

EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **Décembre 2012**

Efficiencce économique d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'Hôpital Nord Ouest Villefranche sur Saône - Tarare

Aude AUGER

Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un partenariat entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et le Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale des Mines de Paris.

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Claude Moisdon, chercheur à l'Ecole Nationale des Mines, pour son accompagnement, ses conseils éclairés et les échanges de qualité qui se sont déroulés tout au long de la réalisation de cette étude.

Je tiens également à remercier Madame Dominique Soupart, Directrice déléguée du Centre hospitalier de Tarare, qui m'a accompagnée tout au long de mon stage et m'a permis, par le biais de ses conseils et de sa disponibilité, de rendre mon stage au sein de cet établissement très dynamique et instructif.

Je souhaite également remercier Monsieur El Sair, Directeur des centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare, pour m'avoir donné l'occasion de découvrir une structure dynamique et d'appréhender les enjeux auxquels les centres hospitaliers étaient confrontés.

J'exprime toute ma reconnaissance à Monsieur Philippe Rebaud, chef du service de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, à Madame Brigitte Petit, cadre de santé responsable des consultations au centre hospitalier de Tarare et Madame Nathalie Baudoin, responsable des finances et du contrôle de gestion au centre hospitalier de Tarare, pour leur patience et leur disponibilité pour échanger sur ce sujet.

Je tiens enfin à remercier les équipes de direction des centres hospitaliers de Tarare et de Villefranche-sur-Saône, Messieurs Florea et Buisset, médecins DIM et leur équipe, ainsi que l'ensemble de mes interlocuteurs qui, durant ce stage, ont pris le temps de répondre à mes questions, de m'expliquer le fonctionnement de leurs établissements et de m'aider tant à la réalisation de mon mémoire que des différents dossiers qui ont pu m'être confiés.

Sommaire

Introduction	1
I. Le développement des consultations de pédiatrie : un axe du projet médical qui constitue un pari stratégique pour la communauté hospitalière de territoire.....	7
A. Un axe majeur du projet médical qui répond à un besoin de santé publique.....	7
1. Un projet médical qui privilégie une offre de consultations très large.....	7
2. Un contexte socio-économique et sanitaire difficile à l'origine d'un besoin de santé publique.....	10
B. Un pari stratégique du fait du caractère non rentable des consultations externes.	14
1. Les consultations, une porte d'entrée dans la communauté hospitalière de territoire.....	14
2. Les atouts de la communauté hospitalière de territoire et les moyens mis en œuvre pour réussir ce pari	20
II. Un pari stratégique à vérifier par le biais des outils du PMSI	25
A. Un secteur de consultations en plein essor mais qui se confirme déficitaire	25
1. Les éléments retenus pour évaluer le coût de fonctionnement des consultations de pédiatrie	25
2. Le coût lié au personnel médical	26
3. Le coût lié au personnel non médical	28
4. Un coût de fonctionnement nettement supérieur à la valorisation des consultations correspondantes.....	30

B.	Les consultations à Tarare, un dispositif « recrutant » des patients pour les services de spécialité de Villefranche.....	31
1.	La nécessité que le nombre de séjours d'hospitalisation augmente grâce aux consultations externes.....	32
2.	L'évolution de l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône auprès des patients de Tarare et des environs.....	33
3.	La détermination du nombre de séjours générés par les consultations de Tarare au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.....	37
III.	Le bilan médico-économique et ses enseignements.....	39
A.	Le bilan économique des consultations de pédiatrie de l'Hôpital Nord Ouest – Tarare.....	39
1.	La méthode retenue pour valoriser les séjours supplémentaires liés aux consultations.....	39
2.	La valorisation des séjours.....	40
3.	La consolidation du bilan économique.....	44
B.	Un bilan médico-économique qui valide la stratégie médicale de l'Hôpital Nord-Ouest.....	46
1.	Une amélioration indéniable de l'accès aux soins dans une zone géographique en difficulté.....	46
2.	Les conditions inhérentes à la réussite du dispositif de consultations au sein de la CHT.....	47
3.	Les limites de l'étude.....	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	55

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Centre de responsabilité
CREA	Compte de résultat analytique
CSP	Code de la santé publique
DIM	Département d'information médicale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HCL	Hospices Civils de Lyon
HFME	Hôpital Femme Mère Enfant
HNO	Hôpital Nord Ouest
HPST	Hôpital, patients, santé, territoire pour la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
ICR	Indice de coût relatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITTA	Indemnité pour temps de travail additionnel
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ORS	Observatoire régional de la santé
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
SMUR	Service mobile d'urgences et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins

SSR	Soins de suite et réadaptation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UO	Unité d'œuvre
URML	Union régionale des médecins libéraux
ZSP	Zone de soins de proximité

Introduction

Si la coopération entre établissements hospitaliers a toujours été encouragée par le législateur, elle ne concernait que secondairement l'exercice médical et conduisait le plus souvent soit à la mise en commun de fonctions supports, soit à l'acquisition et l'exploitation partagée d'équipements matériels lourds. La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST »¹ rénove les outils mis à disposition des établissements et crée la communauté hospitalière de territoire (CHT) qui a vocation à voir des établissements publics adopter et décliner un projet médical commun. Plus qu'un simple moyen de coopération, la CHT doit constituer véritablement un outil de (re)structuration de l'offre de soins publique au sein d'un territoire de santé en permettant la réorganisation d'activités médicales par redéploiement, regroupement ou développement de complémentarités.

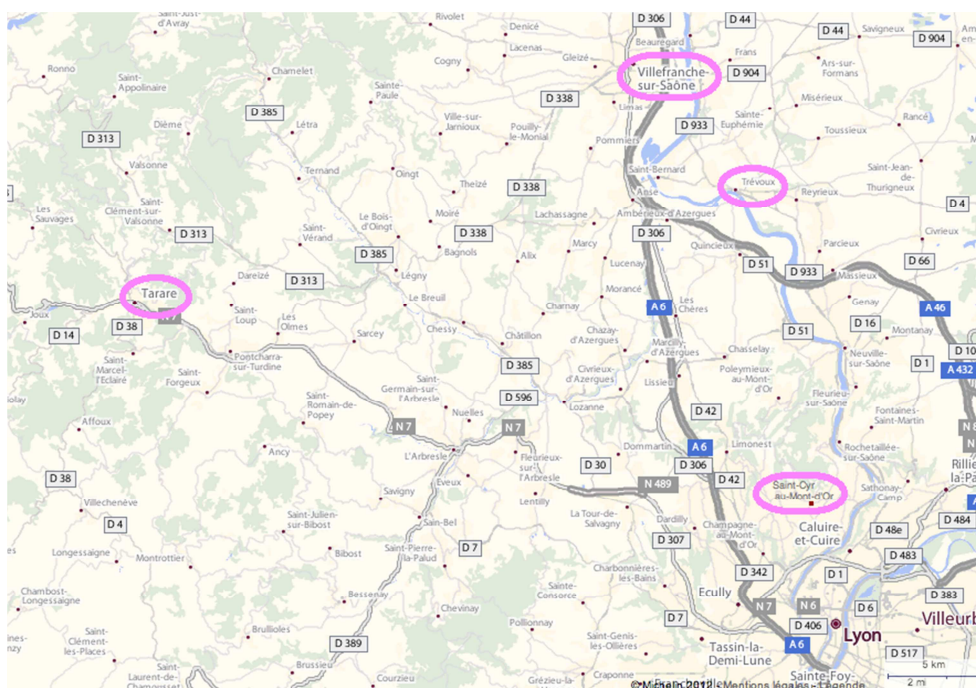
C'est dans ce contexte que la CHT Villefranche-sur-Saône – Tarare est créée dans la région Rhône-Alpes. Par arrêté du 24 janvier 2011, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en approuve la convention constitutive. Courant 2012, deux établissements rejoignent la CHT : en début d'année, le centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont d'Or a adhéré à la communauté et en novembre, c'est le centre hospitalier de Trévoux qui officialisera son adhésion. La CHT aujourd'hui, conformément à l'intention du législateur, affiche l'objectif d'ancrer les établissements partenaires dans une logique de structuration territoriale de l'offre de soins.

Conformément aux dispositions des articles L.6132-1 et suivants du code de la santé publique², chaque établissement conserve sa personnalité juridique, son autonomie financière, ses instances propres, le centre hospitalier de Villefranche devient en quelque sorte l'établissement pivot, central, autour duquel la CHT s'organise. Il est d'ailleurs désigné « établissement siège ».

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Dispositions relatives aux CHT : art. L.6132-1 à L.6132-8 CSP.

Carte présentant l'emplacement des établissements membres de la CHT



Source : www.viamichelin.fr

Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône est un établissement d'environ 650 lits et places dans l'ensemble des disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, disposant d'un plateau technique moderne, d'un service d'urgences adultes accueillant plus de 30 000 passages par an et pédiatriques dont l'activité est en plein essor (près de 24 000 passages en 2011 soit une hausse de 24,7% par rapport à 2010), mais aussi d'une filière gériatrique complète³.

Le centre hospitalier de Tarare, principal lieu du stage qui a permis de mener cette étude, est le seul établissement public de santé du département situé à l'Ouest de Lyon. Avant le développement de la coopération entre les deux sites, l'hôpital de Tarare comprenait un service d'urgences avec un service mobile d'urgence et réanimation (SMUR), un service de chirurgie conventionnelle et un service de médecine polyvalente. Un centre périnatal a ouvert en 2004 suite à la fermeture, la même année, de la maternité et du service de pédiatrie deux ans auparavant. Enfin, un EHPAD de 200 lits est rattaché à l'hôpital de Tarare. Le rapprochement des deux établissements, dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, a modifié de façon substantielle l'offre de soins disponibles sur Tarare.

Si le service de chirurgie conventionnelle a fermé en 2011, l'offre chirurgicale est paradoxalement plus importante aujourd'hui sur le site avec une unité de chirurgie

³ Filière comprenant équipe mobile de gériatrie, unité de post-urgences gériatrique, court séjour, SSR, long séjour et EHPAD, organisée sur plusieurs sites.

ambulatoire dans laquelle certains actes sont autorisés, une unité de SSR⁴ et un secteur de consultations avancées offrant certaines spécialités jusque-là absentes dans cette partie du territoire. De plus, une unité de post-urgences (9 lits) a été installée et les unités de médecine ont été réorganisées afin d'en orienter une davantage vers la prise en charge gériatrique : 32 lits de court séjour répartis entre une unité de médecine polyvalente et une unité de médecine gériatrique. L'unité de SSR⁵ ouverte en 2012 participe à la constitution d'une filière complète de soins gériatriques adaptée aux besoins de santé de la population. Le service des urgences⁶, installé dans des locaux neufs, se trouve consolidé avec le maintien du SMUR et, à l'automne 2012, par l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). En juin 2012, un scanner a été installé, améliorant la prise en charge des patients, jusque-là, orientés vers Lyon pour la réalisation de ces examens. Enfin, le centre périnatal, déjà très actif, a été consolidé dès 2010 par le développement, dans les mêmes locaux, des consultations de gynécologie, d'obstétrique ainsi que de pédiatrie. Ces consultations illustrent parfaitement la coopération entre les deux hôpitaux puisqu'elles sont effectuées par les médecins de l'hôpital de Villefranche qui se déplacent sur le site de Tarare. Si les médecins pédiatres et gynécologues-obstétriciens ont été les premiers à s'être impliqués dans ce dispositif, d'autres spécialités ont été progressivement associées, conduisant à l'ouverture d'un secteur de consultations externes comptant en 2012 plus de 60 médecins spécialistes se relayant dans une vingtaine de spécialités médicales.

L'extension de la CHT au centre hospitalier de Trévoux, situé dans le département de l'Ain à 15 km de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, répond à une logique différente. Cet établissement dispose de 31 lits de médecine dont 10 de soins palliatifs, d'un service de SSR oncologique, gériatrique et polyvalent, d'une unité de soins de longue durée et de 190 lits de maison de retraite. La finalité de son intégration à la communauté hospitalière est l'organisation de l'aval des urgences du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ainsi qu'une densification de la filière gériatrique et des soins de suite. Il est probable que l'hôpital de Tarare ne soit impacté qu'à la marge par cet élargissement de la communauté.

Enfin, l'établissement public de santé mentale de Saint Cyr au Mont d'Or a rejoint la CHT en février 2012, actant par là-même des partenariats existants entre les établissements membres et devant permettre une meilleure prise en charge somatique des patients hospitalisés à Saint Cyr.

⁴ 15 lits ouverts pour une autorisation de 30 lits.

⁵ 15 lits ouverts pour une autorisation de 30 lits.

⁶ Pratiquement 17 000 passages en 2011.

Compte tenu du caractère récent de l'adhésion des deux nouveaux membres à la CHT, ce mémoire est centré sur la communauté dans sa configuration initiale, celle observable au début du stage, c'est-à-dire la CHT Villefranche-sur-Saône – Tarare. Celle-ci s'appuie sur une démarche médicale commune, concrétisée par le projet médical commun élaboré et délibéré par les deux centres hospitaliers. En outre, une direction commune est instaurée afin de permettre la mise en œuvre des objectifs fixés par la convention. Le directeur en charge de la direction commune assure pour chacun des établissements les missions de chef d'établissement⁷.

La constitution de la CHT a permis cet essor en officialisant les partenariats qui existaient et en les développant. En effet, la création d'une communauté hospitalière implique la mise en cohérence des différents documents stratégiques de chacun des établissements membres : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), projets d'établissements, plans globaux de financement pluriannuel (PGFP), programmes d'investissement. Cette mise en cohérence est effectuée avec l'ARS, dans le respect du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ainsi, le développement de l'offre de soins constaté au centre hospitalier de Tarare est articulé au projet d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et correspond à des objectifs retenus au niveau régional, lesquels notamment, prennent en compte une situation sociale difficile et un contexte de forte pénurie médicale dans le bassin de Tarare. L'ambition affichée de la CHT est bien une amélioration de la qualité de prise en charge de la population résidant dans le bassin de Tarare, mais à cette ambition de santé publique s'ajoute la volonté de mettre en place un maillage public concurrentiel par rapport aux établissements privés, lequel repose sur des filières de prise en charge graduée. Ceci ressort pleinement du projet médical commun qui implique une restructuration importante du centre hospitalier de Tarare. Un des axes forts de ce projet médical réside dans le développement de consultations externes sur le site de Tarare, consultations effectuées par les médecins du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Si la forte augmentation de la fréquentation du secteur des consultations externes laisse percevoir qu'il répond bien à une demande de la population, il convient d'essayer d'en dresser un bilan médico-économique. En effet, cette conception territoriale de la pratique médicale permet d'amener des médecins à exercer à Tarare mais elle repose sur une implication forte du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, avec en particulier l'engagement d'importantes ressources médicales. En contrepartie, des filières de prise en charge doivent être clairement organisées avec une orientation des patients prioritairement vers l'établissement partenaire. Ainsi, les séjours qui ne peuvent être pris

⁷ Cf. Annexe I : Convention constitutive de la CHT.

en charge sur le centre hospitalier de Tarare sont-ils prioritairement adressés à celui de Villefranche dans toutes les disciplines où l'offre existe sur Villefranche, plutôt qu'à des établissements concurrents. Ce n'est que par l'augmentation des séjours réalisés dans son établissement que le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône pourra équilibrer financièrement l'ensemble du dispositif des consultations. L'enjeu est donc, pour ce dernier, d'augmenter sa capacité à recruter des patients résidant dans les environs de Tarare qui jusque-là ont tendance à s'adresser à d'autres établissements, notamment privés, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.

La présente étude répond à une demande de la direction des établissements concernés : il importe en effet de vérifier si cela « fonctionne », c'est-à-dire de s'assurer que les flux des patients sur le territoire correspondent bien aux attentes et se modifient au profit des établissements de la communauté, mais également que l'ensemble du dispositif est rentable ou pour le moins économiquement équilibré. En effet, une inversion des flux de population permettrait d'illustrer un gain de parts de marché par rapport aux autres établissements du territoire mais l'observation des évolutions en termes de parts de marché ne suffit pas à attester que le dispositif est financièrement équilibré. Il s'agit donc d'arrêter une méthode de vérification de cette rentabilité.

La grande diversité des disciplines concernées par le dispositif des consultations externes et l'absence de recul concernant la majorité d'entre elles conduisent à recentrer ce bilan sur un des premières activités concernées : la pédiatrie. En effet, dès janvier 2010, le chef de service de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et président de la commission médicale d'établissement a initié, secondé par plusieurs médecins de son équipe, les consultations au sein du centre périnatal de Tarare. Cela correspondait à un réel besoin de santé publique dans cette partie du territoire marquée par l'absence de pédiatres libéraux à Tarare et par la réorganisation de l'hôpital puisque, depuis la fermeture du service de pédiatrie, seul un pédiatre venait effectuer quelques vacations au sein du centre périnatal. Son départ en retraite fin 2009 a constitué une opportunité d'améliorer la prise en charge dispensée à l'hôpital de Tarare et a ainsi débouché sur le développement des consultations pédiatriques.

Il convient de souligner que la réalisation des travaux rapportés dans ce mémoire s'est toutefois heurtée à un manque de recul ; deux années ne permettent pas véritablement d'acter des changements de comportement dans la population mais au mieux d'identifier des tendances. Par ailleurs, la pédiatrie est une discipline qui, dans les bases du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), n'est pas ciblée en tant que telle mais appréhendée sous le seul angle de l'âge du patient. Enfin, l'étude des données PMSI ne permet pas toujours de répondre à certaines questions ;

dès lors, cela implique de poser des hypothèses qu'on estime crédibles mais qui sont difficiles, voire impossibles, à vérifier. Cependant, malgré ces réserves, force est de constater qu'en l'absence de PMSI et de T2A, une telle étude se serait avérée impossible.

Si le développement des consultations de pédiatrie, axe du projet médical de la CHT, constitue un pari stratégique pour celle-ci (I), les outils du PMSI permettent d'en vérifier les hypothèses (II) puis d'en dresser un bilan médico-économique afin d'en tirer quelques enseignements (III).

I. Le développement des consultations de pédiatrie : un axe du projet médical qui constitue un pari stratégique pour la communauté hospitalière de territoire

Si le développement des consultations de pédiatrie constitue un axe majeur du projet médical de la CHT, c'est tout d'abord parce qu'il répond à un besoin de santé publique avéré (A). Toutefois, il s'agit d'un véritable pari stratégique du fait du caractère non rentable des services de consultations externes dans les hôpitaux (B).

A. Un axe majeur du projet médical qui répond à un besoin de santé publique

Le projet médical de la CHT privilégie une offre de consultations très large (1), tentant de répondre au besoin de santé publique résultant d'un contexte socio-économique et sanitaire difficile à Tarare et dans ses environs (2).

1. Un projet médical qui privilégie une offre de consultations très large

Le développement d'un secteur de consultations au sein de l'hôpital de Tarare s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article R162-51 du code de la sécurité sociale qui dispose que « les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes [...] pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié ». La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) précise que « la consultation [...] comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation [...] les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.) »⁸.

Par ailleurs, est habituellement mis en avant le fait que la consultation externe pratiquée dans un établissement hospitalier met à disposition des patients en un lieu

⁸ Article 15 de la NGAP – contenu de la consultation, de la visite.

unique une variété de spécialités et d'équipements et offre un accès à un plateau technique performant⁹. Cette conception habituelle se trouve renouvelée par la logique inhérente à la communauté hospitalière, puisque s'il s'agit bien de regrouper des spécialités en un lieu unique, le recours aux équipements et au plateau technique se conçoit à l'échelle des établissements membres de la CHT et non uniquement de l'établissement où se situe le service de consultations. Il s'agit, en ce sens, de consultations avancées : en passant à un exercice territorial de la médecine, on fait sortir les praticiens de leur hôpital pour qu'ils viennent à la rencontre de la population, là où un manque de médecins spécialistes est identifié. Si cela s'avère nécessaire, le patient vu en consultation au centre hospitalier de Tarare est alors orienté vers le plateau technique ou les services d'hospitalisation de celui de Villefranche où il pourra retrouver la même équipe médicale. Enfin, si son état de santé le permet, il peut être muté pour la fin de son hospitalisation à Tarare en service de médecine polyvalente ou de SSR ou rentrer à son domicile. Le suivi post-opératoire pourra être réalisé à Tarare.

On trouve, pour certaines spécialités, comme la gastro-entérologie ou la chirurgie orthopédique, des conventions de mise à disposition de personnel médical de l'hôpital de Villefranche visant à renforcer les équipes du centre hospitalier de Tarare depuis 2004 ; cependant, **l'organisation de véritables filières de prise en charge des patients date de 2010** avec la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, la gastro-entérologie ou la cardiologie. La création officielle en janvier 2011 de la CHT entérine ce fonctionnement et a entraîné des modifications profondes pour les services de l'hôpital de Tarare. Ainsi, l'utilisation du bloc opératoire a été recentrée sur quelques actes de chirurgie ambulatoire et la pratique des endoscopies ; les interventions chirurgicales sont désormais effectuées dans les salles du bloc opératoire moderne¹⁰ du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. En revanche, une unité ambulatoire a été structurée sur le site de Tarare et les locaux libérés par le service de chirurgie ont permis une réorganisation des services existants ainsi que l'ouverture d'une unité de SSR. **L'organisation de filières entre les deux établissements permet une rationalisation des services par une harmonisation des prises en charge et une mutualisation des équipements : en ce sens, le dispositif de la CHT permet bien une restructuration territoriale de l'offre de soins.**

Courant 2011, **le dispositif de consultations avancées a été étoffé et est proposé, depuis 2012 dans un grand nombre de spécialités** : les spécialités offertes dès 2010 ont été complétées par d'autres telles que la phlébologie, l'allergologie, la chirurgie dentaire, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie viscérale, la

⁹ ROBIN-BELLOT Véronique, *Entre hôpital de jour et consultations externes : zone grise et critères de distinction. Problématique reposant sur des cas traités au Centre hospitalier Lyon Sud des Hospices Civils de Lyon*, mémoire ENSP, 2000

¹⁰ Le nouveau bloc du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône a ouvert en 2010.

dermatologie, l'endocrinologie, la néphrologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pneumologie, la rhumatologie, l'urologie... Les médecins viennent selon un nombre de vacations défini par convention au cours desquelles ils effectuent des consultations mais aussi émettent des avis spécialisés pour les patients hospitalisés et, selon leur spécialité, effectuent des actes au bloc¹¹.

