *Academy of Management Review*, vol. 13, n° 2, p. 182-201.
- ROUTELOUS C., VEDEL I., LAPOINTE L., 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, vol. 7, n° 47, p. 147-164.
- YATIM F., SEBAI J., 2021, « Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France », *Gestion et management public*, vol. 9, n° 3, p. 47-64.

Articles de presse :

- BANQUE DES TERRITOIRES, 2013, « Un groupement d'employeurs dédié au secteur médico-social prend son essor dans le Finistère », *Caisse des dépôts*.
- BOTELLA B., 2023, « Didier-Roland Tabuteau : "La mission du service public est de transformer la complexité en simplicité pour l'utilisateur" », *Acteurs Publics*.
- GEY-COUÉ M., 2020, « La coopération en imagerie médicale : des montages juridiques à foison pour autant de projets, comment s'y retrouver ? », *CNEH*.
- KERSAUZE P., 2010, « Le GCS, une opportunité pour renforcer le contrôle de gestion », *Finances Hospitalières*.
- MEUNIER A., 2019, « Favoriser la coopération au service du patient », *Gestions Hospitalières*, n° 590, p. 556-559.
- ROUTELOUS C., 2013, « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions Hospitalières*, n° 530, p. 561-565.

Rapports administratifs ou de recherche :

- ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales - Volume 1* [en ligne, mis à jour en 2022]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales-volume-1/>

- ANAP, 2023, *Évaluer les besoins en temps médical en établissement de santé* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://anap.fr/s/article/ressourceshumaines-publication-2730>
- AP-HP, Hôpitaux de Paris Nord, Université de Paris Cité, 2021, *Projet d'établissement 2021-2025* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://hopitauxnord-u-pariscite.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/69/files/2021/11/FINAL_BASSE-DEF_PROJET_ETABLISSEMENT_2021_2025_AP_HP_NORD.pdf
- Cour des Comptes, 2023, *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-etablissements-de-sante-publics-et-privés-entre-concurrence-et-complementarite>
- DREES, 2024. *Les établissements de santé - édition 2022*, Panoramas de la DREES-Santé, 220 p [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
- Haute Autorité de Santé, 2023, *Manuel de certification des établissements de santé – Version 2024*. en ligne]. [Consulté le 1^{er} avril 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf
-
- Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), 2021, *Guide pour l'appropriation d'un changement technique ou matériel en radiothérapie* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.irsn.fr/sites/default/files/documents/expertise/rapports_expertise/IRSN_Guide-pour-appropriation-changement-technique-ou-materiel-en-radiotherapie-web.pdf
- JOMIER B., DEROCHE C., 2022, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, Sénat, n° 587, 250 p. [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014, *Fiche technique 1 : La convention constitutive du GCS* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_1_-_la_convention_constitutive_des_gcs.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018, *Quels facteurs-clés de succès à réunir pour mobiliser les acteurs ?* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fr_14_-_facteurs_cles_de_succes_v2.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), 2018, *Les chiffres clés de l'offre de soins* [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
- VALLANCIEN G., 2006, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France* [en ligne]. Rapport à l'attention du Ministre de la Santé et des Solidarités. [Consulté le 28 août 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/064000350.pdf>

Textes législatifs ou réglementaires :

- ANSM, 2023, *Décision du 28 février 2023 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de radiothérapie externe et de radiochirurgie*.
- CONSEIL D'ÉTAT, 2020, *Décision n° 427782 du 10 juillet 2020*, Légifrance.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.

Liste des annexes

Annexe 1 : Panorama des coopérations territoriales en santé en France

Source : Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

Il existe actuellement plusieurs formes de coopérations possibles pour les acteurs souhaitant collaborer au sein d'un même territoire. Voici un état des lieux des principales formules de coopération possibles, distinguant les coopérations dites **conventionnelles** et **organiques** :

→ **Formes de coopération conventionnelles**

La communauté Hospitalière de Territoire (CHT) : Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la CHT regroupe plusieurs établissements publics de santé au sein d'un même territoire. Sa finalité est la recherche de la meilleure allocation des ressources, la complémentarité entre les acteurs et une meilleure performance des établissements. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

La convention : La convention reste le principal outil de coopération entre acteurs, dont les modalités sont régies par l'article L. 6134-1 du Code de la Santé Publique. Reposant sur le principe de liberté contractuelle et d'utilisation très souple, elle repose sur le libre accord des parties.

La fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) : Seuls les centres hospitaliers publics peuvent participer à des fédérations médicales inter-hospitalières (Article L. 6135-1 du CSP). Sur le support d'une convention, elle permet à plusieurs hôpitaux de collaborer sur des projets médicaux communs, favorisant ainsi le partage de compétences médicales et techniques tout en maintenant l'autonomie de chaque établissement.

→ **Formes de coopération organiques**

Le groupement de Coopération Sanitaire (GCS) (explicité précisément dans ce mémoire)

Le groupement d'Intérêt Public (GIP) : Le groupement d'intérêt public (GIP) est doté de la personnalité morale de droit public. Il s'adresse exclusivement à des personnes morales, de droit public ou de droit privé. Permettant notamment de gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun, il peut détenir une autorisation d'équipements matériels lourds mais pas d'autorisation d'activités de soins.

Nota Bene : Depuis 2012, les syndicats inter hospitaliers, supprimés par la loi HPST de 2009, ont été progressivement transformés en GIP et GCS, pour répondre aux nouvelles exigences de coopération, dans un cadre plus structuré et adapté aux projets actuels.

Le groupement d'Intérêt Économique (GIE) : Créé par l'ordonnance du 23 septembre 1967, le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) est une structure de coopération entre entreprises ou établissements, publics ou privés, pour développer une activité économique commune sans pour autant créer une nouvelle entité. Le GIE est doté de la personnalité morale de droit privé. Il s'agit d'un outil juridique et économique non dédié au secteur sanitaire, même si l'on trouve un certain nombre de GIE portant sur la gestion partagée de moyens logistiques ou techniques.

Le groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) : Établi par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le GCSMS a pour objectif de mutualiser les moyens et de coordonner les actions des acteurs de l'action sociale et médico-sociale. Ses membres peuvent être des personnes morales ou physiques, de droit public ou de droit privé. Le GCSMS a notamment pour objet de permettre des interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, d'exercer une mission ou une prestation exercée par l'un de ses membres et de détenir, à ce titre, les autorisations afférentes.

Annexe 2 : Illustrations complémentaires de l'équipement ZAP-X et de son fonctionnement

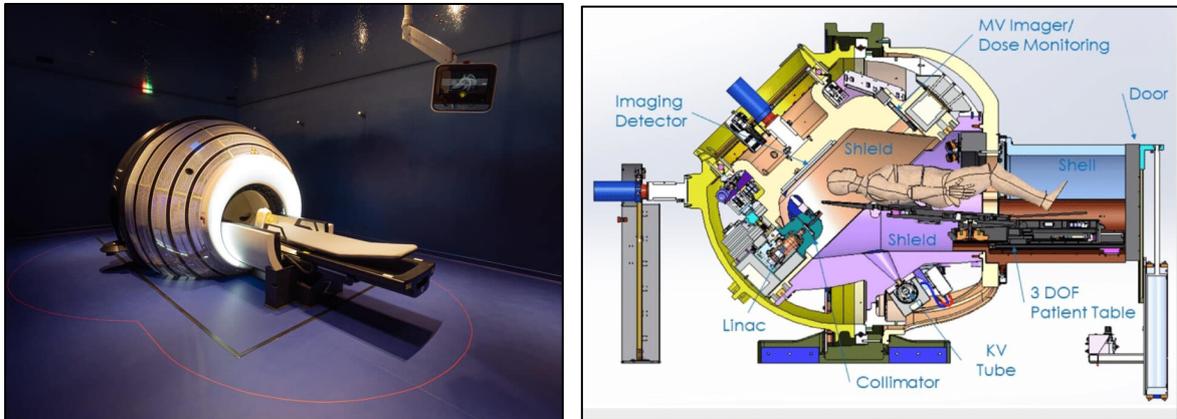


Figure 1 : Équipement ZAP-X installé au sein du Centre de Cancérologie de la Porte de Saint-Cloud, complété par un schéma explicatif du fonctionnement de l'appareil