L'offre de pédiatrie, quant à elle, a été fortement diversifiée au cours de l'année 2011 puisqu'elle repose sur dix spécialistes permettant, outre des consultations de pédiatrie générale, d'autres plus spécifiques : gastro-entérologie, allergologie, endocrinologie, diabétologie, gynécologie, chirurgie, néphrologie et rhumatologie, neuropédiatrie, suivi des prématurés. La fréquence des vacations effectuées par chacun des praticiens est variable selon les sous-spécialités concernées et peut aller d'une vacation (soit une demi-journée) par mois à deux par semaine. L'ensemble des praticiens se relaie pour assurer les consultations sachant que, pour tout nouveau recrutement de médecin, le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône impose comme condition la mobilité géographique. Dès lors, tous les pédiatres du service de Villefranche sont concernés par cette obligation. En 2011, 2151 consultations de pédiatrie ont été enregistrées, contre 673 en 2010. L'importance de cette augmentation s'explique principalement par le développement de la présence médicale, hausse qui s'est poursuivie au cours du premier semestre 2012, combinée à une densification des vacations avec un nombre plus important de consultations effectuées en moyenne par vacation. Ainsi, de janvier à juin 2012, on dénombre 338 consultations pédiatriques supplémentaires pour 46 vacations médicales supplémentaires¹².

Au sein des consultations de pédiatrie, la présence d'infirmières puéricultrices permet également d'avoir des consultations paramédicales. En effet, si celles-ci assistent les médecins lors de leurs consultations, elles sont également amenées à recevoir des patients. Là aussi, on constate une hausse d'activité : 84 consultations enregistrées en 2010, pour une activité débutée en fin d'année seulement, mais 1001 en 2011 ; en revanche, pour un temps de présence équivalent, la hausse des consultations d'infirmières entre le premier semestre 2011 et le premier semestre 2012 est frappante puisqu'on est passé de 321 à 943 consultations enregistrées.

¹¹ La liste des actes que l'ARS a autorisés au bloc opératoire est assez restreinte et sera définitivement arrêtée fin 2012. Il s'agira principalement des endoscopies, des interruptions volontaires de grossesse et de la chirurgie dentaire. Toutefois, d'autres petits actes ne nécessitant pas, par la suite, une hospitalisation complète, peuvent être effectués en ambulatoire.

¹² Au cours du 1^{er} semestre 2011 : 112 vacations pour 1024 consultations ; au cours du 1^{er} semestre 2012 : 158 vacations (+29%) pour 1362 consultations (+33%).

Le développement d'une telle offre de consultations hospitalières conduit à étudier l'environnement dans lequel il s'inscrit, notamment car le contexte socio-économique influe sur les déterminants de santé et par conséquent sur les besoins de la population et parce que selon la densité sanitaire du territoire concerné, l'offre de consultations peut être concurrentielle de l'offre de ville ou complémentaire, voire pallier ses défaillances.

2. Un contexte socio-économique et sanitaire difficile à l'origine d'un besoin de santé publique

La situation socio-économique de la population tararienne est préoccupante. Située dans un territoire à dominante rurale, Tarare est la commune la plus urbanisée du canton dont elle est le chef-lieu. Elle compte, en 2009, 10 180 habitants¹³ et enregistre une légère baisse depuis le précédent recensement¹⁴ après avoir subi une chute démographique très importante dans les années 1970-1980 suite à la crise de l'industrie textile, alors principale activité économique du canton. En revanche, la population de Tarare vieillit dans des proportions qui semblent plus importantes que celle du département du Rhône dans son ensemble. 18,2% de la population à moins de 15 ans (18,8% pour le Rhône) et 22,6% a plus de 65 ans, contre 15% pour le département du Rhône.

L'étude des catégories socio-professionnelles révèle la fragilité de la population tararienne ; en effet, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont sous-représentés parmi la population de 15 ans et plus (3%) de la commune par rapport à celle du département (11,7%) ; en revanche, les ouvriers représentent environ 20% de la population des plus de 15 ans (alors qu'ils représentent seulement 11,4% au niveau départemental) et les retraités 34% (contre 29% en 1999 à Tarare et 22,9% en 2009 pour l'ensemble du département). Avec un taux de chômage à 16,2%, la commune de Tarare est plus touchée que les communes voisines et que le département du Rhône (10,6%)¹⁵. Un diagnostic réalisé par la ville de Tarare sur la situation de la population établissait en 2006 que 55% des foyers vivaient en dessous du seuil de pauvreté (moins de 10 500 euros par an)¹⁶. Par ailleurs, seulement 41,4% des foyers fiscaux sont assujettis à l'impôt

¹³ Données INSEE concernant la commune de Tarare (69243) et non l'ensemble des communes regroupées sous le même code postal (69170).

¹⁴ Le recensement précédent datait de 1999 ; entre 2009 et 1999, Tarare voit sa population diminuer de 0,2% par an en moyenne sur la période. Données INSEE.

¹⁵ Données INSEE pour 2009. Concernant le taux de chômage, l'INSEE retient qu'est chômeur toute personne de 15 ans ou plus qui s'est déclarée comme telle, indépendamment d'une éventuelle inscription à Pôle emploi, sauf si elle a déclaré explicitement ne pas chercher d'emploi.

¹⁶ Ville de Tarare, *Diagnostic préalable au contrat urbain de cohésion sociale*, 2006.

sur le revenu contre 59% dans le département du Rhône. Enfin, la part de la population ne disposant d'aucun diplôme s'élève à 32,9% (18,6% au niveau départemental) et 55% des habitants ont pour diplôme le plus élevé le brevet des collèges. Il apparaît en réalité que quel que soit l'indicateur observé, la commune de Tarare a systématiquement les résultats les moins favorables comparés à ceux observables dans le canton, dans le département ou en France métropolitaine. Cette situation tend à s'aggraver puisque les ménages les plus aisés ont tendance à s'installer en périphérie, ce qui accélère la paupérisation de la commune.

Compte tenu de la situation socio-économique de la commune, il n'est pas étonnant de constater que l'observatoire régional de la santé (ORS) Rhône-Alpes identifie la zone de soins de proximité¹⁷ de Tarare comme l'une des zones où la situation est la plus défavorable en matière d'état de santé de la population. Ce résultat est présenté dans une étude réalisée en 2007¹⁸, dans laquelle l'ORS présente un indice dit « état de santé » pour l'ensemble de la région Rhône-Alpes, qui à partir de plusieurs indicateurs¹⁹ permet de déterminer l'état de santé de la population²⁰. Ainsi, la ZSP de Tarare est considérée comme une des six de la région Rhône-Alpes, ayant la plus forte mortalité, générale et prématurée avec des indicateurs de précarité défavorables.

Le taux de mortalité pour la période 1999-2009 est de 9 pour mille pour la commune de Tarare, alors qu'il est de 7,2 pour mille dans le département du Rhône²¹. L'étude du taux comparatif de mortalité²² générale par canton sur la période 2000-2008 effectuée par l'ORS²³ confirme d'une part, l'existence de fortes disparités régionales et d'autre part, le fait que la situation est particulièrement défavorable dans le canton de Tarare²⁴. Par ailleurs, les échanges avec les professionnels de santé, les acteurs sociaux et associatifs du territoire ont identifié comme principales pathologies rencontrées par la population tararienne les problèmes respiratoires et cardiaques, les addictions liées à la

¹⁷ La ZSP est définie comme la zone de l'offre hospitalière de premier niveau dans le SROS. La ZSP de Tarare regroupe toutes les communes du canton de Tarare et la commune de Sarcey, commune voisine située hors canton.

¹⁸ ORS Rhône-Alpes, *Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes*, avril-mai 2007.

¹⁹ Les indicateurs retenus par l'ORS sont les suivants : indice comparatif de mortalité, indice comparatif de mortalité générale, indice comparatif de mortalité prématurée, indice comparatif de mortalité par cancer et indice comparatif de mortalité par diabète. Ces deux pathologies ont été considérées comme déterminantes au regard des objectifs du PRSP mais aussi de l'existence de disparités sociales et géographiques importantes.

²⁰ Cf. Annexe II : carte de l'ORS Rhône-Alpes présentant l'indice « état de santé » pour la région.

²¹ Données INSEE.

²² Le taux comparatif de mortalité est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ex : population nationale).

²³ ORS, *Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes*, mars 2011, p. 17 et s.

²⁴ Cf. Annexe III : carte de l'ORS Rhône-Alpes présentant le taux comparatif de mortalité générale pour la région.

prise de produits et en particulier l'alcoolisme, le diabète, le surpoids et la malnutrition²⁵. L'ensemble de ces données laisse entendre que la population de Tarare est particulièrement défavorisée au regard de la population de la région Rhône-Alpes et conduit à mettre en regard l'offre de soins existant sur le territoire.

La problématique de l'offre de soins à Tarare est relativement aigüe et se pose tant pour le secteur public que pour l'offre libérale. Ainsi, la densité des médecins généralistes sur le canton est inférieure à la moyenne régionale : 6,3 pour 10 000 habitants contre 9,8 en Rhône-Alpes en 2010²⁶.

Concernant les spécialistes, la situation, appréciée à l'échelle de la zone de soins de proximité, est également faible puisqu'on y trouvait, en 2010 : un cardiologue²⁷, un endocrinologue, deux gynécologues-obstétriciens, deux psychiatres et deux radiologues soit dix médecins, laissant nombre de spécialités sans praticiens dans cette zone géographique. Tel est le cas de la pédiatrie²⁸, alors même que le département du Rhône est plutôt bien doté concernant les pédiatres libéraux avec une densité de 6 pour 100 000 habitants²⁹.

Au regard de cette offre libérale faible, la volonté affichée de la communauté hospitalière de territoire est de renforcer l'attractivité publique mais également privée du bassin de population de Tarare. Ainsi, le centre hospitalier de Tarare entretient des relations avec les praticiens libéraux afin qu'ils soient le moins isolés possible dans leur pratique professionnelle. Le scanner, mis en service le 18 juin 2012 dans les locaux de l'hôpital, est exploité en partenariat avec les deux radiologues libéraux de la ville : un groupement d'intérêt économique a été constitué à 50-50 entre le centre hospitalier et le cabinet de radiologie. Par ailleurs, en mai 2010, l'établissement a fait réaliser une étude d'opportunité par un cabinet spécialisé concernant la création d'une maison de santé pluridisciplinaire qui permettrait d'avoir un pôle d'activité libéral attenant à l'hôpital. Le projet est en train d'être affiné en lien avec l'ARS et doit s'articuler à celui de la reconstruction de l'hôpital de Tarare, prévue sur un nouveau site à échéance de 2015. Cela devrait permettre de rendre la commune plus attractive à de jeunes professionnels et de recentrer l'hôpital, en particulier les urgences, sur une prise en charge hospitalière. Les

²⁵ Données extraites in : Equation Management, *Etude d'opportunité et de faisabilité d'une maison médicale de santé et d'un dispositif spécifique de prévention et d'éducation à la santé sur Tarare*, mai 2010.

²⁶ En 2010, le canton de Tarare comptait 14 médecins généralistes dont 5 de plus de 55 ans. A noter qu'en 2011, deux de ces médecins sont partis en retraite sans être remplacés ce qui s'est traduit par une augmentation importante du nombre de passages aux urgences de l'hôpital. Données ARS Rhône Alpes.

²⁷ Agé de 70 ans en 2010, celui-ci est depuis parti à la retraite.

²⁸ Cf. Annexe IV : cartographie de l'offre pédiatrique libérale dans le département du Rhône.

²⁹ Densité en France métropolitaine en 2010 : 4,4 pédiatres libéraux pour 100 000 habitants. Données URML.

consultations externes d'un hôpital représentent un lien privilégié entre la ville et l'hôpital, les médecins libéraux étant les mieux à même d'orienter leurs patients vers leurs collègues hospitaliers.

Compte tenu du contexte décrit précédemment, le secteur de consultations ouvert au centre hospitalier de Tarare semble répondre à une mission de santé publique. En effet, le contexte de quasi-désertification médicale exclut d'envisager que les consultations se soient développées en concurrence avec l'offre de ville. Si la situation était moins extrême, cela renverrait à l'idée d'une complémentarité à l'offre de ville³⁰, telle que cela résulte de la conception développée dans les SROS d'une structuration territoriale de l'offre de soins. Dans cette perspective, la concertation entre les différents acteurs du champ de la santé devrait conduire l'hôpital à ne développer des consultations que dans les secteurs dans lesquels l'offre libérale est défailante.

En l'occurrence, **l'hôpital pallie quasi-intégralement le manque de médecins et en proposant une offre de secteur 1 dans un secteur socialement en difficulté, il répond bien à une mission de santé publique.** En effet, jusqu'à maintenant, les patients ayant besoin d'un avis médical allaient soit chez les généralistes, soit, renonçaient à se soigner, soit, enfin, lorsqu'ils pouvaient se le permettre financièrement, dans les cliniques voisines. Ainsi, la clinique du Val d'Ouest dispose de 175 lits et places en MCO et se situe à 36 km de Tarare, en direction de Lyon. C'est le premier établissement privé vers lequel se tournent les patients résidant à Tarare et dans les environs. La deuxième est la polyclinique du Beaujolais, située à Arnas, et offre 165 lits et places en MCO. Située également à 36 km de Tarare, elle est en revanche à côté du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône³¹. **Dès lors, proposer, au sein du centre hospitalier de Tarare, une prestation médicale accessible et de qualité renvoie à la vocation sociale de l'hôpital mais celle-ci relève du pari stratégique en ce qu'un service de consultations à l'hôpital présente le plus souvent un bilan économique négatif.**

³⁰ SCHOEBEL Noémie, « L'optimisation des consultations externes : un levier de la performance du Centre hospitalier des Quatre Villes », mémoire EHESP, 2010, p. 52 et s.

³¹ Cf. *infra* pour une carte des établissements de cette zone géographique.

B. Un pari stratégique du fait du caractère non rentable des consultations externes

L'enjeu principal est de faire en sorte que les consultations de Tarare soient, pour les patients, une porte d'entrée dans la CHT (1). Dans ce but, la communauté hospitalière met en avant les atouts dont elle dispose et utilise des moyens importants afin de réussir ce pari stratégique (2).

1. Les consultations, une porte d'entrée dans la communauté hospitalière de territoire

Si les deux établissements membres de la CHT sont prêts à investir dans ce dispositif, c'est qu'ils entendent bien répondre à un besoin de santé publique. L'Agence régionale de santé a approuvé le développement de cette « polyclinique de consultations »³² dans la mesure où cette création était cohérente avec les objectifs du SROS et répondait, par conséquent, à une demande identifiée. L'hôpital de Tarare est aujourd'hui le seul en mesure de proposer une prise en charge dans de nombreuses spécialités dans cette zone de soins de proximité. En renforçant l'accès aux soins dans cette partie du territoire de santé en très grande difficulté, les deux établissements n'entendent pas pour autant se mettre en difficulté financière.

Le dispositif des consultations avancées n'est pas économiquement viable en lui-même. Ainsi, la hausse du nombre de consultations depuis le début du dispositif, à l'instar de ce qui est constaté en pédiatrie, ne suffit pas à assurer l'équilibre économique et par conséquent la pérennité du dispositif. En revanche, ces consultations constituent à la fois une vitrine de l'hôpital et de ses prestations et une porte d'entrée dans l'institution. Ici, il s'agit donc de donner un aperçu des prestations disponibles au sein de la communauté hospitalière dans son ensemble : c'est indifféremment une porte d'entrée vers l'un ou l'autre des établissements membres.

L'enjeu, sur un plan économique, réside dans la capacité de ces consultations à générer de l'activité, et donc des ressources, pour la CHT : on peut parler d'un rôle de « recruteur » de patientèle pour les activités d'hospitalisation³³.

³² Expression retenue dans le projet médical annexé à la convention constitutive de la CHT.

³³ MEAH, Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport intermédiaire de phase 1. Diagnostic, février 2008.

La façon dont il est accueilli en consultation, l'image qu'il conserve de l'hôpital et des soins dispensés s'avèrent déterminantes sur le comportement ultérieur du patient et sa propension à revenir se faire soigner. **A l'échelle de la CHT, il importe de souligner l'importance de l'articulation des projets d'établissement des deux centres hospitaliers.** Les consultations développées à Tarare avec un investissement important de la part du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône en temps médical doivent contribuer à une utilisation optimisée de ses équipements et de son plateau technique ainsi qu'à « remplir » les lits de ses services de spécialité. Il s'agit donc pour ce dernier d'accroître son attractivité auprès de la population du bassin de Tarare. **Cette articulation est la condition de base à la capacité de proposer aux patients une véritable filière de prise en charge** : la coopération est au cœur du pari stratégique puisqu'il s'agit de ne pas perdre les patients entre les consultations et le moment où ils nécessitent une hospitalisation. Le circuit doit être clair à la fois pour les patients et pour les professionnels. En effet, le risque est que, compte tenu de l'absence de médecins libéraux, les patients viennent en consultation dans le service de Tarare mais que concernant des soins nécessitant une hospitalisation, ils ne modifient pas leurs habitudes et aillent dans des établissements concurrents, notamment les cliniques situées dans l'ouest lyonnais ou les Hospices Civils de Lyon.

Les recettes générées par des consultations sont très faibles au regard de celles qui résultent du secteur d'hospitalisation³⁴ ; en revanche, elles mobilisent beaucoup de temps médical et paramédical et génèrent par conséquent des dépenses importantes. Toutefois, cela représente un potentiel d'activité très important puisque les consultations sont un moyen de voir de nombreux patients, susceptibles d'avoir recours ultérieurement aux services d'hospitalisation de la structure. En fonction de la sous-spécialité concernée, les pédiatres voient de 6 à 10 patients par demi-journée³⁵.

Comme nous venons de le voir, l'enjeu est donc d'inciter les patients à revenir auprès des établissements de la CHT lorsqu'ils doivent avoir recours à une hospitalisation notamment. Une des difficultés majeures à laquelle se heurte la communauté hospitalière Villefranche-sur-Saône – Tarare est que le flux naturel de la population ne la pousse pas à se rendre d'un site à l'autre, et notamment pour ce qui nous intéresse, la population de

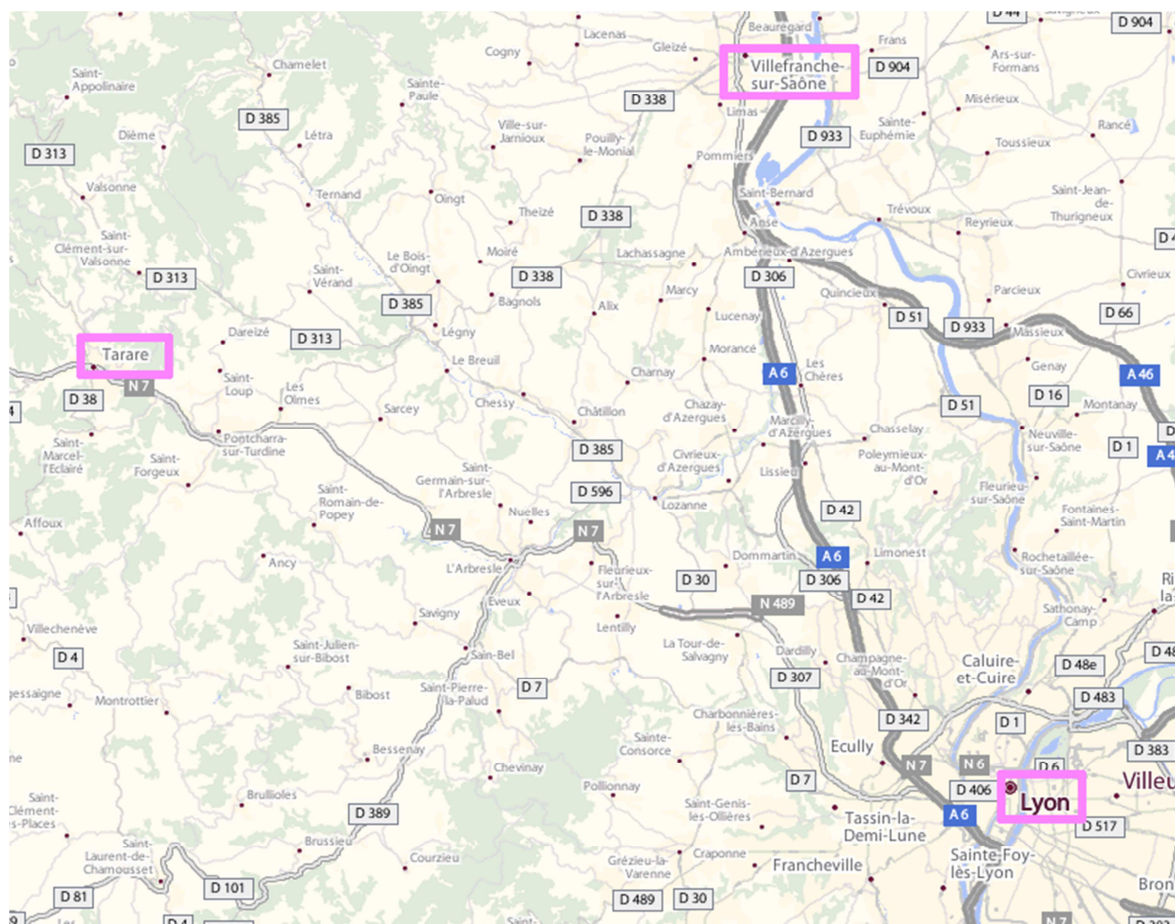
³⁴ Cf. in SCHOEIBEL Noémie, op.cit., p. 8 : dans cette étude portant sur le centre hospitalier des Quatre Villes (92), il est établi que « les consultations externes représentent 8% des recettes totales de l'établissement contre 87% pour les recettes d'hospitalisation. [...] chaque passage d'un patient en consultation rapporte en moyenne 32€ contre 2400 € par séjour d'hospitalisation ».

³⁵ Moyenne calculée sur 2011 : les moyennes les plus faibles concernent soit des spécialités nécessitant des consultations plus longues comme l'allergologie ou la chirurgie pédiatrique, soit des pédiatres ayant débuté leur activité de consultation en fin d'année et n'ayant pas encore densifié leur activité. Les moyennes constatées pour des vacances de pédiatrie générale sont nettement plus élevées : entre 9 et 12 consultations par vacation selon les médecins.

Tarare ne se rend pas spontanément à Villefranche mais davantage vers Lyon. La configuration topographique des lieux pousse à ce flux puisque les deux communes ne se situent pas dans la même vallée. Les voies de circulation les plus directes encouragent également ce phénomène sachant que l'autoroute A6 incite la population à descendre de Villefranche à Lyon assez facilement et que la nationale 7 qui passe par Tarare produit le même phénomène.

Ainsi, le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône se situe à seulement 31 km de celui de Tarare mais le temps de parcours, dans des conditions de circulation normales est de 37 minutes. En revanche, pour la population de Tarare, Lyon est à 46 km, soit 53 minutes de trajet mais le réseau routier tel que présenté ci-dessous incite davantage à descendre vers Lyon.

Carte présentant les principaux axes de circulation entre Villefranche-sur-Saône, Tarare et Lyon.



Source : <http://www.viamichelin.fr/>

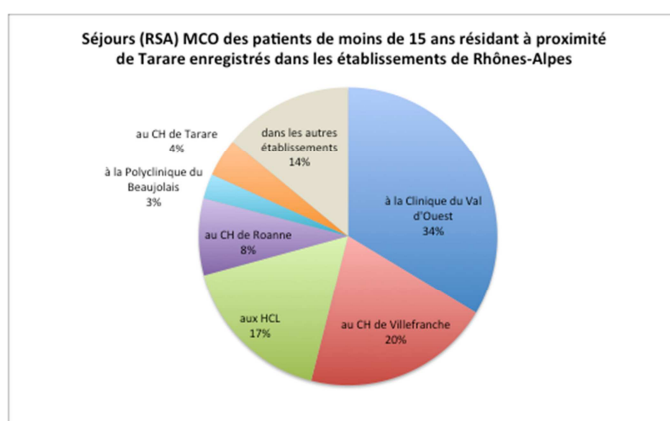
Lorsqu'on examine où vont se faire soigner les patients résidant dans les environs de Tarare, on constate que, selon les spécialités examinées, le réflexe de la population n'est pas toujours de se tourner vers le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône mais vers des établissements concurrents et notamment la Clinique du Val d'Ouest (située à

Ecully), aux Hospices Civils de Lyon (HCL), la Clinique du Beaujolais (à Arnas, à proximité de Villefranche-sur-Saône).

L'examen de l'activité de pédiatrie illustre tout à fait ce phénomène ; lorsqu'on étudie où vont se faire hospitaliser les patients de moins de 15 ans³⁶ résidant dans les communes situées dans un rayon de 25 minutes de Tarare, on obtient les données suivantes :

Présentation du nombre de RSA (MCO) enregistrés en 2009 dans la base de la région Rhône-Alpes concernant les patients de moins de 15 ans résidant à Tarare et dans les communes voisines situées à 25 minutes maximum de trajet.

RSA enregistrés :	2009	
	Nb RSA	Répartition
<i>en Rhône Alpes</i>	2097	
à la Clinique du Val d'Ouest	705	33,62%
au CH de Villefranche	427	20,36%
aux HCL	352	16,79%
au CH de Roanne	174	8,30%
à la Polyclinique du Beaujolais	56	2,67%
au CH de Tarare	88	4,20%
dans les autres établissements	295	14,07%



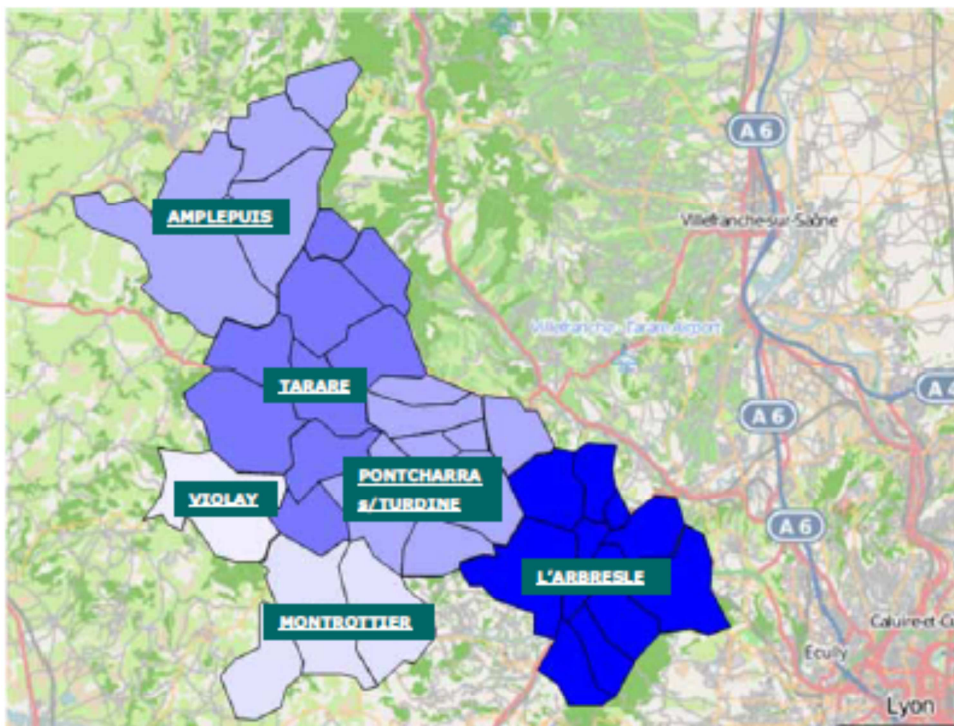
Source : PMSI pilot – base MCO.

Pour connaître les habitudes de la population, on s'intéresse à l'attractivité des établissements sur les patients d'une zone géographique définie. Pour l'ensemble de la présente étude, le choix est fait de se pencher sur les communes considérées comme étant situées dans la zone d'attractivité du centre hospitalier de Tarare. En effet, l'enjeu est celui-là : **il s'agit d'augmenter l'attractivité de la CHT par le biais des consultations de Tarare qui, par ricochet, doit conduire la population à se rendre, en tant que de besoin, à l'hôpital de Villefranche.** L'idée est que l'attractivité du centre hospitalier de Tarare ne peut s'exercer que sur une zone géographique limitée. C'est sur cette zone là qu'on doit observer un changement de comportement de la population quant aux établissements fréquentés.

La logique retenue par les médecins DIM lors de l'élaboration d'une étude préalable à la constitution de la CHT était d'inclure dans cette zone d'attractivité les communes situées à vingt-cinq minutes du centre hospitalier, temps de parcours apprécié

³⁶ Dans la base PMSI régionale, il n'est pas possible de cibler une activité dite de pédiatrie mais seulement de faire un filtre en prenant en compte l'âge du patient. Dans la mesure où suivant le type de pathologies concernées, l'âge qui conduit à prendre en charge un patient dans un service ciblé de pédiatrie ou dans un service adulte varie, ces données permettent principalement de dégager des tendances et des ratios. Toutefois, concernant les flux de population, ces données semblent tout à fait pertinentes.

dans des conditions normales de circulation³⁷. Au-delà, on estime que la population se rend plus facilement dans un autre établissement, probablement plus proche, et que le centre hospitalier, et par conséquent la communauté hospitalière dans son ensemble, aura des difficultés à accroître sa capacité de recrutement. Cela conduit à retenir, dans le bassin de Tarare, outre cette dernière, les communes de Pontcharra-sur-Turdine, de l'Arbresle, de Violay, d'Amplepuis et de Montrottier soit un bassin de population de 63 455 habitants³⁸.



Zone géographique représentant un rayon < 25 minutes d'accès

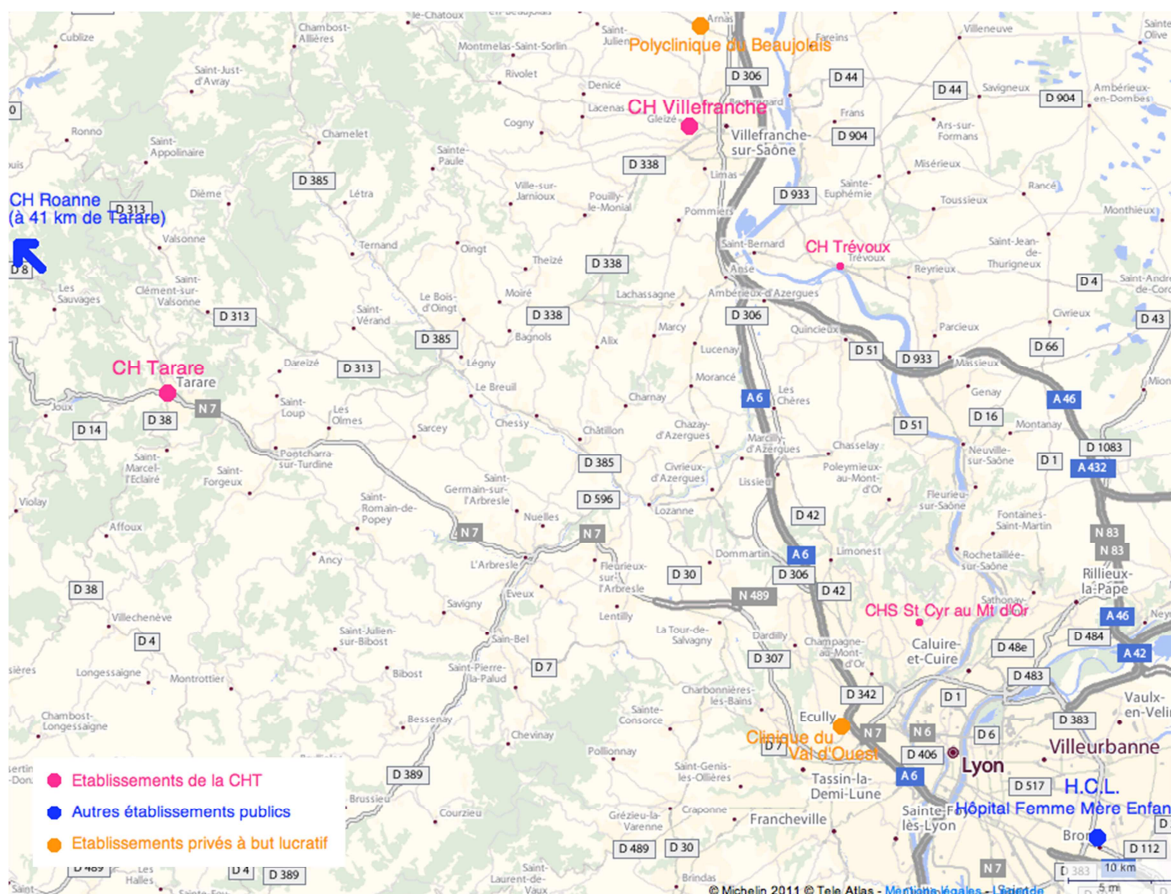
Concernant l'activité de pédiatrie, la requête effectuée dans la base régionale du PMSI permet de déterminer que les patients résidant dans la zone d'attractivité du centre hospitalier de Tarare se rendent prioritairement à la Clinique du Val d'Ouest, établissement privé à but lucratif. Si le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône est le deuxième établissement auquel ces patients s'adressent, il dispose véritablement d'une marge de progression substantielle : l'amélioration de son attractivité, au détriment notamment de la clinique du Val d'Ouest, est ce qui permettra à la CHT d'améliorer l'équilibre financier du dispositif des consultations pédiatriques. Le troisième établissement est le centre hospitalier universitaire : les HCL ; parce qu'il est l'établissement de recours de la région pour les séjours les plus graves, il conservera

³⁷ Utilisation du site www.mappy.fr pour évaluer ces temps de parcours.

³⁸ Recensement de 2008, données INSEE. Cf. Annexe V pour une présentation succincte des communes de la zone étudiée.

nécessairement une part significative des séjours hospitaliers de pédiatrie de la zone étudiée.

Présentation des principaux établissements concernés par l'étude



Source : <http://www.viamichelin.fr/web/Cartes-plans>

Temps de trajet normal et distance entre les principaux établissements concurrents concernant l'activité de pédiatrie

	Temps de trajet	Distance
Tarare - Gleizé (CH de Villefranche)	37 min	31 km
Tarare - Lyon	53 min	46 km
Gleizé (CH de Villefranche) - Lyon	34 min	35 km
Tarare - Ecully (Clinique du Val d'Ouest)	36 min	36 km
Tarare - Roanne	38 min	41 km
Tarare - Arnas (Polyclinique du Beaujolais)	40 min	36 km

Source : <http://fr.mappy.com/>

Les distances, comme les temps de trajet, entre Tarare ou Villefranche et Lyon sont ici très théoriques. Tout d'abord, les conditions de circulation pour entrer dans Lyon sont très fréquemment perturbées. Ensuite, les HCL sont constitués de nombreux sites, localisés en divers endroits de la ville. Toutefois, l'activité de pédiatrie a été regroupée depuis 2008 au sein de l'hôpital-femme-mère-enfant (HFME), établissement situé à l'est de Lyon, soit à l'opposé des communes de Villefranche-sur-Saône et Tarare. En prenant

l'adresse exacte de l'HFME, la distance avec Tarare passe à 50 km et s'y rendre implique de traverser (ou de contourner) Lyon.

Si augmenter l'attractivité des établissements de Villefranche-sur-Saône et de Tarare auprès de la population tararienne et des communes voisines implique d'en modifier les habitudes, la CHT dispose d'atouts importants et met en œuvre différents moyens pour réussir ce pari.

2. Les atouts de la communauté hospitalière de territoire et les moyens mis en œuvre pour réussir ce pari

Indéniablement, ce dispositif présente des atouts pour les patients. La proximité géographique, la réputation des médecins et les tarifs pratiqués, inférieurs à ceux du secteur 2, sont déterminants dans le choix des patients de venir consulter à l'hôpital³⁹. Au regard de la situation socio-économique de la majorité de la population, le fait que l'ensemble des soins relève du secteur public et soient facturés uniquement en secteur 1 est fondamental. De plus, la structuration de la population du bassin de Tarare renvoie à certains profils d'usagers types des consultations hospitalières tels qu'ils ont été identifiés par la DREES⁴⁰ dans une étude publiée en 2012. Celle-ci établit que c'est aux âges extrêmes, c'est-à-dire moins d'un an et plus de 65 ans, que les personnes consultent le plus à l'hôpital. En outre, les inactifs sont en proportion importante, surtout du fait des retraités⁴¹. Les données démographiques étudiées précédemment laissent entendre que la population tararienne correspond en grande partie aux patients habituels des consultations externes hospitalières.

Par ailleurs, **concevoir la pratique médicale à l'échelle territoriale permet de désenclaver une zone identifiée comme étant en très grande difficulté : l'organisation d'une prise en charge par filière avec une équipe médicale unique qui vient à la rencontre du patient, l'oriente et le retrouve sur le lieu de l'hospitalisation permet d'imaginer un parcours du patient simplifié et de meilleure qualité.** En rationalisant les équipements, le plateau technique et les services de spécialité, on en limite les coûts de fonctionnement ce qui permet d'assurer la pérennité de ces activités et le renouvellement des investissements de manière à dispenser des soins dans de meilleures conditions.

³⁹ AP-HP, Direction générale, « Mission d'appui sur les consultations externes : Etat des lieux et recommandations », Présentation à la CME, 8 janvier 2008 in : SCHOEBEL Noémie, op. cit.

⁴⁰ TELLIER Sergine, DE PERETTI Christine, BOISGUERIN Bénédicte, *Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?*, DREES, Etudes et résultats n°167, avril 2002.

⁴¹ 30% contre 24% en population générale.

De plus, les praticiens se rapprochent de leurs patients. Ainsi, l'étude de la démographie médicale a permis d'identifier l'absence de pédiatres à proximité. Dès lors, le patient était obligé de se déplacer : en ouvrant les consultations pédiatriques, on limite les déplacements du patient à la nécessité d'une hospitalisation ou de l'utilisation d'un équipement spécifique. Un patient qui aurait besoin d'une intervention chirurgicale peut rencontrer le chirurgien et le médecin anesthésiste sur le site de Tarare, aller ensuite au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône pour l'intervention et revenir ensuite à proximité de son domicile pour le suivi post-opératoire. Il convient de souligner d'ailleurs que les patients apprécient d'être suivis dans des locaux de taille modeste, « à dimension humaine », et à proximité de chez eux et de leurs proches.

Le développement de la « polyclinique de consultations publiques » est un axe central du projet médical de la CHT. Pour en assurer le succès, des moyens substantiels, notamment de communication, ont été déployés.

Tout d'abord, pour permettre une meilleure lisibilité de la communauté hospitalière par la population et bien faire entendre qu'il s'agit d'équipes communes, la CHT Villefranche-sur-Saône – Tarare a adopté un nom unique : l'Hôpital nord-ouest (HNO). Ce nom associe le terme « hôpital », volontairement conservé au regard de ce qu'il signifie dans notre société et des valeurs qui lui sont associées par la population, à la notion de territoire en permettant une localisation géographique : le nord-ouest de Lyon, le nord et l'ouest du département du Rhône. Il s'agit d'une marque déposée avec deux déclinaisons, une par site.

Ce processus a abouti à l'adoption d'une charte graphique et d'un logo commun qui permet, quel que soit l'établissement dans lequel on se trouve, de repérer cette identité partagée. Dans le même état d'esprit, il y a une volonté exprimée de créer des correspondances entre les deux lieux dans l'esprit des patients. A cette fin, les touches de décoration de même que les mobiliers des salles d'attente par exemple sont les mêmes⁴². Enfin, les deux sites internet ont été fusionnés en un seul permettant de découvrir l'offre de soins, les équipes et tous les renseignements pratiques⁴³ concernant les deux établissements.

La communication avec la presse sur les évolutions de l'hôpital de Tarare a été très régulière. Dans un contexte où le centre hospitalier avait fermé son service de pédiatrie en 2002 et la maternité en 2004, il importait de souligner le fait que le rapprochement avec le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ainsi que la fermeture

⁴² Cf. Annexe VI : Présentation du logo et de son implantation sur les deux établissements.

⁴³ <http://www.lhopitalnordouest.fr/>

de service de chirurgie n'impliquaient, ni l'un ni l'autre, la disparition du centre hospitalier de Tarare, bien au contraire. Ainsi, le message diffusé auprès de la population n'était pas l'arrêt de la chirurgie sur Tarare mais celui de la constitution d'une équipe chirurgicale commune, plus complète, plus diversifiée et répartissant ses activités sur les deux sites. De même, dans la mesure où l'ensemble des pédiatres employés par le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône va exercer au sein de la CHT puisqu'ils sont mis à disposition de l'hôpital de Tarare pour une quotité de temps variable, on dynamise un secteur d'activité en retrait depuis plusieurs années dans cette région.

La communication externe de l'hôpital a également eu comme finalité de faire connaître l'offre de consultations disponible. Celle-ci ayant été modifiée plusieurs fois par an, les supports ont été réactualisés aussi souvent que de besoin avec des interviews dans les médias locaux⁴⁴, un relais important dans le journal de la Ville, des brochures présentant en une dizaine de pages les spécialités, les médecins, leur présence sur le site, les moyens de les joindre pour prendre rendez-vous et le plan de l'établissement⁴⁵. Ces brochures ont été mises à disposition dans des endroits estimés stratégiques afin que la population de Tarare et des villes voisines se servent : dans les salles d'attente de l'hôpital mais aussi à l'extérieur comme à la mairie ou dans les pharmacies. L'organisation d'une exposition autour de photographies retrouvées dans les archives de l'hôpital a également été prétexte à présenter les projets de l'hôpital actuel, et donc de mettre en avant le secteur des consultations, et ceux du futur hôpital prévu en 2015.

Enfin, **la direction de la CHT entretient avec attention les relations avec les professionnels libéraux, considérant que ce lien est primordial. Sous l'angle du strict fonctionnement d'un service de consultation, cela se confirme puisque les patients sont fréquemment adressés par un médecin.** Ainsi, la DREES, dans l'étude précitée, estime que deux tiers des patients qui consultent pour la première fois sont adressés aux spécialistes hospitaliers par un intermédiaire médical, fréquemment médecin généraliste ou spécialiste de ville⁴⁶. Cette proportion, qui varie d'ailleurs selon les spécialités concernées, est peut-être à revoir au regard de la faible densité médicale de la région tararienne mais elle n'est certainement pas à négliger. Par conséquent, puisque le recours à l'hôpital n'est pas un automatisme dans la population, ce lien ville-hôpital doit être investi. Cela se révèle d'autant plus important que le milieu des cliniques privées s'inscrit, pour les médecins libéraux, dans un continuum culturel⁴⁷. Si la direction de

⁴⁴ Cf. Annexe VII : article du Progrès, février 2012.

⁴⁵ Cf. Annexe VIII : extraits de la brochure détaillant les consultations externes, et notamment celles de pédiatrie.

⁴⁶ TELLIER Sergine, DE PERETTI Christine, BOISGUERIN Bénédicte, *Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?*, DREES, Etudes et résultats n°167, avril 2002.

⁴⁷ PARNEIX Nicolas, *Optimiser l'organisation des consultations externes du centre hospitalier d'Orsay, pour en faire une vitrine de l'hôpital*, mémoire EHESP, 2009.

l'hôpital peut mener des projets tendant à renforcer ce lien⁴⁸, cela passe également par une relation de médecins hospitaliers à médecins libéraux : l'envoi de comptes-rendus médicaux concernant le patient adressé y participe. Le fait qu'un nombre important de professionnels libéraux connaissent mal l'hôpital voisin et l'éventail de l'offre de soins qui y est dispensée rend l'organisation de rencontres pertinente. Ainsi, l'inauguration du service des consultations a été le prétexte à la rencontre entre l'ensemble des professionnels et a permis aux praticiens hospitaliers de Villefranche de rencontrer leurs collègues de ville et de leur présenter les locaux dans lesquels seront accueillis leurs patients ainsi que les disciplines disponibles.

Si l'orientation initiale des patients vers le service de consultations repose majoritairement sur les professionnels de ville, le choix de revenir est à rapprocher de l'impression laissée par la première expérience. En ce sens, l'image produite par le service, par la qualité de l'organisation et de la prise en charge s'avère déterminante sur l'attitude des patients. La DREES a établi, sur l'échantillon de population et la période étudiée, que quatre consultations sur dix précèdent ou font suite à une hospitalisation. L'importance des locaux dans lesquels sont installés les services de consultation est indéniable : à Tarare, le choix a été fait de repeindre ceux-ci et de les décorer de manière à ce que les salles d'attente, comme les boxes de consultations soient le plus agréables possible. Si aujourd'hui, les services d'hospitalisation du centre hospitalier de Tarare présentent encore notoirement des conditions d'accueil vétustes⁴⁹, il s'agit de commencer à modifier l'image de l'établissement, de préparer la population à ce que sera leur futur hôpital et de faire le lien avec les services de spécialité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône qui offrent des conditions hôtelières très correctes.