Source : zapsurgical.com

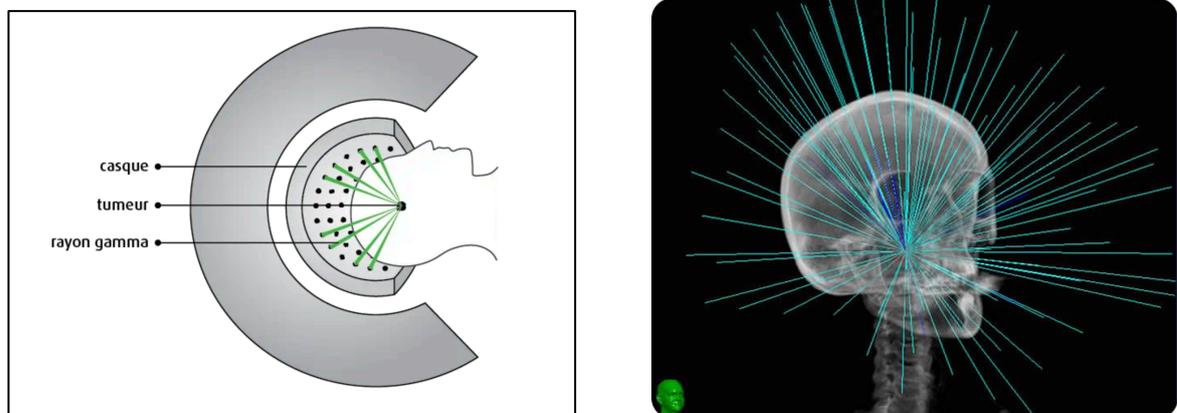


Figure 2 : Schéma représentant l'action de l'appareil de radiochirurgie (gauche : Gamma Knife ; droite : ZAP-X) dans le cadre de traitement de tumeurs intracrâniennes

Source : Cancer.ca

Annexe 3 : Extrait du scénario d'implantation de l'équipement ZAP-X, au sein du site Lariboisière de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal

Source : AP-HP

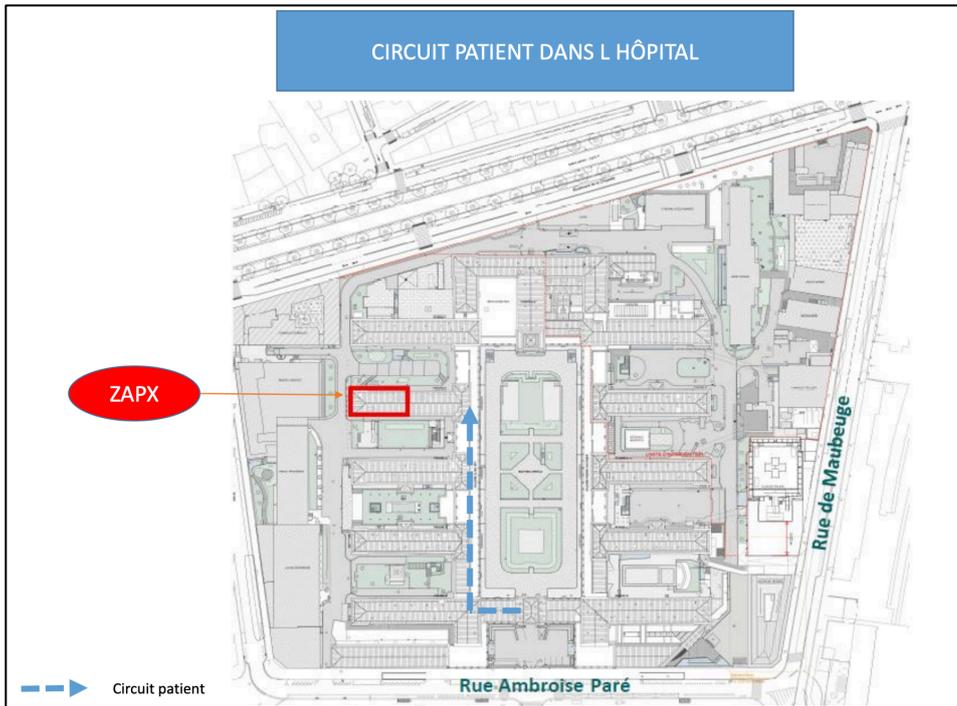


Figure 1 : Plan du site Lariboisière (10^{ème} arrondissement de Paris), indiquant l'emplacement futur de l'activité de radiochirurgie