L'impression laissée par une prise en charge médicale ne repose pas uniquement sur des locaux attrayants mais renvoie au défi organisationnel que pose un service de consultations externes performant. En effet, celui-ci cumule différentes problématiques : les délais d'attente, la fluidité du circuit, la qualité d'accueil, la confidentialité et la coordination entre l'ensemble des intervenants. L'ouverture relativement récente du service de Tarare ne permet pas aujourd'hui d'évaluer l'ensemble de ces points mais ils constituent dès à présent des axes de travail. Par ailleurs, compte tenu de l'organisation d'un circuit patient au sein de la CHT et donc entre plusieurs établissements, la fluidité de la prise en charge après la consultation est déterminante pour la viabilité du dispositif.

⁴⁸ Projet de maison pluridisciplinaire figurant en bonne place dans le projet d'établissement du centre hospitalier de Tarare.

⁴⁹ Chambres des unités de court-séjour à trois lits.

II. Un pari stratégique à vérifier par le biais des outils du PMSI

Les outils du PMSI permettent ainsi de s'assurer que les hypothèses à partir desquelles a été construit le projet médical de la CHT se vérifient. Ainsi, si le secteur des consultations est en plein essor, il s'avère, comme prévu, déficitaire en lui-même (A) mais participe au recrutement de patients pour les services de spécialité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône (B).

A. Un secteur de consultations en plein essor mais qui se confirme déficitaire

Après avoir arrêté les éléments retenus pour évaluer le coût de fonctionnement des consultations (1), il s'agit de déterminer le coût de fonctionnement lié au personnel médical (2) et non médical (3) et de le comparer à la valorisation des consultations effectivement réalisées (4).

1. Les éléments retenus pour évaluer le coût de fonctionnement des consultations de pédiatrie

Le fonctionnement d'un service de consultations externes implique essentiellement des dépenses en personnel. Certains bilans financiers évaluent ce chapitre de dépenses à 98% de l'ensemble des dépenses du secteur⁵⁰. Concernant les consultations de pédiatrie, elles sont installées dans des locaux communs avec le centre périnatal et les consultations de gynécologie-obstétrique ce qui permet une mutualisation de moyens et d'agents, notamment administratifs et d'entretien. Il est impossible d'évaluer les autres dépenses hors dépenses de personnel car elles ne sont pas isolées dans un suivi spécifique : les dépenses liées aux consommables, à la maintenance des équipements, au matériel informatique... Néanmoins, il est établi que ces dépenses sont très faibles pour l'ensemble des consultations effectuées au centre hospitalier de Tarare ; celles générées par la seule activité de pédiatrie sont donc très marginales.

Dès lors, l'évaluation du coût de fonctionnement des consultations de pédiatrie dans la présente étude est ramenée aux dépenses principales, évaluables avec précision, à savoir celles de personnel. Elles recouvrent le coût du personnel médical ainsi que celui

⁵⁰ Cf. in SCHOEBEL Noémie, op.cit., p. 24 : sur les consultations externes du centre hospitalier des Quatre Villes (92)

du personnel non médical. Dans la mesure où le système de rémunération repose sur des méthodes différentes, il convient de les distinguer clairement.

2. Le coût lié au personnel médical

Le personnel médical bénéficie d'une sorte de « double rémunération », à la marge du cadre statutaire, mais qui a été tacitement acceptée par l'ARS en raison des problématiques de santé publique en jeu. En effet, pour inciter les médecins du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône à venir faire des consultations à Tarare, est ajoutée à la rémunération payée par Villefranche, une indemnité dite de temps de travail additionnel (ITTA)⁵¹ versée par vacation réalisée sur Tarare.

Dès lors, la rémunération des pédiatres au titre des vacations effectuées à l'hôpital de Tarare se compose des deux éléments suivants :

- la rémunération du temps de travail correspondant aux vacations (intégrée dans le traitement de base versé par l'hôpital de Villefranche)
- l'indemnité de temps de travail additionnel pour chaque vacation

Pour valoriser ces deux parties de la rémunération, il s'agit de reprendre, pour chaque médecin, le nombre de vacations effectuées en 2010 et en 2011. Le nombre de pédiatres concernés n'est pas le même d'une année sur l'autre puisque l'offre de consultations a été développée en 2011 conduisant à avoir une présence quasi-quotidienne de spécialistes. En effet, en 2010, seulement six pédiatres se sont relayés pour effectuer 80 vacations ; en 2011, en revanche, les dix praticiens qui ont été amenés à venir à Tarare se sont réparti 233 vacations.

La direction des ressources humaines (DRH) du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône récupère le planning des médecins et traduit ces vacations en une quotité de temps de travail correspondante. Une unité fonctionnelle (UF) du fichier de structure de

⁵¹ L'indemnité dite ITTA versée aux praticiens correspond à une fraction (0,25 en 2010 et 0,375 en 2011) de l'indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour du lundi matin au samedi après-midi inclus, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires visées à l'art. 1^{er} I.A.2 de l'arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (JO du 21 juillet 2010, p.50) soit une fraction des 317,55 euros pour une vacation. Il s'agit dans les faits d'un détournement du texte, reposant sur une volonté d'indemniser les médecins contraints à un exercice professionnel sur deux établissements distincts et distants d'une trentaine de kilomètres. En effet, on ne peut pas réellement parler de travail additionnel dans la mesure où les vacations effectuées au sein du CH de Tarare se substituent à celles qui étaient effectuées jusque-là au CH de Villefranche.

l'établissement a été créée et est spécifiquement dédiée à la CHT. Cela permet notamment au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône d'isoler le temps de travail de ses personnels consacré à la CHT. Un pourcentage d'affectation est alors attribué pour chacun des médecins sur cette UF et permet d'évaluer le coût en personnel que cela représente pour l'établissement.

Pour la part de rémunération des médecins correspondant à l'indemnisation de la vacation effectivement réalisée, elle est versée par le centre hospitalier de Tarare : il s'agit donc de l'ITTA augmentée des frais de transport. La DRH de l'hôpital de Tarare vérifie, avant rémunération, que la vacation prévue a été effectuée et comptabilise le nombre de trajets à rembourser.

Montant des dépenses consacrées au personnel médical pour le fonctionnement des consultations de pédiatrie.

	2010		2011	
	indemnisation des vacations 2010 (ITTA + frais de déplacement)	Montant lié à la QTT correspondant au nombre de vacations effectuées sur Tarare (paie Villefranche) 2010	indemnisation des vacations 2011 (ITTA + frais de déplacement)	Montant lié à la QTT correspondant au nombre de vacations effectuées sur Tarare (paie Villefranche) 2011
	8 337 €	48 445 €	36 856 €	58 255 €
TOTAL	56 782 €		95 111 €	

Source : Données de la paie des DRH des centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare.

La consolidation de la rémunération du personnel médical reflète parfaitement l'augmentation du nombre de vacations réalisées entre les deux années étudiées⁵².

Retenir l'ensemble de ces composantes du coût de personnel médical conduit à considérer le coût complet. Toutefois, une autre logique, celle du coût marginal pourrait être envisagée. Ainsi, pour la mise en place des consultations de pédiatrie sur l'hôpital de Tarare, il s'agirait de ne comptabiliser que les dépenses nouvelles engagées par la CHT pour faire fonctionner les consultations. La seule dépense supplémentaire certaine engendrée par le développement des consultations est le paiement des ITTA et des frais de déplacement par l'hôpital de Tarare. Concernant l'hôpital de Villefranche, la méthode du coût marginal consisterait à identifier d'éventuels recrutements supplémentaires de médecins effectués par l'établissement ou à repérer si des indemnités liées à des heures

⁵² La manière de calculer les ITTA a en outre été modifiée entre les deux années étudiées, conduisant à une augmentation significative du montant de cette indemnité.

supplémentaires ont été versées en compensation du temps consacré par les praticiens aux consultations sur le site de Tarare.

Cependant, concernant l'activité de pédiatrie, celle-ci s'est considérablement développée sur le site du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Le nombre de passages aux urgences a augmenté très fortement à partir de 2008, phénomène spontanément rapproché de la restructuration des HCL ayant conduit à ce que les urgences pédiatriques lyonnaises se trouvent désormais à l'opposé de la ville. Par ailleurs, de nouveaux services ont été ouverts comme la chirurgie ambulatoire pédiatrique ou la surveillance continue contribuant certainement à augmenter l'attractivité de l'établissement. Les séjours enregistrés dans les services de pédiatrie sont en augmentation continue depuis 2008 avec alors 3608 RSS ; on atteint 5104 séjours pédiatriques en 2011⁵³. Sur cette période, l'équipe de pédiatres a été un peu étoffée sans qu'il soit possible de dire si cela a été déclenché par la hausse d'activité enregistrée à Villefranche ou par le fait que le personnel initialement en poste augmentait son exercice professionnel sur Tarare. Il n'est matériellement pas possible de déterminer une sorte de niveau d'activité qui engendrerait un tel recrutement. Par ailleurs, même si cela ne s'est pas encore produit pour la pédiatrie, il est avéré que certains recrutements médicaux effectués par le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ont été quasi exclusivement motivés par la volonté de renforcer la présence médicale sur Tarare. Ainsi, par exemple, en pneumologie, un recrutement de praticien hospitalier temps plein est effectué au sein de l'Hôpital Nord-Ouest : ce recrutement est clairement motivé par la nécessité de développer l'activité de pneumologie de l'hôpital de Tarare, les besoins du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône n'en justifiant pas seuls le recrutement. Pour attirer des professionnels, il importe de proposer un exercice partagé entre les deux sites. L'ensemble de ces points a donc conduit à retenir le coût complet lors de l'évaluation du dispositif des consultations.

3. Le coût lié au personnel non médical

Concernant le personnel non médical travaillant pour les consultations de pédiatrie, il existe deux configurations : soit le personnel travaille exclusivement pour les consultations de pédiatrie, soit il répartit son activité entre plusieurs services.

⁵³ L'évolution des RSS en pédiatrie est la suivante : 4033 RSS en 2009 (soit 425 de plus qu'en 2008) ; 4568 en 2010 (+ 535 par rapport à 2009) ; 5104 en 2011 (536 séjours de plus que l'année précédente). Ainsi, entre 2008 et 2011, le secteur de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône a augmenté son activité de 500 séjours en moyenne par an.

Pour le personnel intégralement dédié aux consultations de pédiatrie, est prise en compte la quotité de temps de travail correspondante. Il s'agit de l'activité paramédicale qui est assurée par des infirmières puéricultrices du centre hospitalier de Villefranche. Elles sont, à l'instar du personnel médical, affectées par l'établissement sur l'UF dédiée à la CHT à hauteur de la quotité de temps de travail effectuée sur les consultations de pédiatrie de Tarare. Elles sont ainsi employées et rémunérées par l'hôpital de Villefranche et mises à disposition du centre hospitalier de Tarare, lequel rembourse les montants correspondants. Le fait qu'elles soient employées par le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône relève davantage d'une politique sociale que d'une logique comptable : les agents concernés se sentent ainsi moins isolés et administrativement dépendent d'une équipe de pédiatrie importante. Il est plus facile pour elles d'envisager par exemple une mutation au sein d'un autre service que si elles étaient employées par l'hôpital de Tarare qui ne possède pas d'autres postes de pédiatrie que celui des consultations. Lors de la mise en place des consultations, le rattachement à Villefranche a constitué un élément facilitateur pour trouver des volontaires.

Pour les autres catégories de personnel non médical, il s'agit d'agents employés par le centre hospitalier de Tarare qui partagent leur temps de travail entre plusieurs activités : il convient de déterminer, en fonction de la charge de travail, la quotité de temps qu'ils consacrent aux consultations de pédiatrie.

Est principalement concernée l'activité de secrétariat médical. Dans la mesure où la secrétaire médicale partage son activité entre les consultations de pédiatrie et celles de gynéco-obstétrique, il semble opportun de déterminer un ratio au regard du nombre de vacations médicales effectuées dans chacun de ces domaines. En effet, la répartition de son travail est directement liée à la présence médicale.

Enfin, compte tenu de la très faible quotité de temps que cela représente, ne sont pas pris en compte la rémunération de la cadre de santé, multi-affectée entre de nombreux secteurs de l'hôpital, et le temps de travail de l'ASH chargé de l'entretien des locaux ; là encore, cela représente un temps de travail et par conséquent un coût très faible compte tenu de l'ensemble des secteurs que cet agent est chargé de nettoyer.

Montant des dépenses consacrées au personnel non médical pour le fonctionnement des consultations de pédiatrie.

	2010	2011
IDE Puer	12 312,08 €	70 728,98 €
Agent Administratif	7 330,76 €	14 224,11 €
TOTAL	19 642,84 €	84 953,09 €

Source : Données de la paie des DRH des centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare.

La hausse constatée entre les deux années est le reflet du développement de l'activité des consultations et de sa mise en œuvre progressive déjà évoquée précédemment.

Pour les infirmières puéricultrices, il s'agit de deux agents, l'une à 70%, l'autre à 100%, cette dernière étant à un échelon de rémunération élevé. On trouve donc 1,7 équivalent temps plein (ETP) dédiés aux consultations pédiatriques. Elles n'ont commencé à venir qu'à compter d'octobre 2010 ce qui explique l'évolution de la rémunération enregistrée.

Quant à l'augmentation constatée pour l'agent administratif, cela renvoie à la logique retenue pour évaluer le partage de son temps de travail entre les différentes tâches qui sont les siennes. Puisque le critère est le nombre de vacations médicales effectuées par les médecins, le fait que celles effectuées par l'équipe de pédiatrie aient augmenté substantiellement entre les deux années étudiées alors que le nombre de vacations des gynécologues-obstétriciens est resté stable conduit à modifier la répartition dans le partage du temps de travail de l'agent. En 2010, on estimait que 25% du temps d'agent administratif étaient dédiés à la pédiatrie alors qu'en 2011, on est passé à 47%.

4. Un coût de fonctionnement nettement supérieur à la valorisation des consultations correspondantes

Par conséquent, en assimilant le coût de fonctionnement des consultations de pédiatrie au coût que représente le personnel⁵⁴, on obtient le résultat suivant :

	2010	2011
Personnel médical	56 782 €	95 111 €
Personnel non médical	19 643 €	84 953 €
TOTAL	76 425 €	180 064 €

⁵⁴ Théoriquement, il conviendrait de prendre en compte une quote-part au titre des activités logistiques et fonctions supports ; toutefois, les services de consultation ont tendance à moins solliciter les fonctions supports que les autres services (par exemple, peu d'utilisation de matériel biomédical, surtout en pédiatrie ; utilisation nettement plus réduite de linge, pas de fonction restauration...). De plus, les consultations de pédiatrie ne sont qu'une petite partie des consultations par rapport à l'ensemble des disciplines présentes. Compte tenu de l'ensemble de ces réserves et du faible coût que cela représente, il est fait le choix de ne pas intégrer cette dépense dans le coût de fonctionnement des consultations de pédiatrie.

L'évolution entre les deux années s'explique, comme nous l'avons vu, principalement par la hausse du nombre de vacations, et par conséquent de consultations, réalisées par les différents médecins. Il convient de mettre en regard la valorisation de ces consultations, c'est-à-dire en fonction du codage, les recettes qu'elles sont censées rapporter.

Ainsi, à partir des relevés annuels d'activité pour l'UF des consultations de pédiatrie créée en 2010, il est possible d'identifier le nombre de consultations médicales comme celles effectuées par les infirmières puéricultrices. Les différents codages permettent d'opérer la distinction entre les deux types de consultations mais également de relever l'existence de majorations ou de forfaits. A partir de l'ensemble de ces données, il est possible de valoriser l'ensemble des actes effectués lors des consultations de pédiatrie.

Valorisation des consultations externes, médicales et infirmières, effectuées en pédiatrie au centre hospitalier de Tarare

	2010		2011	
	nombre	valorisation	nombre	valorisation
consultations médicales	673	18 059 €	2151	56 855 €
consultations IDE-Puer	84	265 €	1001	3 150 €
Total Recettes des consultations		18 324 €		60 005 €

Source : système d'information du CH de Tarare. Logiciel Agfa, module Stratège – gestion des patients.

La comparaison entre les recettes attendues et le coût calculé précédemment permet de confirmer ce dont on se doutait, à savoir qu'à l'échelle de l'Hôpital Nord-Ouest, le secteur des consultations pédiatriques de Tarare est déficitaire, de plus de 120 000 € pour l'année 2011.

B. Les consultations à Tarare, un dispositif « recrutant » des patients pour les services de spécialité de Villefranche

Compte tenu du déséquilibre économique du service de consultations, il importe que celles-ci entraînent une augmentation du nombre de séjours d'hospitalisation (1) afin qu'à l'échelle de la CHT, le dispositif soit viable économiquement. Dans un contexte général d'augmentation d'activité, l'analyse des flux de patients et de l'évolution de l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône auprès des patients résidant à Tarare et dans les environs (2) doit permettre d'évaluer l'impact du déploiement des consultations de pédiatrie et de déterminer un nombre de séjours d'hospitalisation (3)

directement reliés à l'activité pédiatrique externe telle qu'elle existe aujourd'hui au sein du centre hospitalier de Tarare.

1. La nécessité que le nombre de séjours d'hospitalisation augmente grâce aux consultations externes

Si, comme nous l'avons vu, le lien entre consultations et hospitalisations a été établi dans différentes études, il convient de s'en assurer dans le cadre de l'Hôpital Nord-Ouest. En effet, la situation de désertification médicale qui est celle de Tarare et des communes situées à proximité conduit à se demander dans quelle mesure les consultations constituent effectivement un moyen de recrutement pour les services d'hospitalisation. **Pour vérifier que les consultations sont véritablement une porte d'entrée vers l'hôpital et ne servent pas seulement à pallier les carences de la médecine de ville, il est intéressant de rapprocher les identités des personnes enregistrées comme patients des consultations pédiatriques de celles retrouvées dans les services d'hospitalisation de Villefranche.** L'absence de système d'information commun ne permet pas, à ce jour, d'obtenir cette information automatiquement, mais le rapprochement des fichiers patients des deux établissements le permet. Ainsi, **sur l'ensemble des patients ayant consulté à Tarare en 2010 et 2011, 13,5% ont été hospitalisés au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, dans l'année qui a suivi leur consultation**⁵⁵.

Si cette donnée laisse entendre que la consultation constitue bien une porte d'entrée vers les services d'hospitalisation, elle est trop restrictive en ce qu'elle ne prend en compte que le lien direct. En effet, cette information permet seulement d'identifier les patients qui se sont présentés pour une hospitalisation au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône dans l'année qui a suivi une consultation réalisée au centre hospitalier de Tarare. Elle ne permet pas de prendre en compte les séjours qui interviennent plus d'un an après. Le lien avec le service de consultation ne sera pas direct, compte tenu du délai, mais l'existence de ce service fonctionnant avec une même équipe médicale pourra inciter les patients à aller au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône alors que précédemment, ils se rendaient peut-être dans un autre établissement. Un phénomène un peu similaire est à relever avec le recours aux urgences pédiatriques. Le fait d'être habitué à consulter des médecins d'un établissement peut encourager les patients à se rendre à celles de Villefranche. Enfin, ne sont pas

⁵⁵ 1004 patients différents se sont présentés en 2010 et 2011 en consultation à Tarare : 136 ont été hospitalisés au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône dans l'année suivant la consultation.

prises en compte les consultations postérieures à une hospitalisation au centre hospitalier de Villefranche. Le fait d'avoir un suivi post-opératoire par exemple à proximité de son domicile peut inciter à s'adresser à l'équipe médicale de la CHT.

Si ces réserves sont à prendre en considération, l'étude menée permet tout de même d'affirmer que l'enfant qui a été hospitalisé l'a été à la suite d'une consultation qui, si elle n'avait pas existé, aurait peut-être conduit cet enfant à consulter ailleurs et à être hospitalisé dans un autre établissement. Le seul fait qu'il y ait une consultation avancée oriente les hospitalisations même si certains patients vus en consultation publique recourent ensuite à un établissement privé : ce n'est cependant pas une démarche naturelle, surtout en pédiatrie.

Ceci conduit à envisager **un autre angle d'analyse : l'examen de l'évolution de l'attractivité de la CHT et l'observation de l'évolution des séjours enregistrés dans les services de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.** La réflexion se situe à l'échelle de la CHT ; toutefois, les séjours générés en pédiatrie le seront exclusivement au sein de l'hôpital de Villefranche puisque c'est l'établissement qui dispose des services de spécialité et du plateau technique. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles il est acté le fait que le centre hospitalier de Tarare ne rembourse pas celui de Villefranche du temps médical que ce dernier consacre à faire fonctionner les consultations. **On espère en effet que le volume de séjours supplémentaires générera suffisamment de recettes pour couvrir tout à la fois les charges de fonctionnement des consultations et celles que ces séjours engendrent.**

2. L'évolution de l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône auprès des patients de Tarare et des environs

Déterminer l'activité que le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône gagne grâce aux consultations implique de s'intéresser à son positionnement par rapport aux établissements concurrents.

Initialement, faute de données disponibles, le raisonnement envisagé avait été d'identifier, grâce à un filtre sur le code postal des communes considérées comme situées dans la zone d'attractivité du centre hospitalier de Tarare, l'évolution de la part des séjours de pédiatrie de la population ciblée au sein de l'ensemble des séjours de pédiatrie. Cela permettait d'utiliser les informations disponibles auprès du département d'information médicale. Cependant, les résultats comportaient un biais important. En effet,

cela conduisait à comparer l'évolution du nombre de séjours pour une population limitée, les enfants de Tarare et des communes voisines, à l'évolution du nombre de séjours enregistrés dans les services de pédiatrie sans filtre d'origine géographique et par conséquent, sur une population non limitée. Or, il apparaît assez clairement que les services de pédiatrie, et particulièrement les urgences⁵⁶, du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône augmentent leur attractivité d'une manière générale sur l'ensemble du territoire de santé. Plusieurs causes, déjà évoquées, peuvent être avancées : la réorganisation des HCL incitant la population de l'ouest de Lyon à venir à Villefranche plutôt qu'à traverser Lyon, le développement de nouveaux services avec des prises en charge différentes (hôpital de jour, ambulatoire,...). Dès lors, l'augmentation de l'activité pour la population du territoire ciblé qu'on relie à l'impact des consultations peut sembler faible si on la compare à l'augmentation générale constatée pour l'ensemble de l'activité pédiatrique.

Il est apparu nécessaire, pour évaluer de manière plus objective l'impact des consultations de disposer de données externes à l'établissement qui permettent de le positionner par rapport à ses établissements concurrents auprès de la même population. La base régionale du PMSI a permis en partie cette étude.

En effet, le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône augmente considérablement son activité pédiatrique : il importe de savoir si cette augmentation est le reflet d'une augmentation régionale ou s'il augmente son taux d'attractivité par rapport aux autres établissements de la région.

Dans la mesure où les consultations de pédiatrie ont débuté en 2010 au centre hospitalier de Tarare, l'année 2009 est retenue comme année de référence. En effet, aucune autre modification substantielle dans l'offre de soins pédiatrique n'est survenue sur l'ère géographique étudiée et pour la période considérée ce qui permet de retenir comme hypothèse que les évolutions relevées seront directement imputables aux consultations.

A partir de la base régionale, il est possible d'examiner le nombre de séjours (sous la forme de RSA) enregistrés en Rhône-Alpes, pour les enfants de moins de 15 ans résidant dans les communes définies comme relevant de la zone d'attractivité de Tarare⁵⁷. Un filtre « pédiatrie » n'existe pas ; par conséquent, le seul moyen de dessiner les contours de l'activité pédiatrique est d'observer l'âge des patients. Toutefois, ce critère

⁵⁶ Si les passages aux urgences ne sont pas comptabilisés comme des séjours, il s'agit d'une porte d'entrée importante vers les autres services. Par ailleurs, des séjours sont générés lorsque les enfants sont mutés vers l'UHCD pédiatrique.

⁵⁷ Pour mémoire : Tarare, Pontcharra-sur-Turdine, L'Arbresle, Amplepuis, Montrottier et Violay, situées à 25 minutes au maximum du CH de Tarare.

n'est pas parfait puisque d'une part, les limites d'âge observées par les services de pédiatrie sont variables en fonction des spécialités médicales concernées et des praticiens et d'autre part, les filtres à disposition permettent d'étudier les données par tranche de 5 ans d'où le choix de retenir la limite de 15 ans. Dans un deuxième temps, il convient de s'intéresser aux établissements dans lesquels sont réalisés ces séjours hospitaliers.

Séjours (RSA) enregistrés pour les personnes de moins de 15 ans résidant dans les communes de la zone d'attractivité du CH de Tarare et établissements de prise en charge.

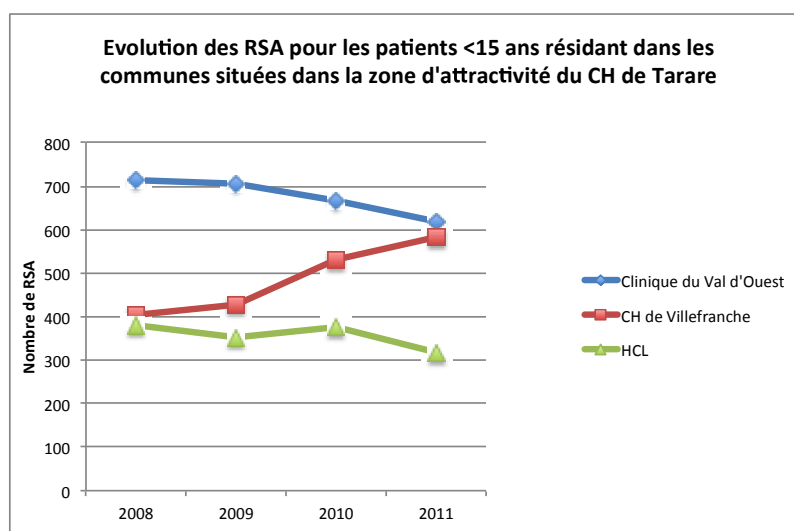
RSA enregistrés :	2009		2010		2011	
	Nb RSA	Répartition	Nb RSA	Répartition	Nb RSA	Répartition
<i>en Rhône Alpes</i>	2097		2197		2102	
à la Clinique du Val d'Ouest	705	33,62%	665	30,27%	619	29,45%
au CH de Villefranche	427	20,36%	532	24,21%	584	27,78%
aux HCL	352	16,79%	377	17,16%	318	15,13%
au CH de Roanne	174	8,30%	189	8,60%	152	7,23%
à la Polyclinique du Beaujolais	56	2,67%	68	3,10%	43	2,05%
au CH de Tarare	88	4,20%	75	3,41%	67	3,19%
dans les autres établissements	295	14,07%	291	13,25%	319	15,18%

Source : PMSI – base Rhône-Alpes

Si le nombre total de séjours pour les moins de 15 ans de Tarare et des environs enregistrés en 2009 et en 2011 est quasiment équivalent, on constate en revanche que 2010 a été une année marquée par une hausse particulièrement forte des hospitalisations.

La répartition des séjours entre les différents établissements permet de calculer le taux d'attractivité⁵⁸ de chacun des établissements auprès de la population ciblée, donnée particulièrement intéressante dans le cadre de cette étude.

⁵⁸ Le taux d'attractivité est ici calculé en déterminant le rapport entre le nombre de séjours enregistrés par établissement et le nombre total enregistré au niveau régional. En effet, la base régionale ne permet pas de comparer le résultat de chaque établissement à l'ensemble des RSA concernant la population ciblée puisqu'il faudrait disposer de données nationales : on suppose que le nombre de RSA des moins de 15 ans des communes ciblées enregistrées en dehors de Rhône-Alpes ne modifie pas substantiellement ce résultat.



Source : PMSI – base Rhône-Alpes

L'étude des données relevées pour les trois principaux établissements s'avère encourageante pour l'Hôpital Nord-Ouest.

En effet, on constate que les deux établissements concurrents du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône sur cette partie du territoire enregistrent un repli important, particulièrement la Clinique du Val d'Ouest, établissement privé à but lucratif situé à Ecully. Dès lors, l'augmentation importante enregistrée par le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône se fait clairement au détriment de l'offre de soins privée. En effet, le taux d'attractivité de la Clinique du Val d'Ouest passe de 33,62% à 29,45% entre 2009 et 2011 pendant que celui de l'hôpital de Villefranche augmente significativement.

Evolution de l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône auprès des <15 ans résidant dans les communes de Tarare et celles situées dans un rayon de 25 minutes

	2008		2009		2010		2011	
	Nb RSA	Attractivité	Nb RSA	Attractivité	Nb RSA	Attractivité	Nb RSA	Attractivité
Total RSA Rhône-Alpes	2055		2097		2197		2102	
RSA enregistrés au CHV	403	20%	427	20%	532	24%	584	28%

Source : PMSI – base Rhône-Alpes

L'examen des données spécifiques au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône permet de déterminer que le taux d'attractivité de l'établissement auprès de la population de moins de 15 ans de la zone étudiée était de 20%. Celui-ci a augmenté les deux années suivantes. Toutefois, en 2010, cette hausse s'est traduite par un nombre de séjours d'autant plus important que le nombre total de RSS en Rhône-Alpes était en forte augmentation (hausse de 100 RSA en Rhône-Alpes, de 105 RSA pour le seul établissement de Villefranche-sur-Saône). La progression du taux d'attractivité constatée en 2011 correspond à un nombre de séjours nettement plus limité : la stabilité au niveau régional (hausse de 4 RSA) entre 2009 et 2011 n'empêche tout de même pas une

progression significative des résultats du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône : 157 RSA supplémentaires.

Ces données permettent donc de considérer que, **grâce aux consultations de pédiatrie, en conservant 2009 comme année de référence, le taux d'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône a augmenté de 4 points en 2010 et de 8 points entre 2009 et 2011.**

3. La détermination du nombre de séjours générés par les consultations de Tarare au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

L'étude des données internes à l'établissement montre que les séjours (RSS) de pédiatrie effectués par la population du bassin de Tarare augmentent sur les années 2009, 2010, 2011. Dans cette augmentation il s'agit de déterminer la part attribuable aux consultations. A cette fin, on utilise les taux d'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône calculés à partir des données régionales en les mettant en regard des séjours enregistrés dans les services de pédiatrie de l'hôpital.

Nombre de RSS enregistrés dans les services de pédiatrie du CH de Villefranche :

	2009	2010	2011
Nombre total de RSS	4033	4568	5104
Nombre de RSS pour le bassin de Tarare	347	450	482

Source : PMSI - DIM centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Ainsi, à partir du nombre total de RSS enregistré au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône pour les services de pédiatrie, on effectue un filtre sur les codes postaux en conservant les mêmes communes que précédemment pour obtenir les données du « bassin »⁵⁹ de Tarare.

On a estimé que, sans les consultations, 20% des séjours de pédiatrie effectués par cette partie de la population le sont au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Ainsi, en 2009, c'était le cas donc les 347 RSS enregistrés ne représentant que 20% des séjours de la zone, on est en mesure d'estimer que 1735 RSS ont été enregistrés dans les services de pédiatrie des établissements de Rhône-Alpes.

⁵⁹ Le terme de « bassin » ici renvoie aux communes déterminées comme faisant partie de la zone d'attractivité du centre hospitalier de Tarare et non à l'acception administrative de « bassin » d'une commune, telle que retenue par l'INSEE par exemple.

En 2010, 450 RSS sont enregistrés ; ils correspondent cette fois à 24% des séjours. On estime donc que sans l'ouverture du secteur de consultations pédiatriques, seulement 20% des séjours de la zone ciblée auraient été enregistrés au niveau de l'établissement, soit 375.

Dès lors, on peut supposer que la différence entre les séjours effectivement enregistrés (450) et ceux résultant de cette estimation (375) correspond au nombre de séjours supplémentaires directement générés par le secteur des consultations, soit **75 séjours de pédiatrie**.

Pour évaluer le nombre de séjours liés aux consultations en 2011, on conserve 2009 comme année de référence. On sait cette fois que l'établissement a un taux d'attractivité de 28% auprès de la population. Si les 482 RSS enregistrés correspondent à ces 28%, on peut estimer que seulement 344 séjours auraient été effectués dans les services de pédiatrie de l'hôpital sans les consultations. Ainsi, **en 2011, 138 RSS** sont imputés au dispositif étudié.

Cette hausse significative entre les deux années pour lesquelles nous disposons des informations incite à croire que le pari stratégique de l'Hôpital Nord Ouest est, pour le moment, un succès. Toutefois, compte tenu de la hausse importante des dépenses engagées entre les deux années considérées, il convient de s'assurer que ces séjours dits « supplémentaires » génèrent suffisamment de recettes pour que l'ensemble ne soit pas déficitaire.

III. Le bilan médico-économique et ses enseignements

L'ensemble des éléments récoltés à partir des outils issus du PMSI notamment, permettent de dresser un bilan médico-économique à l'échelle de la communauté hospitalière (A). En le resituant dans une logique médico-économique, ce bilan permet de valider la stratégie médicale de l'HNO mais demande à être confirmé dans les années qui viennent (B).

A. Le bilan économique des consultations de pédiatrie de l'Hôpital Nord Ouest – Tarare

Une fois établie la méthode (1), il convient de procéder à la valorisation des séjours supplémentaires liés aux consultations (2) pour obtenir un bilan économique consolidé (3).

1. La méthode retenue pour valoriser les séjours supplémentaires liés aux consultations

Le bilan économique des consultations pédiatriques ouvertes au sein de l'hôpital de Tarare implique de valoriser les séjours de pédiatrie qu'on estime générés par celles-ci à l'hôpital de Villefranche. Pour ce faire, on utilise principalement des données disponibles au sein du service de contrôle de gestion du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Cela revient à valoriser 75 RSS pour 2010 et 138 pour 2011.

Avant de créer de nouvelles recettes, chaque séjour supplémentaire génère des dépenses. Pour les évaluer on utilise le compte de résultat analytique (CREA)⁶⁰ établi pour la pédiatrie pour les années 2010 et 2011. Cet outil permet d'isoler la participation de ce centre de responsabilité (CR) au résultat économique du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône : sont intégrées les recettes directes et indirectes ainsi que les coûts directs et indirects afin de déterminer un coût complet⁶¹. Lorsque cela est possible, les dépenses sont affectées au coût réel, directement à chaque UF composant ce CR. Les autres dépenses le sont indirectement, c'est-à-dire en passant par le biais d'une unité d'œuvre (UO). A partir des dépenses directes et indirectes répertoriées dans le CREA, on identifie celles qui varient directement avec le nombre de séjours pris en charge. En effet,

⁶⁰ Cf Annexe IX : CREA des services de pédiatrie du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

⁶¹ RIBOT Benoît, *Le rôle des instruments médico-économiques issus de la T2A. L'analyse du pôle urgences de l'hôpital Lyon Sud*, mémoire EHESP, 2010.

certaines chapitres de dépenses ne seront pas modifiés par le fait, pour les services de pédiatrie, de réaliser 75 ou même 138 séjours supplémentaires.

Pour la valorisation des recettes, la méthode la plus juste est d'utiliser PMSI pilot, logiciel de suivi d'activité utilisé par la CHT, qui valorise l'activité de l'établissement, en permettant de sélectionner les CR. Cette valorisation reconstitue le montant attendu de recettes pour les séjours effectués sur le périmètre sélectionné⁶². A partir de cette donnée, il est possible de déterminer une recette moyenne de RSS pour le secteur et par année.

2. La valorisation des séjours

Concernant les dépenses, on isole donc celles qui sont considérées comme directement liées à l'activité, ou plus exactement celles qui augmentent proportionnellement au nombre de séjours supplémentaires, et les autres. Seules doivent être comptabilisées les premières.

Ainsi, pour les dépenses directes, les dépenses de personnel (1)⁶³ et les dépenses d'amortissements et frais financiers (4) sont à exclure des charges directement liées aux séjours supplémentaires. En effet, compte tenu du nombre assez faible de séjours estimés directement liés aux consultations par rapport à l'activité totale du secteur de pédiatrie⁶⁴, on peut considérer qu'il n'a pas été nécessaire de recruter du personnel supplémentaire ou de dégager des moyens tels que le paiement d'heures supplémentaires pour que les patients correspondants soient pris en charge. Les services de pédiatrie ont pu fonctionner à moyens constants, l'augmentation d'activité demeurant marginale au regard de l'activité totale du service⁶⁵.

⁶² Cf. Annexe X : Données 2010 et 2011 issues de PMSI pilot pour les services de pédiatrie (du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

⁶³ Les chiffres entre parenthèses renvoient aux titres de dépenses tels qu'ils sont présentés dans le CREA (cf. Annexe IX).

⁶⁴ Cela représente, en 2010, 75 séjours sur les 4568 enregistrés en pédiatrie, soit 1,6% de l'activité totale du service ; en 2011, 138 séjours sur 5104 soit 2,7%.

⁶⁵ En 2010, les 75 séjours qu'on estime dus aux consultations sont intégrés dans les 4568 RSS enregistrés en pédiatrie : ils représentent donc 1,64% de l'activité des services d'hospitalisation en pédiatrie ; en 2011, ils constituent 2,70% de l'activité totale du service (138 RSS pour 5104 au total). Si cette hausse devait se poursuivre, on serait peut-être amené à revoir l'hypothèse selon laquelle les séjours créés par les consultations sont pris en charge à moyens constants. Toutefois, cela ne serait pas sans poser un problème de méthodologie puisqu'il est difficile de déterminer quel est le seuil de séjours susceptibles d'entraîner un recrutement et que cette hausse s'inscrit dans un contexte général d'augmentation.

Les dépenses d'amortissement prises en compte ici, au titre des charges directes, correspondent à l'amortissement des biens propres aux services, et notamment les équipements biomédicaux. Là encore, compte tenu du nombre de séjours, il n'y a pas lieu de les retenir.

Pour les dépenses médicales (2), il faut isoler les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantables (DMI) refacturables puisqu'ils font l'objet d'un financement intégral par l'assurance maladie. En revanche, les autres catégories de dépenses médicales sont directement liées au nombre de séjours.

Enfin, les dépenses hôtelières et générales considérées comme des dépenses directes renvoient à ce qu'utilisent les services directement (divers consommables hôteliers, articles et produits d'hygiène, papier pour les photocopies, etc.) : elles sont isolées par service et proportionnelles à l'activité.

A partir du CREA, on obtient donc les dépenses directes sélectionnées pour les années 2010 et 2011 qui ont été effectivement enregistrées pour l'activité du CR de pédiatrie. En le divisant par le nombre de RSS enregistrés sur le CR, on obtient un montant moyen de dépenses directes par RSS ce qui permet, pour chacune des années, de chiffrer les dépenses directes retenues pour les RSS supplémentaires.

Dépenses directes variant proportionnellement à l'activité du service

	2010	2011
2. Dépenses médicales hors MO DMI refacturables	305 668,65 €	446 539,82 €
3. Dépenses hôtelières et générales	130 620,76 €	103 910,28 €
<u>Total dépenses directes</u>	436 289,41 €	550 450,10 €
Nombre total de RSS correspondant	4568	5104
Dépenses directes moyennes par RSS	95,51 €	107,85 €
Nombre de RSS supplémentaires estimés	75	138
<u>Dépenses directes supplémentaires estimées</u>	7 163,25 €	14 882,86 €

On peut donc estimer que les charges directes engendrées par les 75 séjours supplémentaires représentent 7 163 euros en 2010 et pour 2011, 14 883 euros, pour 138 RSS⁶⁶.

En ce qui concerne les dépenses induites, il convient d'appliquer le même raisonnement et d'arrêter quelles sont celles qui ne varient pas directement avec l'activité du service.

Il s'agit, parmi les dépenses de logistique médicale (6), de celles du biomédical puisque là encore, elles varient en fonction des équipements du service⁶⁷ et correspondent principalement aux dépenses engendrées par la maintenance de ces équipements.

De même, parmi les dépenses hôtelières et générales (dépenses de restauration, traitement du linge hôtelier et des tenues professionnelles, etc.) (7), sont à exclure celles de nettoyage : celui-ci est fait indépendamment du nombre de séjours effectués dans les unités puisqu'il s'agit de la prestation liée au nettoyage des parties communes et non celui effectué par les aides-soignants dans l'environnement immédiat des patients. On écarte également celles dites « autres » qui correspondent aux frais de l'administration, de la logistique et celles de structure.

Pour calculer ces dépenses induites, le service du contrôle de gestion se fonde sur différentes unités d'œuvre⁶⁸. L'ensemble des unités d'œuvre pour les dépenses non exclues précédemment varie proportionnellement au nombre de séjours. Pour déterminer les dépenses indirectes correspondant aux séjours supplémentaires, il est donc possible de procéder comme pour les dépenses directes, en ramenant le montant total pour l'ensemble des RSS enregistrés à celui correspondant au nombre de RSS supplémentaires estimés.

⁶⁶ Il convient de souligner que les dépenses hôtelières et générales retenues pour le CR de pédiatrie ont fortement baissé entre 2010 et 2011, contrairement aux autres catégories de dépenses. Cela s'explique principalement par une baisse importante sur certaines fournitures biomédicales comptabilisées dans le titre 3 entre les deux années étudiées.

⁶⁷ Les dépenses de logistique médicale sont calculées au regard des données du compte d'investissement de chaque service.

⁶⁸ Exemples d'UO retenues : pour la restauration, il s'agit du nombre de repas servis ; pour le linge, du nombre de kilos de linge lavé ; pour la stérilisation, le volume en m³ de matériel stérilisé ; pour la radiologie ou le bloc, le nombre d'ICR consommés, etc.

Dépenses induites variant proportionnellement à l'activité du service

	2010	2011
5. Charges prestations médicales	1 150 307,58 €	1 463 138,84 €
6. Logistique médicale hors biomédical	103 131,73 €	87 220,45 €
7. Dépenses hôtelières et générales hors nettoyage, autres, structure	106 245,47 €	117 144,28 €

Total dépenses induites	1 359 684,78 €	1 667 503,57 €
--------------------------------	-----------------------	-----------------------

Nombre total de RSS correspondant	4568	5104
Dépenses induites moyennes par RSS	297,65 €	326,71 €

Nombre de RSS supplémentaires estimés	75	138
Dépenses induites supplémentaires estimées	22 324,07 €	45 085,32 €

Les charges indirectes engendrées par les 75 séjours supplémentaires représentent 22 324 euros en 2010 et pour 2011, 45 085 euros, pour 138 RSS.

Contrairement à ce qui est observable dans le CREA de l'ensemble du CR, le montant des dépenses indirectes retenues pour les RSS liés aux consultations est supérieur à celui des dépenses directes. Ce résultat s'explique par le fait que les dépenses de personnel sont écartées, comme nous l'avons vu, alors qu'elles représentent 90% des dépenses directes et 60% de l'ensemble des charges du CR de pédiatrie⁶⁹.

Dès lors, pour l'ensemble des séjours considérés comme directement liés au développement des consultations pédiatriques à Tarare, on génère les dépenses suivantes pour le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône :

Total des dépenses engendrées par les séjours supplémentaires

	2010	2011
Dépenses directes supplémentaires estimées	7 163,25 €	14 882,86 €
Dépenses induites supplémentaires estimées	22 324,07 €	45 085,32 €
	29 487,32 €	59 968,18 €

⁶⁹ Pour 2011, les proportions sont légèrement inférieures : les dépenses de personnel représentent 88% des dépenses directes et 57% de l'ensemble des charges du CR.

Il convient ensuite de déterminer les recettes correspondant à ces séjours sur la base d'une recette moyenne par RSS et pour chacune des années étudiées. Les calculs sont effectués à partir des données recueillies dans le logiciel de suivi d'activité.

Valorisation des recettes

	2010	2011
Nombre de RSS dans la période	4568	5104
Valorisation de l'activité	8 068 470 €	9 155 688 €
CA moyen d'un RSS de pédiatrie	1 766 €	1 794 €
Nombre de RSS supplémentaires estimés	75	138
CA correspondant	132 473 €	247 548 €

Le montant des recettes est nettement supérieur à celui des dépenses retenues pour ces séjours. Il importe toutefois de les confronter au résultat obtenu sur le périmètre consultations puisque l'excédent dégagé doit permettre de couvrir le déficit constaté au niveau du centre hospitalier de Tarare.