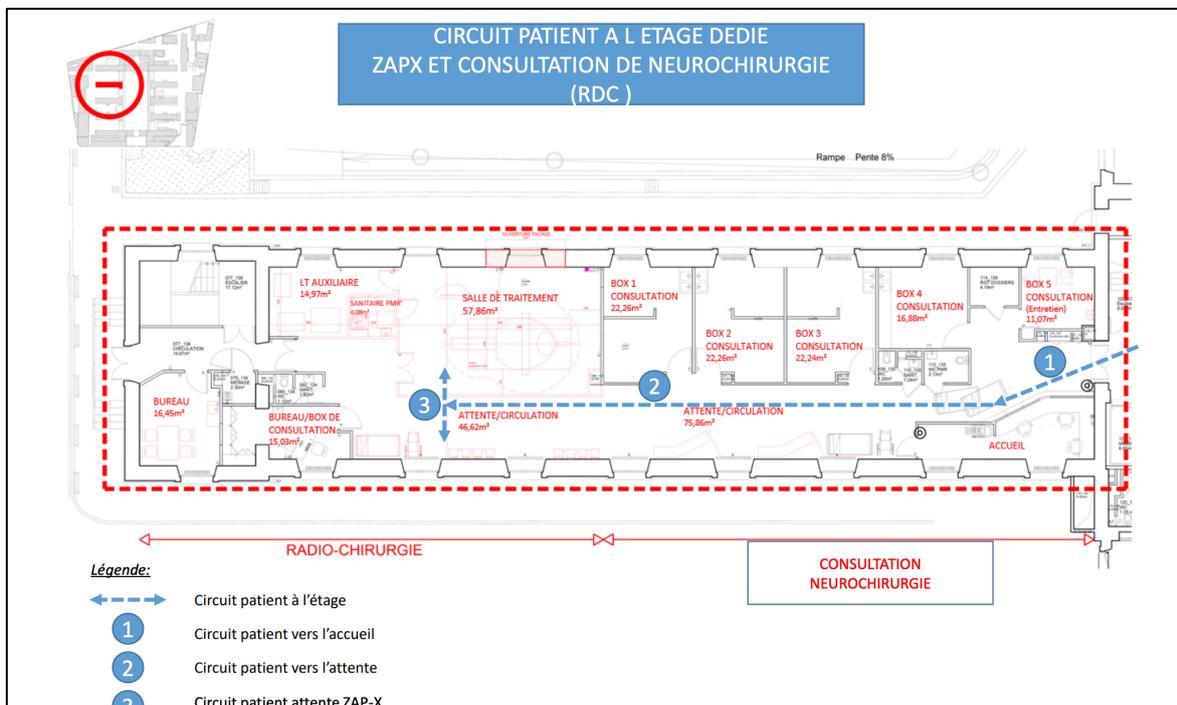
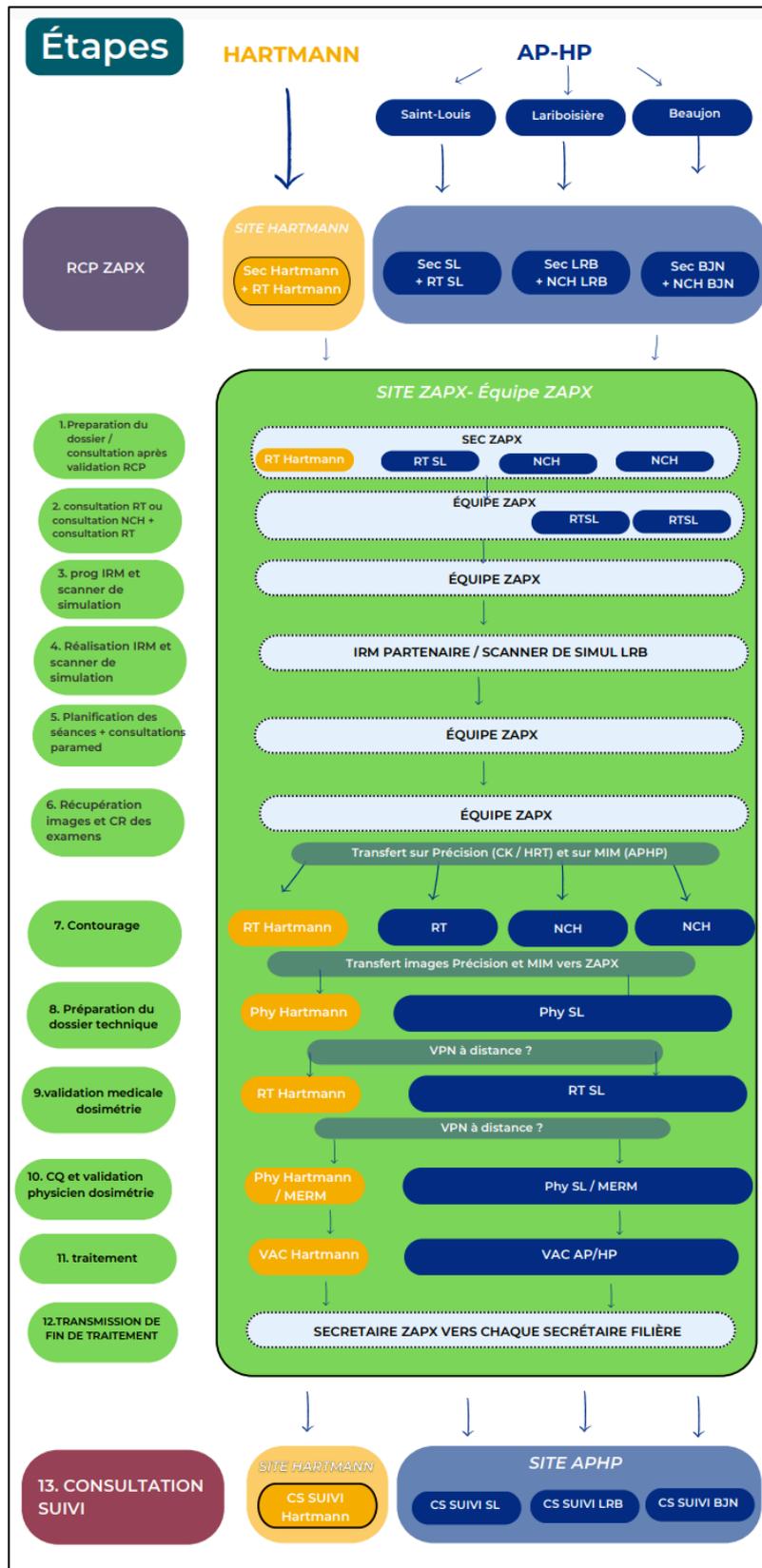