3. La consolidation du bilan économique

Le bilan économique des consultations externes de pédiatrie développées au sein de l'Hôpital Nord-Ouest sur le site du centre hospitalier de Tarare implique la prise en compte des éléments propres à ce secteur mais également les incidences, en termes de séjours d'hospitalisation, enregistrées au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Bilan du fonctionnement des consultations externes de pédiatrie

2010			
Dépenses		Recettes	
coût PM consultations	56 782 €		
coût PNM consultations	19 643 €		
		18 323 €	recettes consultations
coût séjours	29 487 €		
		132 473 €	recettes séjours
TOTAL	105 912 €	150 796 €	TOTAL
Excédent	44 884 €		Déficit
TOTAL 2	150 796 €	150 796 €	TOTAL 2

2011			
Dépenses		Recettes	
coût PM consultations	95 111 €		
coût PNM consultations	84 953 €		
		60 005 €	recettes consultations
coût séjours	59 968 €		
		247 548 €	recettes séjours
TOTAL	240 032 €	307 553 €	TOTAL
Excédent	67 521 €		Déficit
TOTAL 2	307 553 €	307 553 €	TOTAL 2

En 2010, le dispositif est en cours d'installation : le nombre de vacations médicales consacrées aux consultations augmente progressivement au cours de l'année. Toutefois, il apparaît que **dès la première année de fonctionnement ces consultations orientent davantage de patients vers les services de Villefranche qu'auparavant. L'excédent évalué pour la première année est de 44 880 euros.**

En 2011, les dépenses sont nettement plus élevées dans la mesure où le nombre de vacations médicales a considérablement augmenté. Toutefois, celles-ci ont permis de continuer à générer des séjours hospitaliers dans des proportions suffisantes pour que l'excédent soit estimé à 67 520 euros.

L'ensemble des données du bilan économique permet d'alimenter une réflexion intéressante en terme d'offre de soins à disposition de la population tararienne et des environs mais laisse encore différentes questions en suspens.

B. Un bilan médico-économique qui valide la stratégie médicale de l'Hôpital Nord-Ouest

Le projet médical de l'HNO, dans son objectif de développer les consultations médicales avancées, a amélioré significativement l'accès aux soins d'une population résidant dans un secteur géographique en difficulté sociale et sanitaire (1). Toutefois, il importe d'identifier les conditions qui permettent de consolider la réussite d'un tel dispositif (2) tout en restant prudent, notamment au regard des limites que comporte cette étude (3).

1. Une amélioration indéniable de l'accès aux soins dans une zone géographique en difficulté

Cette étude, au-delà de son aspect économique, permet de dresser un premier bilan en terme de réponse à un besoin de santé publique. Indéniablement, le développement des consultations est très important pour la population, en témoigne la hausse importante de la fréquentation du service de consultations externes et de celles de pédiatrie en particulier⁷⁰.

Cette fréquentation importante renvoie bien à l'idée que les consultations constituent une réponse à un besoin de la population. Bien que ce soit impossible à quantifier, on peut supposer que des patients qui, jusque là, se passaient de soins, viennent désormais consulter les spécialistes à l'hôpital. De plus, les échanges avec les professionnels libéraux laissent entendre que les médecins généralistes accomplissaient une part importante de la prise en charge pédiatrique des enfants de la région. Or, compte tenu de la démographie médicale et de son évolution prévisible, il devenait indispensable de trouver une autre réponse. Enfin, comme les données sur l'attractivité des établissements l'ont montré, ils allaient plus loin et notamment, lorsqu'ils en avaient les moyens, dans des établissements privés voisins. Toutefois, on peut être étonné de la rapidité avec laquelle la population s'est tournée vers le service de consultations pédiatriques de l'hôpital : dès 2010, première année de fonctionnement, les résultats exposés précédemment soulignent que le dispositif désormais en place répondait à une attente. Ainsi, les deux médecins ayant débuté dès janvier 2010 ont rapidement atteint un nombre moyen de consultations par vacation identique à celui qu'ils réalisent au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône⁷¹.

⁷⁰ Cf. *supra* : p.7 et note de bas de page n°11.

⁷¹ 10 consultations par vacation en moyenne pour des pédiatres « généralistes ».

Se pose désormais la question du niveau de vacations médicales à arrêter pour répondre à ce besoin de santé. En effet, compte tenu du fait que le secteur est déficitaire en lui-même, la CHT a intérêt à déterminer un niveau de vacations médicales acceptable au regard des besoins de la population. Ce niveau est toutefois difficile à évaluer. Un indicateur peut être envisagé : celui du délai d'attente pour la prise de rendez-vous. A partir d'un délai raisonnable et stable, on peut estimer que le point d'équilibre est atteint entre les besoins des patients et ce que doit mettre à disposition la structure hospitalière pour y répondre. A ce jour, on ne dispose pas du recul suffisant pour répondre à cette question et la détermination du délai raisonnable n'est pas évidente dans la mesure où elle renvoie à la subjectivité de chacun.

2. Les conditions inhérentes à la réussite du dispositif de consultations au sein de la CHT

On retrouve la notion de seuil de consultations à mettre en place : **au-delà de la réponse à un besoin de santé, force est de constater qu'à partir d'un certain niveau de vacations, et donc de dépenses, les consultations ne ramèneront pas de séjours à hauteur de leur coût de fonctionnement.** Cela renvoie à la question du lien entre consultations et séjours d'hospitalisation ; sur les deux premières années de fonctionnement on a calculé que 13,5% des consultants allaient, l'année suivante, se faire hospitaliser au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône⁷². Toutefois, si on estime qu'aujourd'hui le système s'équilibre, on sait également que ce taux sera d'autant plus bas que les consultations seront davantage à lier à la permanence des soins qu'à un besoin de prise en charge hospitalière. Indéniablement, l'offre hospitalière pallie les déficits de la médecine de ville dans cette partie du territoire. Ceci est viable pour la CHT tant que le nombre de séjours d'hospitalisation généré est suffisant pour combler le déficit structurel du secteur des consultations. Il sera donc fondamental, dans les années à venir, de déterminer un point d'équilibre pour assurer la pérennité des consultations pédiatriques.

⁷² Pour mémoire (cf. note de bas de page n°54), on a estimé que ce taux minimisait l'impact réel des consultations sur le comportement des patients en ne prenant pas en compte les patients qui recourraient à des consultations de suivi donc postérieurement à leur hospitalisation et pour qui, cette possibilité aurait été un élément incitant à se rendre au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Cela ne prend pas non plus en compte la dynamique engendrée par ce dispositif qui incite à s'adresser à Villefranche, indépendamment ou non d'un besoin de consultation.

A ce stade, on peut d'ores-et-déjà s'interroger sur le mode de financement des consultations hospitalières. Compte tenu du contexte socio-économique décrit précédemment, l'objectif est d'accueillir l'ensemble des patients, sans condition de ressources, et d'offrir à tous, la même qualité de prestations. Puisque l'intérêt en terme de santé publique est évident et que les médecins hospitaliers effectuent une part importante du travail qui devrait relever de la médecine libérale, on peut s'interroger sur l'opportunité de rémunérer les établissements de santé sur la base de la T2A. L'idée pourrait être de négocier avec l'ARS un financement de type MIGAC au titre de cette activité déficitaire, et par conséquent aux implications lourdes financièrement pour la CHT, et qui relève, en grande partie, de la permanence des soins. La difficulté réside d'une part dans le fait que le projet médical dans lequel s'inscrivent les consultations avancées de Tarare a fait l'objet d'une négociation avec l'agence : cet aspect constituait un point particulier d'un ensemble impliquant une augmentation de la capacité d'accueil du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, la modernisation de son plateau technique, etc. Par ailleurs, le service de consultations de Tarare sert réellement de moyen de recrutement de patients pour la CHT donc se poserait la question du critère à arrêter pour déterminer la participation de l'agence. Il est vrai que tant que le système paraît s'équilibrer financièrement, il n'y a pas d'urgence à revenir sur l'accord initial mais la question pourrait devenir primordiale si tel n'était plus le cas.

Enfin, il convient de maintenir un équilibre entre les deux établissements. C'est un enjeu important car il ne s'agit pas de mettre en difficulté un des deux établissements. Ainsi, dans cette étude, n'est pas prise en compte la baisse éventuelle d'activité sur Villefranche générée par le fait que les médecins vont faire des vacations à Tarare. Il n'est matériellement pas possible de le faire puisque nous ne disposons pas des outils pour calculer cette baisse d'activité supposée, donc de recettes pour l'établissement siège. De plus, ce type de questions pourrait s'avérer contre-productive lorsqu'il s'agit de lancer des projets médicaux ambitieux. En effet, on peut supposer que les consultations organisées au centre hospitalier de Tarare ont un impact sur l'organisation du travail médical à Villefranche ; celles-ci se font nécessairement au détriment du temps que les praticiens passaient auparavant dans les services ou en consultations sur place. Il est difficile de déterminer si cette nouvelle organisation implique une perte d'activité. Le pari repose sur l'idée que le fait de sortir de l'établissement génère plus de séjours que de rester dans les murs de son service. Ceci est évidemment invérifiable mais il convient d'être prudent. En effet, compte tenu du caractère limité du bassin de population de Tarare et de ses environs, il importe de ne pas délaissier un bassin de population

nettement plus important qu'est celui de Villefranche⁷³. Les moyens déployés au centre hospitalier de Tarare doivent rester raisonnables au regard des besoins supposés de la population de Villefranche-sur-Saône et de ses environs. La détermination des conditions de réussite à long terme du parti stratégique entrepris par l'HNO se heurte cependant aux différentes limites de l'étude.

3. Les limites de l'étude

La première limite, déjà évoquée, réside dans le manque de recul dont on dispose pour évaluer pleinement le fonctionnement du dispositif. Le choix a été de se centrer sur les consultations de pédiatrie car les données d'activité sur deux années complètes de fonctionnement étaient disponibles. L'organisation des consultations de pédiatrie n'est pas stabilisée : elle devrait l'être fin 2012 avec l'atteinte du niveau de vacations souhaité. Toutefois, les premières tendances sont encourageantes puisque l'analyse des données disponibles montre un système qui paraît aujourd'hui viable économiquement et qui a engendré une modification des flux de population, élément fondamental pour la CHT Villefranche-sur-Saône – Tarare.

La deuxième limite est liée à la détermination du nombre de séjours d'hospitalisation « supplémentaires », considérés comme générés par les consultations. Ceux-ci sont effectivement déterminés de manière relativement théorique puisqu'on pose plusieurs hypothèses difficilement vérifiables. Tout d'abord, on estime que l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône se serait maintenue auprès de la population de Tarare et des environs sans la mise en œuvre des consultations ; à l'inverse, on suppose également que l'amélioration de l'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, d'une manière générale, n'aurait pas eu d'effet sur cette partie du territoire de santé puisqu'on attribue l'intégralité de la hausse constatée à la mise en œuvre des consultations. Sur ce point, il n'apparaît pas de biais qui semble de nature à remettre en cause les résultats de l'étude, compte tenu notamment de l'éloignement géographique de cette partie du territoire, la plus éloignée du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, et des habitudes culturelles de la population⁷⁴.

⁷³ D'après l'INSEE, Tarare et les communes considérées comme dans la zone d'attractivité du centre hospitalier (donc à 25 minutes), comptaient en 2008, pratiquement 63 500 habitants (cf. Annexe V pour le détail des communes). L'agglomération de Villefranche-sur-Saône compte elle environ 120 000 habitants. Selon les données de l'INSEE et en adoptant le même critère d'attractivité, Villefranche-sur-Saône et les communes situées à 25 minutes au maximum comptent pratiquement 250 000 habitants.

⁷⁴ Traditionnellement, la population suit la vallée et « descend » à Lyon, trajet plus naturel que de changer de vallée pour se rendre à Villefranche.

Par ailleurs, en étudiant un secteur particulier des consultations, on ne se penche pas sur les interactions avec d'autres disciplines. Concernant la pédiatrie, on ne prend pas en compte l'impact des consultations de gynécologie-obstétrique qui, sans doute, existe. Les locaux sont partagés par ces deux disciplines : une femme qui fera son suivi de grossesse au sein du centre périnatal de l'hôpital de Tarare, qui aura accès aux consultations de gynécologie-obstétrique, et qui sera incitée à aller accoucher au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône aura tendance à reproduire ce « fonctionnement » avec son enfant. Elle connaît, avant la naissance de celui-ci, les lieux et l'offre de soins à sa disposition et sera encline, spontanément, à recourir aux consultations pédiatriques de Tarare.

Enfin, il convient de souligner l'existence d'un biais sur la valorisation des séjours, principalement pour la détermination des recettes. Dans la présente étude, cette valorisation repose sur un chiffre d'affaire moyen par RSS calculé à partir de l'activité totale de pédiatrie enregistrée au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. On suppose, par conséquent, que les séjours dits « supplémentaires » présentent au global la même structuration que l'ensemble des séjours de pédiatrie de l'hôpital. Il n'y a en effet a priori pas de raison pour que les pathologies soient différentes de celles constatées chez les enfants du reste du territoire de santé. Cependant, les recettes moyennes comprennent les séjours enregistrés à l'UHCD, unité de dégagement des urgences, dans laquelle les séjours sont a priori moins valorisés que ceux effectués par exemple dans un service de chirurgie. Or, il est très probable que les séjours supplémentaires générés par les consultations sur Tarare n'orientent pas les patients vers l'accueil des urgences et son unité de dégagement, mais davantage vers les autres services pour de l'hospitalisation programmée. Cette affirmation est à nuancer en partie car il est possible que la mutualisation de la même équipe médicale permette d'instaurer une relation de confiance à l'origine d'une sorte de dynamique qui rend naturel pour la population tararienne de se tourner vers le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône plutôt que vers un autre établissement. Ceci est impossible à vérifier et il est très probable que la majorité des séjours dits « supplémentaires » soient enregistrés sur les autres UF d'hospitalisation, ce qui laisserait supposer une légère sous-évaluation des recettes générées, la recette moyenne du RSS intégrant dans son calcul l'ensemble du secteur pédiatrique.

Malgré l'ensemble de ces limites, les résultats observés sont très encourageants pour la suite de la mise en œuvre du projet médical de la communauté hospitalière de territoire.

Conclusion

En rénovant les outils de la coopération hospitalière, le législateur, par le biais de la communauté hospitalière de territoire, a encouragé une conception territoriale de la médecine hospitalière ; ces orientations sont déclinées au niveau de la région Rhône-Alpes par le biais du projet régional de santé 2012-2017 qui réaffirme la nécessité d'un décloisonnement de l'exercice des praticiens. En privilégiant la mobilité des praticiens à celle des patients, l'offre de soins permet de répondre de manière plus adaptée aux besoins de la population. C'est en s'inscrivant dans cette logique que le service de consultations, notamment pédiatriques, du centre hospitalier de Tarare a pu être développé en coopération avec celui de Villefranche-sur-Saône. Toutefois, cela s'est heurté à certaines rigidités qu'il a fallu contourner, notamment le statut des praticiens hospitaliers, lequel n'encourage pas un exercice multi-sites. Si le dispositif est conçu à l'échelle de la CHT, le bilan économique ne peut qu'être effectué au même niveau, bien que les établissements membres restent juridiquement et financièrement distincts. A terme, la consolidation des comptes à l'échelle de la CHT devrait être un élément complémentaire de l'analyse des situations de chacun des membres.

La réalisation de cette étude permet d'affirmer que le législateur a donné aux établissements les moyens de concevoir une stratégie qui, si elle est bien pensée et articulée aux moyens médicaux, permet à l'hôpital public d'être efficient. Il s'avère que dans certaines zones, la survie de l'hôpital public est conditionnée par l'organisation d'une réponse graduée, avec la mise en place de filières de prise en charge, reposant sur l'intervention coordonnée de plusieurs établissements. La CHT permet l'organisation de cette réponse graduée en décloisonnant les établissements : il est possible pour un hôpital de « sortir » d'un territoire pour aller vers un autre et capter des patients dans le cadre d'une stratégie public/public. Dans le contexte économique actuel, la recherche d'une démarche plus efficiente est indispensable. L'exemple des consultations organisées à l'échelle de l'Hôpital Nord-Ouest Tarare/Villefranche-sur-Saône montre que l'intérêt de la population peut être préservé grâce à une prise en charge de qualité tout en délivrant des soins conventionnés en secteur 1. En ce sens, il apparaît que la communauté hospitalière de territoire est un outil qui permet à l'hôpital public de déployer une stratégie médicale efficace et répondant aux attentes de la population.

Bibliographie

Rapports, Etudes

- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Ministère de la santé, « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », novembre 2010.
- L'Hôpital Nord-Ouest – Villefranche-sur-Saône, « Rapport annuel du Directeur », 2011.
- Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes, « Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes. Méthode de l'indice global », avril 2007.
- Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes, « Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes. Analyse en composantes principales et typologie des territoires », mai 2007.
- Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes, « Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes », mars 2011.
- TELLIER Sergine, DE PERETTI Christine, BOISGUERIN Bénédicte, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », DREES, Etudes et résultats n°167, avril 2002.
- Union régionale des médecins libéraux, de Rhône-Alpes, « Démographie de la médecine spécialisée en Rhône-Alpes. Les pédiatres », juillet 2010 ;
- Ville de Tarare, « Diagnostic préalable à la conclusion du contrat urbain de cohésion sociale », 2006.

Mémoires

- PARNEIX Nicolas, « Optimiser l'organisation des consultations externes du centre hospitalier d'Orsay, pour en faire une vitrine de l'hôpital », mémoire EHESP, 2009.
- RIBOT Benoît, « Le rôle des instruments médico-économiques issus de la T2A. L'analyse du pôle urgences de l'hôpital Lyon Sud », mémoire EHESP, 2010.
- ROBIN-BELLOT Véronique, « Entre hôpital de jour et consultations externes : zone grise et critères de distinction. Problématique reposant sur des cas traités au Centre hospitalier Lyon Sud des Hospices Civils de Lyon », mémoire ENSP, 2000.
- SCHOEBEL Noémie, « L'optimisation des consultations externes : un levier de la performance du Centre hospitalier des Quatre Villes », mémoire EHESP, 2010.

Sites internet

- site de l'assurance maladie : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap.php>
- site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/accueil/>
- site de l'ARS Rhône Alpes : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>
- site géosanté : <http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/index.php>
- site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/>
- site de la communauté hospitalière de territoire l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche-sur-Saône – Tarare : <http://www.lhopitalnordouest.fr/>
- site de l'ORS Rhône-Alpes : <http://ors-rhone-alpes.org/associations/>
- site du portail d'information sur les études régionales en observation de la santé : <http://www.pieros.org>
- site du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

ANNEXE I – CONVENTION CONSTITUTIVE DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE / TARARE.....	II
ANNEXE II – CARTE DE L’ORS RHONE-ALPES PRESENTANT L’INDICE « ETAT DE SANTE » POUR L’ENSEMBLE DE LA REGION – 2007.....	X
ANNEXE III – CARTE DE L’ORS RHONE-ALPES PRESENTANT LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITE GENERALE POUR L’ENSEMBLE DE LA REGION.	XI
ANNEXE IV – DENSITE MEDICALE DES PEDIATRES LIBERAUX DANS LE DEPARTEMENT DU RHONE – 2010.....	XII
ANNEXE V – PRESENTATION DES COMMUNES DE LA ZONE D’ATTRACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE TARARE	XIII
ANNEXE VI – PRESENTATION DU LOGO DE LA CHT ET SON IMPLANTATION SUR LES DEUX ETABLISSEMENTS DE L’HOPITAL NORD-OUEST.....	XVII
ANNEXE VII – ARTICLE DU PROGRES – 5 FEVRIER 2012.....	XIX
ANNEXE VIII – EXTRAITS DU LIVRET DE PRESENTATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DE TARARE	XX
ANNEXE IX – CREA DES SERVICES DE PEDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	XXII
ANNEXE X – DONNEES 2010-2011 CONCERNANT LES SERVICES DE PEDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE ISSUES DU LOGICIEL PMSI PILOT.....	XXIII

**ANNEXE I – CONVENTION CONSTITUTIVE DE LA COMMUNAUTE
HOSPITALIERE DE TERRITOIRE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE / TARARE**

**Création d'une communauté
hospitalière de territoire entre le
centre hospitalier de Villefranche-
sur-Saône et le centre hospitalier de
Tarare**

Convention constitutive de CHT

16 décembre 2010

1

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

Centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône
Centre hospitalier de Tarare

CONVENTION

VISAS

Vu les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique,

Vu les articles R. 6132-28 et R. 6132-31 à R. 6132-35 du Code de la santé publique,

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, en date du 3 décembre 2010, et l'approbation par celui-ci du projet médical de la communauté hospitalière de territoire lors de cette même séance,

Vu la concertation avec le directoire du centre hospitalier de Tarare, en date du 13 décembre 2010, et l'approbation par celui-ci du projet médical de la communauté hospitalière de territoire lors de cette même séance,

Vu l'information du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, en date du 14 décembre 2010,

Vu l'information du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Tarare, en date du 14 décembre 2010,

Vu l'information de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, en date du 14 décembre 2010,

Vu l'information de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Tarare, en date du 13 décembre 2010,

Vu la délibération du conseil de surveillance du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, en date du 16 décembre 2010 sur la désignation de l'établissement siège,

Vu la délibération du conseil de surveillance du centre hospitalier de Tarare, en date du 16 décembre 2010 sur la désignation de l'établissement siège,

Vu l'avis du conseil de surveillance du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, en date du 16 décembre 2010 sur la convention constitutive,

Vu l'avis du conseil de surveillance du centre hospitalier de Tarare, en date du 16 décembre 2010 sur la convention constitutive,

Vu l'avis du préfet de la région Rhône-Alpes, en date du ...

Il a été convenu entre les partenaires ce qui suit :

16 décembre 2010

2

PREAMBULE

Dans un contexte de complémentarité, les centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare ont souhaité inscrire leur partenariat dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT), telle que prévue par la loi du 21 juillet 2009.

L'objectif est d'ancrer les établissements partenaires dans la logique de structuration territoriale de l'offre de soins. La communauté hospitalière de territoire intègre à ce titre les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

La communauté hospitalière de territoire s'appuie sur une démarche de stratégie médicale commune, concrétisée par le projet médical commun élaboré par les centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare.

La communauté hospitalière de territoire s'accompagnera également d'une direction commune permettant notamment la mise en œuvre des objectifs que se fixent les partenaires au titre de la présente convention.

16 décembre 2010

3

TITRE I
NATURE JURIDIQUE - DENOMINATION - OBJET - CREATION - MEMBRES - DUREE

ARTICLE 1 - Membres

Il est constitué une communauté hospitalière de territoire entre :

- o Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, situé Plateau d'OUILLY-GLEIZE 69655 Villefranche-sur-Saône Cedex, représenté par son directeur, Philippe EL SAÏR,
- o Le centre hospitalier de Tarare, 1 boulevard J.B. Martin 69170 Tarare, représenté par son directeur par intérim, Philippe EL SAÏR,

ARTICLE 2 -Dénomination

La dénomination de la communauté hospitalière de territoire est :

« Communauté hospitalière de territoire Villefranche-sur-Saône et Tarare »

Cette dénomination est susceptible d'évoluer en fonction des réflexions spécifiques menées à son sujet afin de donner une visibilité à la CHT pour la population.

ARTICLE 3 - Création

La communauté hospitalière de territoire est créée à compter de la date de l'approbation de la présente convention par le directeur général de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes.

Conformément au droit positif, la communauté hospitalière de territoire ne disposera pas de la personnalité morale.

ARTICLE 4 - Objet

La communauté hospitalière de territoire a pour objet de mettre en œuvre une stratégie commune entre les établissements membres, sur la base d'un projet médical commun.

Une synthèse du projet médical commun figure en annexe de la présente convention.

La communauté hospitalière de territoire établie au titre de la présente convention ne dispose pas de la personnalité juridique.

16 décembre 2010

4

ARTICLE 5 - Durée

La présente convention de communauté hospitalière de territoire est conclue pour une durée indéterminée, à compter de son approbation.

ARTICLE 6 - Adhésion et retrait

L'adhésion d'un nouveau membre ainsi que le retrait d'un établissement partenaire donne lieu à un avenant à la présente convention dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 12.

TITRE II FONCTIONNEMENT DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

ARTICLE 7 - Commission de communauté

ARTICLE 7-1 - Missions

Une commission de communauté est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements partenaires les mesures nécessaires pour faciliter cette application et améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

ARTICLE 7-2 - Composition

La commission de communauté est composée de la manière suivante :

- le président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône,
- le président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Tarare,
- le président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône,
- le président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Tarare,
- le directeur du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône,
- le directeur du centre hospitalier de Tarare.

Dans l'hypothèse de mise en œuvre des dispositions de la convention de direction commune, siègent au sein de la commission de communauté, en lieu et place du directeur du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et du directeur du centre hospitalier de Tarare :

- le directeur commun des centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare,
- le directeur adjoint en charge du centre hospitalier de Tarare.

ARTICLE 7-3 - Présidence

La présidence de la commission de communauté est assurée, en alternance, par les présidents des conseils de surveillance des établissements partenaires.

La durée du mandat est fixée à 2 ans.

Le président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Tarare assure la première présidence.

ARTICLE 7-4 - Fonctionnement

La commission de communauté se réunit au moins une fois par an et de droit à la demande de l'un de ses membres.

Chaque membre dispose d'une voix. En cas d'égalité, le président dispose d'une voix prépondérante.

La commission peut inviter à ses réunions toute personne dont la participation est utile à la mise en œuvre de ses missions.

Un procès-verbal des réunions de la commission est établi.

Le secrétariat de la commission est à la diligence du directeur de l'établissement siège.

ARTICLE 8 - Etablissement siège de la CHT

Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône est désigné en qualité d'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire.

Une représentation du centre hospitalier de Tarare est organisée au sein des instances du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Ainsi sont systématiquement invités et disposent d'une voix consultative :

- Le président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Tarare ou le représentant qu'il désigne aux séances du conseil de surveillance du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ;
- Le président du directoire du centre hospitalier de Tarare ou le représentant qu'il désigne aux séances du directoire du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ;
- Le président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Tarare ou le représentant qu'il désigne aux séances de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône ;
- Un représentant du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Tarare, désigné par son président, aux séances du comité technique d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

Une représentation symétrique est organisée lors des instances du centre hospitalier de Tarare.

ARTICLE 9 - Convention de direction commune

Les centres hospitaliers de Villefranche-sur-Saône et de Tarare passent entre eux une convention de direction commune.

ARTICLE 10 - Mise en cohérence

Les établissements partenaires procèdent à la mise en cohérence :

- des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM),
- des projets d'établissement ;
- des plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) ;
- des programmes d'investissement des établissements.

Pour veiller à cette cohérence, il est convenu de réunir ensemble les directeurs des deux établissements aussi souvent que nécessaire.

Cette mise en cohérence s'effectuera en lien avec l'ARS de Rhône-Alpes et dans le respect du SROS.

ARTICLE 11 - Comptes combinés

Des comptes combinés seront établis dès la publication des dispositions réglementaires d'application de ce dispositif.

TITRE III AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 12 - Avenant

La présente convention peut faire l'objet d'avenants qui sont élaborés et approuvés dans les mêmes conditions légales et réglementaires que la présente convention.

ARTICLE 13 - Résiliation

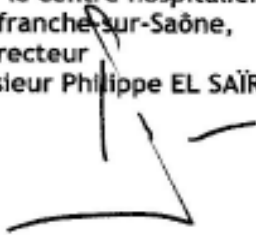
La présente convention peut être résiliée :

- soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements partenaires ;
- soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements partenaires ;


- soit sur décision prise, après avis du préfet de région, par le directeur général de l'ARS en cas de non-application de la convention.

Fait à Villefranche-sur-Saône et à Tarare, le 16 décembre 2010,

Pour le centre hospitalier de
Villefranche-sur-Saône,
le directeur
Monsieur Philippe EL SAÏR



Pour le centre hospitalier de
Tarare,
le directeur par intérim
Monsieur Philippe EL SAÏR



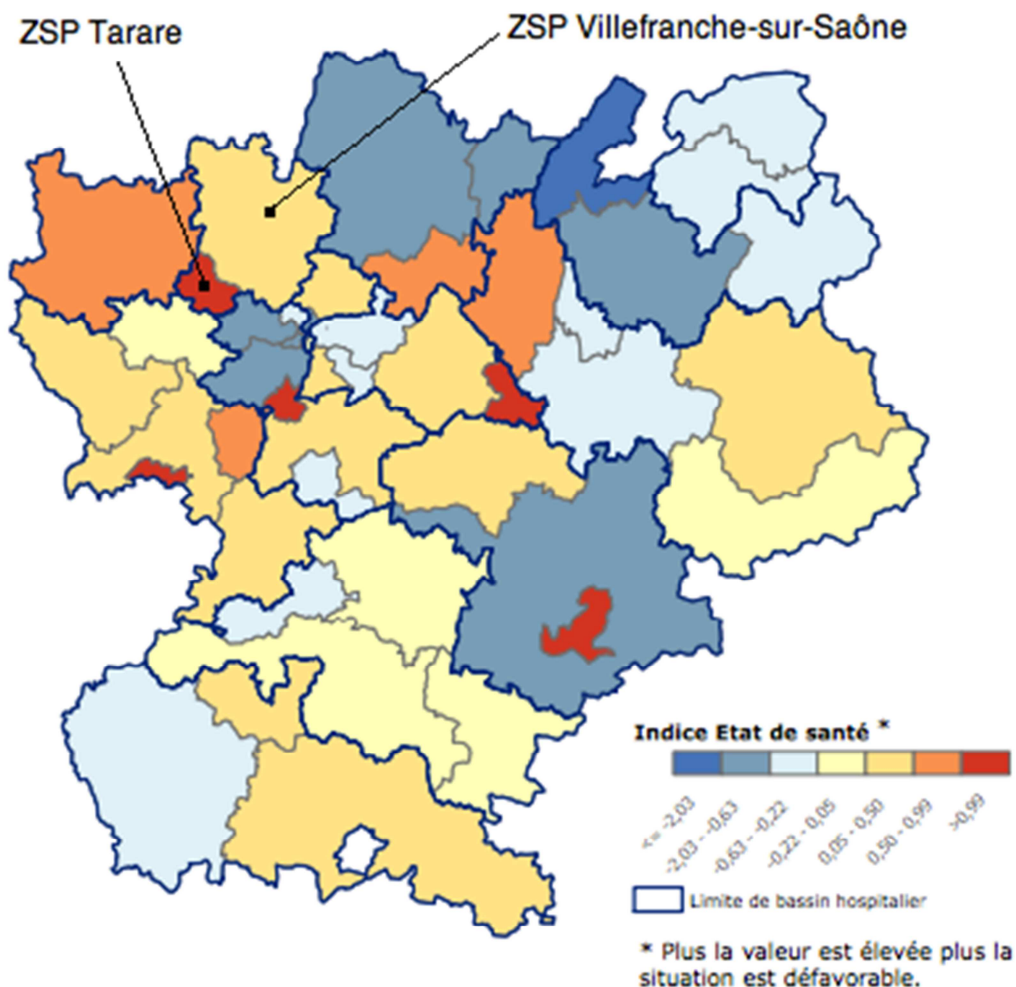
Annexe : projet médical de la CHT

16 décembre 2010

8

**ANNEXE II – CARTE DE L'ORS RHONE-ALPES PRESENTANT L'INDICE
« ETAT DE SANTE » POUR L'ENSEMBLE DE LA REGION – 2007.**

Indice « État de santé »

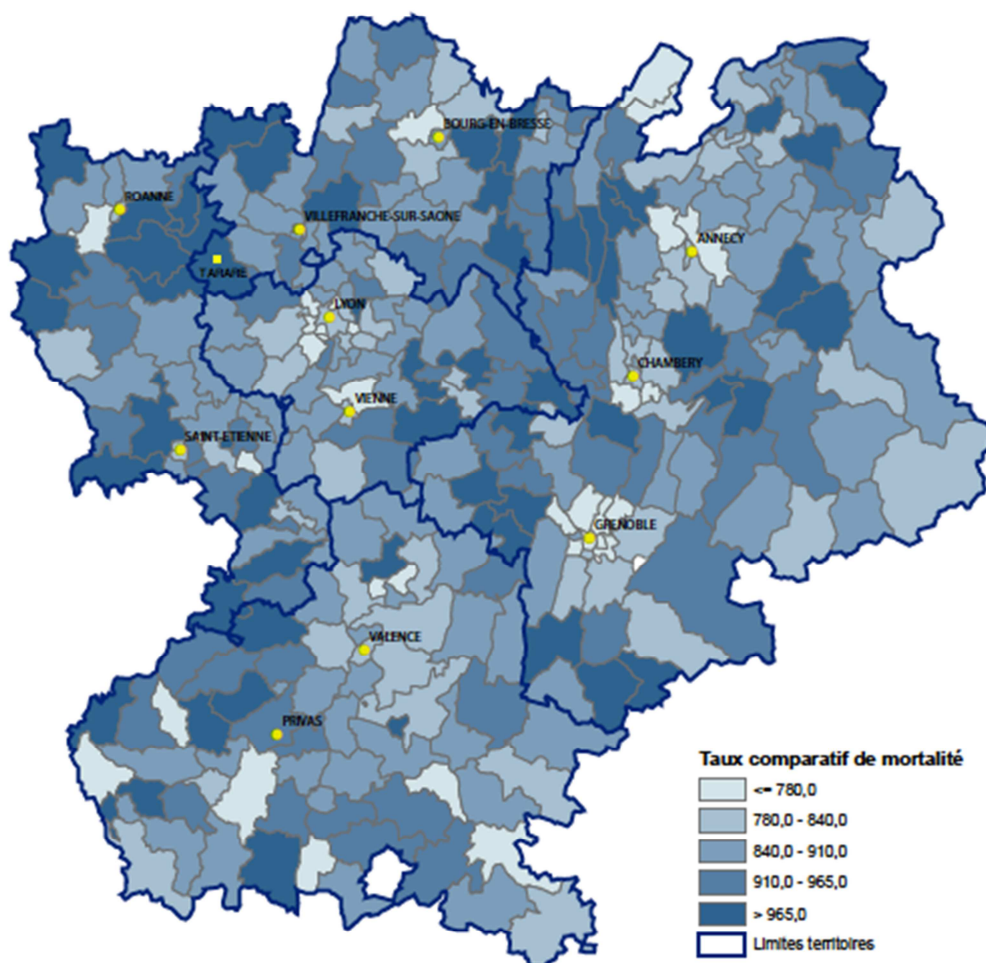


Traitement : ORS Rhône-Alpes

Carte extraite du rapport de l'Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes, « Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes. Méthode de l'indice global », avril 2007.

ANNEXE III – CARTE DE L'ORS RHONE-ALPES PRESENTANT LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITE GENERALE POUR L'ENSEMBLE DE LA REGION.

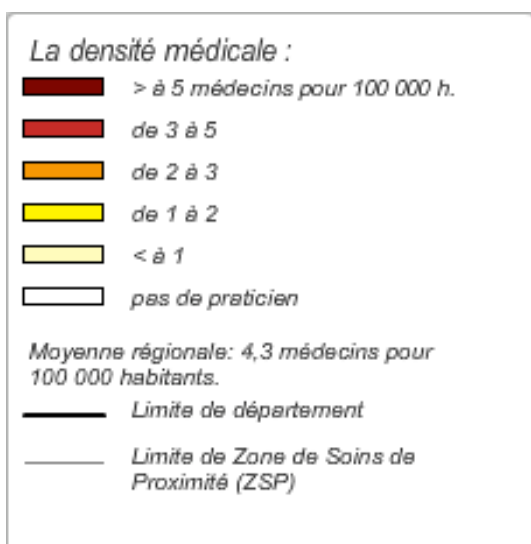
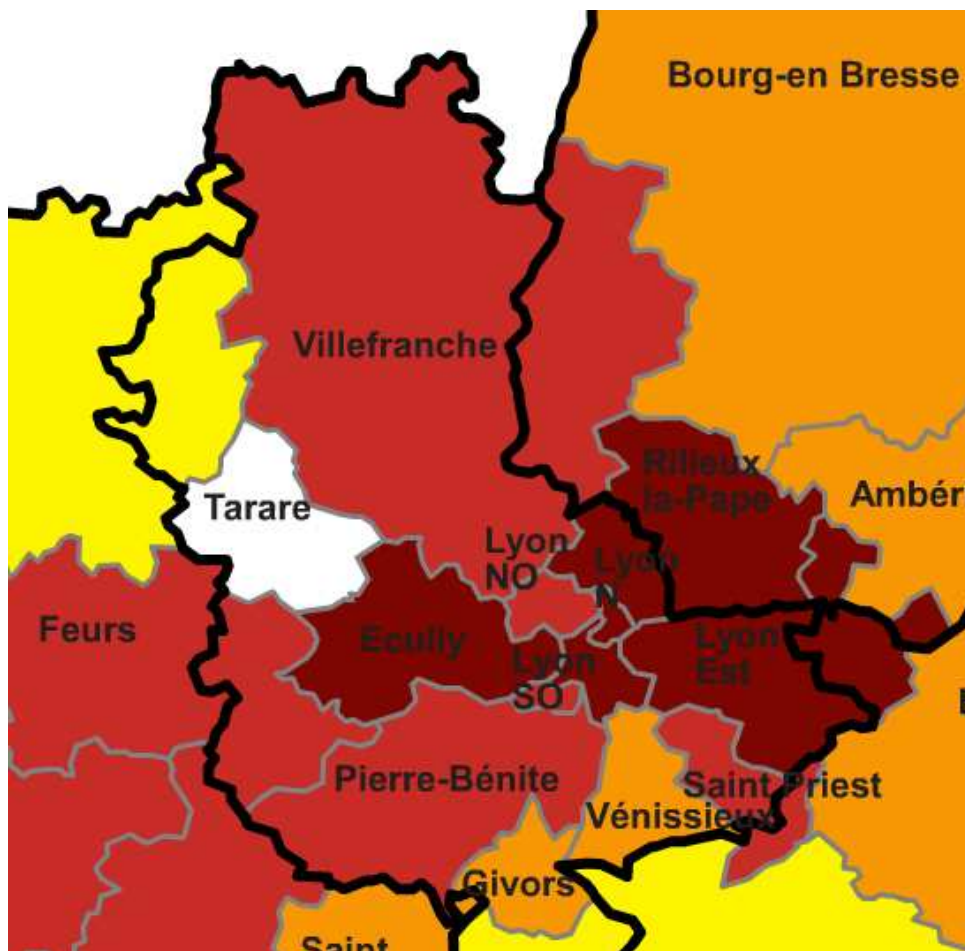
Taux comparatif* de mortalité générale par canton sur la période 2000-2008



* Taux annuel pour 100 000 habitants
Source : Insee, CépiDC - Exploitation ORS

Carte extraite du rapport de l'Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes, « Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes », mars 2011.

ANNEXE IV – DENSITE MEDICALE DES PEDIATRES LIBERAUX DANS LE DEPARTEMENT DU RHONE – 2010



Source : <http://www.urps-med-ra.fr/geomedecine/specialites/index.html>

ANNEXE V – PRESENTATION DES COMMUNES DE LA ZONE D'ATTRACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE TARARE



Origine des patients effectuant un séjour MCO au Centre hospitalier de
Tarare



	2006		2010	
	Nombre de séjours	Répartition	Nombre de séjours	Répartition
Tarare	1455	44,36%	1397	41,20%
Pontcharra	578	17,62%	577	17,02%
L'Arbresle	454	13,84%	554	16,34%
Amplepuis	160	4,88%	153	4,51%
Violay	72	2,20%	81	2,39%
Montrottier	66	2,01%	79	2,33%
Le Bois d'Oingt	54	1,65%	62	1,83%
Bessenay	147	4,48%	171	5,04%
Autres communes	294	8,96%	317	9,35%
Total*	3280	100,00%	3391	100,00%

* : prise en compte des séjours classés par code postal ; 0,2% de codes postaux inutilisables en 2006, 0,1% les autres années.

L'étude de l'origine des patients hospitalisés au CH de Tarare de 2006 à 2010 montre une relative stabilité dans la répartition des communes d'origine.

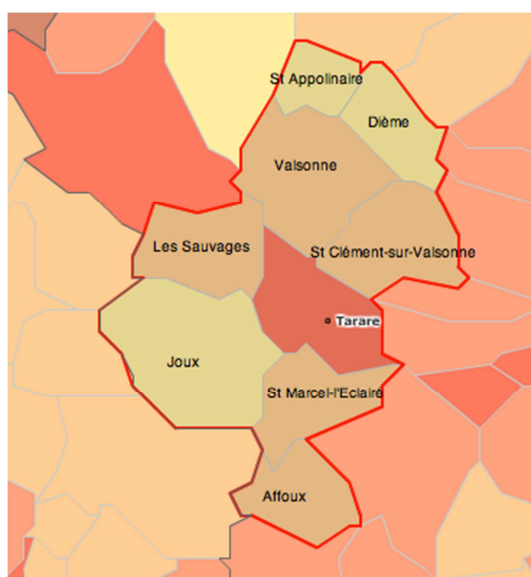
A noter toutefois que davantage de patients semblent venir de L'Arbresle alors que ceux de Tarare diminuent.

84,9% des patients hospitalisés au CH de Tarare vivent dans la zone d'attractivité (<25 min) de l'établissement en 2006, 83,8% en 2010.