Figure 2 : Modélisation du circuit du patient à l'étage dédié au ZAP-X et à la consultation de neurochirurgie

Annexe 4 : Illustration du parcours-patient dans le cadre d'une prise en charge sur le ZAP-X

Source : Direction de la Communication, GHU APHP Nord



BACH	Noa	Octobre 2024
Directeur d'hôpital Promotion 2023-2024		
Les coopérations territoriales public-privé : enjeux et bénéfiques pour le patient L'exemple du GCS Radiochirurgie Paris Nord		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Les mécanismes de coopération territoriale se révèlent être des leviers essentiels pour transformer et enrichir l'offre de soins d'un territoire, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins croissants de la population. Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Radiochirurgie Paris Nord incarne cette dynamique, en réunissant l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal et l'Institut Hartmann autour d'une activité mutualisée de radiochirurgie, rendue possible par l'acquisition d'un équipement de pointe, le ZAP-X.</p> <p>Ce projet s'inscrit dans un contexte post-pandémique où la coopération entre établissements publics et privés est devenue un enjeu stratégique pour le système de santé. La crise du Covid-19 a révélé des disparités dans l'accès aux soins et a souligné l'importance d'une coordination efficace à l'échelle du territoire.</p> <p>A travers l'exemple concret du GCS Radiochirurgie Paris Nord, le présent mémoire analyse le cadre réglementaire des GCS, leur organisation et les défis associés à leur mise en œuvre, tout en mettant l'accent sur le rôle central du directeur d'hôpital dans cette dynamique. Ce mémoire, à vocation pratique et pédagogique, offre un retour d'expérience sur la collaboration entre secteurs public et privé en santé. Il identifie les écueils potentiels et insiste sur la nécessité de promouvoir une culture commune de partage et de création de valeur pour assurer le succès et la pérennité de ces initiatives.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Coopération territoriale, Collaboration public-privé, Groupement de Coopération Sanitaire, Radiochirurgie, Radiothérapie, Innovation, Mutualisation</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		