Présentation démographique des communes étudiées

Source : INSEE

TARARE (69170)

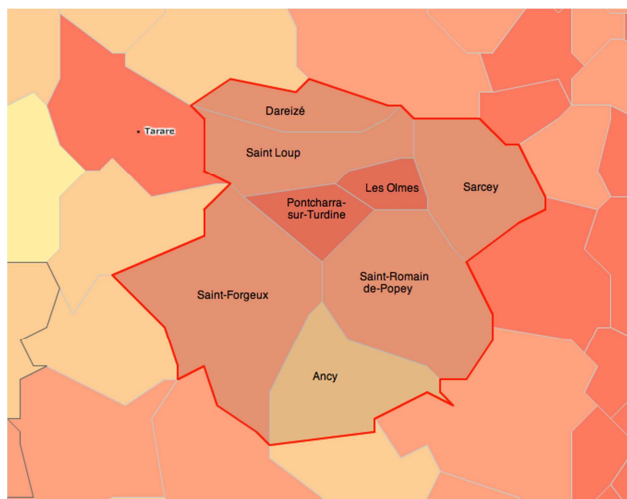


Population (2008) : 14 293 hab
Densité (2008) : 117,4 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 458 habitants soit +3,2% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 0,36%

Moins de 20 ans : 3748 hab soit 26,2% de la population en 2008 (25% en 1999)
75 ans et plus : 1547 hab soit 10,8% de la population en 2008 (8% en 1999)

PONTCHARRA-SUR-TURDINE (69490)

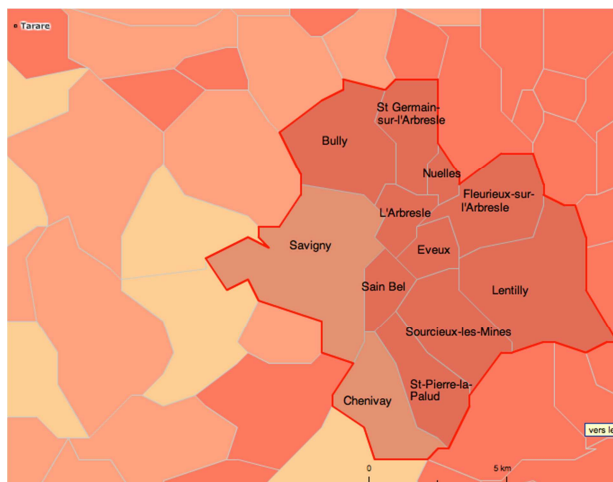


Population (2008) : 8 798 hab
Densité (2008) : 103,5 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 957 habitants soit +12,19% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 1,36%

Moins de 20 ans : 2 382 hab soit 27,1% de la population en 2008 (26,9% en 1999)
75 ans et plus : 529 hab soit 6% de la population en 2008 (4,6% en 1999)

L'ARBRESLE (69210)

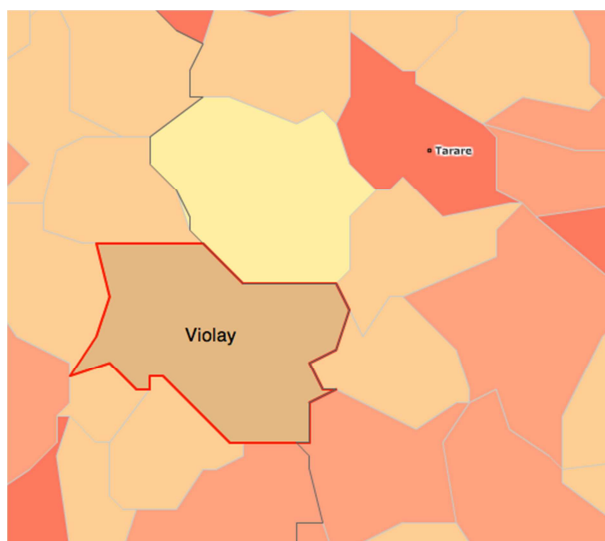


Population (2008) : 27 319 hab
Densité (2008) : 255 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 2 693 habitants soit +10,93% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 1,21%

Moins de 20 ans : 7 936 hab soit 29% de la population en 2008 (28,8% en 1999)
75 ans et plus : 1 775 hab soit 6,5% de la population en 2008 (5,3% en 1999)

VIOLAY (42780)

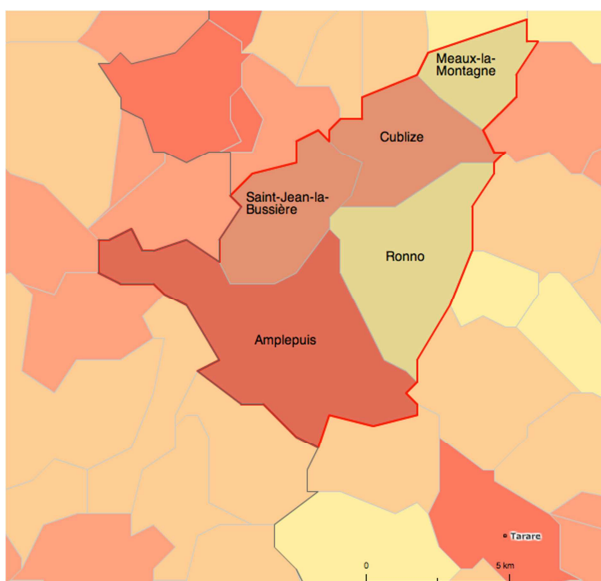


Population (2008) : 1 351 hab
Densité (2008) : 49,9 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 5 habitants soit +0,37% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 0,04%

Moins de 20 ans : 333 hab soit 24,6% de la population en 2008 (23,5% en 1999)
75 ans et plus : 160 hab soit 11,8% de la population en 2008 (7,3% en 1999)

AMPLEPUIS (69550)

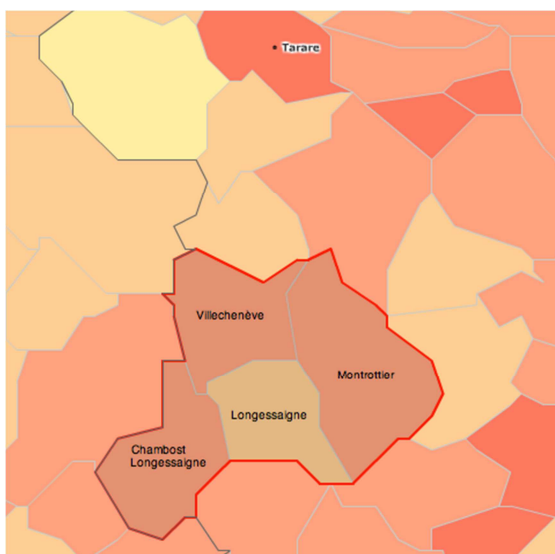


Population (2008) : 8 130 hab
Densité (2008) : 80 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 522 habitants soit +6,86% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 0,76%

Moins de 20 ans : 2 132 hab soit 26,2% de la population en 2008 (24,7% en 1999)
75 ans et plus : 836 hab soit 10,3% de la population en 2008 (8,5% en 1999)

MONTROTIER (69770)



Population (2008) : 3 564 hab
Densité (2008) : 55,2 hab/km²

Evolution par rapport à 1999 :
+ 365 habitants soit +11,41% en 9 ans
donc une hausse moyenne annuelle de 1,27%

Moins de 20 ans : 1030 hab soit 28,9% de la population en 2008 (27,8% en 1999)
75 ans et plus : 315 hab soit 8,8% de la population en 2008 (6,9% en 1999)

ANNEXE VI – PRESENTATION DU LOGO DE LA CHT ET SON IMPLANTATION SUR LES DEUX ETABLISSEMENTS DE L'HOPITAL NORD-OUEST

Extrait de la charte graphique de la CHT :

La marque de référence de L'hôpital Nord-Ouest. Elle englobe les 2 sites de Villefranche et de Tarare.



Site de Villefranche



Site de Tarare



A l'entrée du Centre hospitalier de Tarare :



A l'entrée du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône :



A l'entrée de l'EHPAD de Tarare :



Des spécialistes plus nombreux au centre hospitalier de Tarare

Santé. Après le retour de la pédiatrie, de nouvelles disciplines sont venues étoffer ces dernières semaines l'offre médicale. La possibilité pour les habitants du secteur de pouvoir consulter sur place.

Le livret est disponible depuis quelques jours chez les médecins libéraux et dans les mairies. Il détaille la nouvelle offre de soins du centre hospitalier de Tarare. En l'espace d'un an, le centre est passé de 42 à 61 médecins consultants.

25 % de consultations en plus en un an

Cet automne, la pédiatrie a repris ses marques. La dermatologie et l'ophtalmologie sont elles aussi de nouveau présentes. « En 2011, nous avons eu 21 000 consultations soit 25 % d'augmentation par rapport à 2010. La com-



Des plafonniers au-dessus des tables d'examen. De quoi occuper pendant l'auscultation. Photo Emilie Charrel

Renforcer et non concurrencer l'offre de soins

« Ces spécialistes ne sont pas là pour concurrencer l'offre libérale. Ils sont là en renfort. Les ophtalmologues par exemple, opèrent aussi. Donc ils vont voir principalement des personnes qui ont déjà consulté et qui viennent pour un avis chirurgical, une cata-

23

C'est le nombre de spécialités désormais représentées au centre hospitalier de Tarare.

munauté hospitalière de territoire, qui regroupe Tarare et Villefranche, a permis une montée en puissance et l'acquisition de nouvelles spécialités. D'où les travaux qui se terminent pour les consultations, le besoin de box et d'une ligne de secrétariat supplémentaires. Pour certaines spécialités, il y a une présence quasi quotidienne, y compris chirurgicale lorsque c'est ambulatoire (*). « En gastro-entérologie, nous avons quatre jours de consultation, de même qu'en ophtalmologie, explique Dominique Soupart, directrice adjointe du centre hospitalier de Tarare. En pédiatrie, on compte désormais dix consultants avec chacun sa sous-spécialité. Les deux ophtalmologues, arrivés depuis quelques semaines seulement, ont déjà vu leurs carnets de rendez-vous se remplir jusqu'à fin mars. »

Le docteur Mathilde Don-Mardion fait partie de ces nouveaux venus. Sa spécialité, la dermato-vénérologie. Après un an de pratique en libéral, l'offre lui a paru très attractive : « Travailler en milieu hospitalier, c'est plus varié qu'en ville. Le secteur de

Travailler en milieu hospitalier, c'est plus varié qu'en ville. Le secteur de



Le docteur Mathilde Don-Mardion était intéressée par le secteur de Tarare et la possibilité d'exercer à l'hôpital. Photo Emilie Charrel

Tarare m'intéressait en particulier. Je ne suis là que depuis quelques jours mais effectivement, les cas que je vois sont très intéressants. Certains patients ne sont pas allés voir un médecin depuis très longtemps. Ils arrivent avec des pathologies assez avancées. C'était le moment pour moi de le faire, je sors de l'internat, j'ai encore les choses bien en tête », explique-t-elle. Les conditions de travail pour le personnel et les conditions d'accueil pour les patients ont bien changé. Les couleurs pimpantes des murs, les plafonniers au-dessus des tables d'examen ont été particulièrement soignés. « Nous avons regardé les choses avec le regard d'un patient qui, quand il est en consultation, passe une partie de son temps allongé », précise Dominique Soupart. Des aménagements, des travaux devenus indispensables vu le nombre de consultations qui augmente et l'état des

locaux. Des changements qui aideront à patienter dans les bonnes conditions avant le nouvel hôpital dont le projet de

construction avance. ■

Emilie Charrel

* Ne nécessitant pas plus d'une journée d'hospitalisation.

Repères

Les différentes spécialités

Addictologie (1 médecin)
Allergologie (1 médecin)
Anesthésiologie (1 médecin)
Angioplastie/phlébologie (1 médecin)
Cardiologie (3 médecins)
Chirurgie dentaire (1 médecin)
Chirurgie orthopédique et traumatologique (4 médecins)
Chirurgie générale (5 médecins)
Dermatologie (1 médecin)
Diététique (1 médecin)
Endocrinologie (1 médecin)
Gériatrie

(1 médecin)
Gastroentérologie et endoscopie (5 médecins)
Médecine générale (3 médecins)
Néphrologie (1 médecin)
Neurologie (2 médecins)
Ophtalmologie (3 médecins)
Oto-rhino-laryngologie (2 médecins)
Pneumologie (2 médecins)
Rhumatologie (2 médecins)
Urologie (2 médecins)
Gynécologie-obstétrique (5 médecins, 3 sages-femmes)
Pédiatrie (10 médecins)

ANNEXE VIII – EXTRAITS DU LIVRET DE PRESENTATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DE TARARE



SERVICE DE CONSULTATIONS EXTERNES >>

Cadre de santé
Brigitte PETIT
au 04 74 05 46 32
bpetit@hopitalnordouest.fr

NIVEAU -1
Accueil, secrétariat et rendez-vous
au 04 74 05 46 20
ou 46 21



OFFRE DE CONSULTATIONS

l'hôpital
NORD OUEST Tarare
Villefranche-sur-Saône

1, Bd J.B. Martin - 69170 TARARE
Standard : 04 74 05 46 46



CENTRE PÉRINATAL ET CONSULTATIONS PÉDIATRIQUES >>

Cadre de santé
Brigitte PETIT
au 04 74 05 46 32
brigitte.petit@ch-tarare.fr

NIVEAU 1
Accueil, secrétariat et rendez-vous
au 04 74 05 46 10



CENTRE PERINATAL, NIVEAU 1, Tel : 04 74 05 46 10

PÉDIATRIE

lundi	mardi	mercredi	Jeudi	vendredi

Dr Michèle CHAMBON >
Pédiatrie générale et gastro-entérologie pédiatrique
→ CONSULTATIONS : le 2^{ème} lundi du mois



Dr Bénédicte DOUVILLEZ >
Pédiatrie générale et pneumo-allergologie pédiatrique
→ CONSULTATIONS : le 3^{ème} vendredi du mois toute la journée



Dr Jessica JAILLET >
Pédiatrie générale, endocrinologie et gynécologie pédiatrique
→ CONSULTATIONS : lundi toute la journée



Dr Dominique LOUIS >
Chirurgie pédiatrique
→ CONSULTATIONS : le 1^{er} lundi du mois



Dr Guillaume MESTRALLET >
Pédiatrie générale, néphrologie et rhumatologie
→ CONSULTATIONS : mercredi toute la journée



●●●●● CENTRE PERINATAL , NIVEAU 1 . Tel : 04 74 05 46 10

PÉDIATRIE

lundi	mardi	mercredi	Jeudi	vendredi

Dr Anne-Sophie PELLOT >
Pédiatrie générale et neuropédiatrie
→ CONSULTATIONS : le 2^{ème} lundi du mois

Dr Philippe REBAUD >
Pédiatrie générale, croissance, suivi des prématurés et des nourrissons
→ CONSULTATIONS : jeudi toute la journée

Dr Clothilde RIVIER-RINGENBACH >
Neuropédiatrie
→ CONSULTATIONS : le vendredi tous les 15 jours

Dr Marie TOCHON >
Pédiatrie générale et pneumo-allergologie pédiatrique
→ CONSULTATIONS : voir avec le secrétariat

Dr Laure WARIN >
Pédiatrie générale, endocrinologie et diabète de l'enfant
→ CONSULTATIONS : un vendredi par mois







15



CENTRE PÉRINATAL & CONSULTATIONS PÉDIATRIQUES

1 Niveau 2 / EISA
Niveau 1 / médecine B
Niveau 0 / urgence - post urgence
Niveau 0 / Bloc opératoire
Niveau -1 / imagerie médicale

2 Niveau 2 / direction générale
Niveau 1 / centre périnatal
Niveau 1 / consultations pédiatriques
Niveau 0 / secrétariat hospitalisations

3 Niveau 2 / unité ambulatoire
Niveau 1 / soins de suite et réadaptation
Niveau 0 / médecine C
Niveau -1 / consultations externes

CONSULTATIONS EXTERNES




N'oubliez pas de passer par le bureau des entrées avant votre consultation et de présenter votre carte d'identité avec votre carte vitale.

Service communication - Bénédicte MAHUT - 04 74 05 46 05 - juin 2012

Extraits du livret de présentations des consultations externes – juin 2012.

ANNEXE IX – CREA DES SERVICES DE PEDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE

COMPTE DE RESULTAT



STRUCTURE : CR - 0405 GRANDS-ENFANTS/NOURISSONS

JANVIER A DECEMBRE 2011

CHARGES					
Dépenses directes (y compris explo., consult. ou autres)	2010	2011	Ecart (2011-2010)	%	
1. Dépenses de Personnel	4 721 526,17	4 866 995,13	145 468,96	3,08%	
<i>dont Personnel médical</i>	1 505 160,91	1 389 466,49	-115 694,42	-7,69%	
<i>dont Personnel non médical</i>	3 192 291,15	3 449 987,72	257 696,57	8,07%	
<i>dont Autres dépenses de personnel</i>	24 074,11	27 540,92	3 466,81	14,40%	
2. Dépenses médicales	315 898,29	459 016,89	143 118,60	45,31%	
<i>dont Produits pharmaceutiques (dont conso. méd.)</i>	74 234,36	101 945,66	27 711,30	37,33%	
<i>dont Molécules onéreuses et D.M.I refacturables</i>	10 229,64	12 477,07	2 247,43	21,97%	
<i>dont Produits sanguins</i>	128,03	16 184,33	16 056,30		
<i>dont Autres dépenses médicales</i>	231 306,27	328 409,83	97 103,56	41,98%	
3 Dépenses hôtelières et générales	130 620,76	103 910,28	-26 710,47	-20,45%	
4 Dépenses d'amortissement	90 408,80	94 036,34	3 627,54	4,01%	
Total dépenses directes	5 258 454,02	5 523 958,64	265 504,62	5,05%	
Dépenses induites					
5 Charges prestations médicales	2010	2011	coût unitaire	nombre d'UO	Nature de l'unité d'œuvre
5.1 radiologie dont IRM	185 079,72	399 060,32	1,25	319 415	ICR consommés
5.2 laboratoire	157 330,77	205 407,69	0,14	1 514 569	B consommés
5.3 anesthésie	190 977,43	245 776,89	5,68	43 235	ICR consommés
5.4 Bloc opératoire	585 762,02	562 762,61	82686,55	6,81	Occupation sur planning
5.5 Explorations fonctionnelles	21 943,23	36 961,87	1,63	22 643	ICR consommés
5.6 Urgences	9 214,41	13 169,46	337,68	39	Nombre de passages suivis d'hospit.
6 Logistique médicale	2010	2011	coût unitaire	nombre d'UO	Nature de l'unité d'œuvre
6.1 Pharmacie	90 358,62	86 107,74	5,19	16 605	Nombre de lignes de sorties de stock
6.2 Stérilisation	12 773,11	1 112,71	753,78	1,48	M3 stérilisés
6.3 Biomédical	359,33	353,86	0,0405	8 739	Montant actif immobilisé
7 Dépenses hôtelières et générales	2010	2011	coût unitaire	nombre d'UO	Nature de l'unité d'œuvre
7.1 Restauration	51 663,82	52 184,97	3,13	16 646	Nombre de repas consommés
7.2 Blanchisserie	54 581,65	64 959,31	1,78	36 395	Nombre de KG lavés
7.3 Nettoyage	70 937,36	80 444,78	42,07	1 912	M2
7.4 Autres (direction, serv. Techn., administration...)	339 174,52	469 277,87			Au prorata des dépenses directes
7.5 Structure (immobilier et financier)	794 368,95	804 242,75			Au prorata des dépenses directes
Total dépenses induites	2 564 524,93	3 021 822,83	457 297,90	17,83%	
TOTAL CHARGES	7 822 978,95	8 545 781,47	722 802,52	9,24%	

RECETTES				
1. Produits versés par l'assurance maladie	2010	2011	Ecart (2011-2010)	%
1.1 T2A séjours	4 762 518,13	5 514 937,66	752 419,54	
activité externe	732 122,06	861 140,27	129 018,21	
sous total	5 494 640,19	6 376 077,93	881 437,74	16,04%
1.3 Molécules onéreuses et D.M.I refacturés	10 629,25	12 552,06	1 922,81	18,09%
1.4 Forfait Annuel Urgences	1 014 405,00	1 137 781,00	123 376,00	
1.5 Missions d'Intérêt Général	-	78 721,04	78 721,04	
2. Autres produits de l'activité hospitalière	1 166 350,80	1 304 670,08	138 319,27	11,86%
3. Autres produits				
3.1 Produits hospitaliers dont chambres particulières	70,00	1 125,00	1 055,00	1507,14%
3.2 Redevance activité libérale	9 300,38	9 582,37	281,99	3,03%
3.3 Autres recettes	19 186,15	20 732,23	1 546,08	8,06%
4. Recettes inter service ou pôle	-	0,00		
TOTAL RECETTES	7 714 581,77	8 941 241,70	1 226 659,94	15,90%
RÉSULTAT :	- 108 397,19	395 460,23	503 857,42	464,83%

ANNEXE X – DONNEES 2010-2011 CONCERNANT LES SERVICES DE PEDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAONE ISSUES DU LOGICIEL PMSI PILOT

PMSI-pilot MCO

Page 1 of 2

Synthèse de la base de données

Période : Année complète 2011

et Regroupement d'UM :

PED - Toute la pédiatrie

INDICATEURS		
Séjours R.U.M.	Année 2011	Année 2010
Nombre de RUM dans la base	5 627	5 053 +11%
Nombre de RUM saisis dans la base	5 627 [100,0%] RUM	5 053 [100,0%] +11%
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	5,36 ans	5,24 +2%
% d'hommes (RUM)	58 %	56 +4%
Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	2,81 jours	2,83 -1%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM	2,54 jours	2,57 -1%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM, hors séances	2,55 jours	2,59 -2%
Durée Moyenne de Séjour des RUM, hors RUM de 0 jour	3,48 jours	3,49 0%
Nombre de journées brut des RUM	15 797 jours	14 323 +10%
Nombre de journées PMSI des RUM	14 268 jours	12 991 +10%
Nombre de séances	24 séances	38 -37%
Séjours R.S.S.	Année 2011	Année 2010
Nombre de RSS dans la période	5 104	4 568 +12%
Nombre de RSS mono-unité	4 466 [88%]	4 007 [88%] +11%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées (DMS nat)	1,02	0,99 +3%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées standardisées (DMS nat) / nb journées étab.	0,99	1,01 -3%
Indicateur de performance basé sur la DMS ENC : nb journées standardisées (DMS ENC) / nb journées étab.	1,02	0,99 +3%
Patients	Année 2011	Année 2010
Nombre de RSS avec identifiant patient défini	5 086 [99,6%]	4 555 [99,7%] +12%
Nombre de patients (file active)	4 335	3 839 +13%
Valorisation de l'activité	Année 2011	Année 2010
Valorisation TZA	9 155 688 €	8 068 470 +13%
basée sur	5 623 [99,90%] RUM	5 050 [99,90%] +11%
C.A. moyen par RUM	1 628,26 €	1 597,72 +2%
C.A. moyen par journée brute	579,73 €	563,44 +3%
Valorisation AM	8 105 447 €	7 196 950 +13%
C.A. extrapolé	9 155 688 €	8 068 470 +13%

Dernier import pour l'année 2011 : Année complète, le 08/02/2012.

AUGER	Aude	<Date du jury>
ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL 2011-2013		
Approche économique d'un service de consultations avancées dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. L'exemple de l'Hôpital Nord Ouest Villefranche-sur-Saône – Tarare		
PARTENARIAT : Centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines - Paris		
<p>Résumé :</p> <p>La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » rénove les outils de coopération mis à disposition des établissements et crée la communauté hospitalière de territoire qui doit constituer véritablement un outil de restructuration de l'offre de soins publique au sein du territoire de santé en permettant le redéploiement ou le regroupement d'activités. C'est dans cette logique que la CHT Villefranche-sur-Saône – Tarare est créée en région Rhône-Alpes en janvier 2011.</p> <p>Actant les actions de coopération déjà engagées quelques années auparavant, la démarche médicale commune est concrétisée par un projet médical commun élaboré par les deux centres hospitaliers. Ainsi, le développement de l'offre de soins constaté au centre hospitalier de Tarare est articulé au projet d'établissement du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône et correspond à des objectifs retenus au niveau régional qui prennent notamment en compte une situation sociale difficile et un contexte de pénurie médicale forte dans le bassin de Tarare.</p> <p>Un des axes du projet médical commun réside ainsi dans le développement des consultations, parmi lesquelles celles de pédiatrie, sur le site du centre hospitalier de Tarare effectuées par les médecins du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Si Ce dispositif prétend à répondre aux besoins de santé de la population, il importe de s'assurer qu'il est viable économiquement pour les établissements concernés en dressant un bilan médico-économique à partir des données du PMSI. Puisque le dispositif repose sur une implication forte du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône, avec l'engagement d'importantes ressources médicales, il s'agit de vérifier les évolutions de l'activité car ce n'est que par l'augmentation des séjours réalisés dans son établissement grâce aux consultations « avancées » sur le site de l'hôpital de Tarare que celui-ci pourra financièrement équilibrer l'ensemble du dispositif des consultations.</p>		
<p>Mots clés : COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE – CONSULTATIONS EXTERNES – BILAN MEDICO-ECONOMIQUE – PEDIATRIE</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>		